

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES NO PÓS-CIRÚRGICO ONCOLÓGICO EM HOSPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

SPIRITUALITY AND MENTAL HEALTH IN PATIENTS IN ONCOLOGICAL POST SURGERY IN HOSPITAL IN NORTHEAST BRAZIL

ESPIRITUALIDAD Y SALUD MENTAL EN PACIENTES POSOPERADOS DE CÁNCER EN UN HOSPITAL DEL NORDESTE BRASILEÑO

Kimberlly Groeschel*
Amanda Gabriella de Sales Machado**
Arturo de Padua Walfrido Jordan***
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa****

RESUMO

A ciência demonstra que pessoas religiosas se adaptam melhor ao estresse e apresentam melhor saúde mental. Ademais, ao relacionar com o câncer, o *coping* religioso/espiritual pode ajudar no enfrentamento em relação a aspectos relacionados a dor e transtornos mentais associados. Logo, o presente estudo avaliou a associação entre espiritualidade e *coping* religioso/espiritual com a saúde mental em pacientes no pós-cirúrgico oncológico em hospital de referência em Recife-PE. Estudo exploratório, transversal e quantitativo. Foi utilizado: Um questionário sociodemográfico autoral, a Escala CRE- Breve Adaptada, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e a Escala de Autoclassificação de Espiritualidade (SSRS). Estudo aprovado pelo CEP IMIP através do parecer 4.556.349. Na amostra de 35 pacientes, a idade média dos participantes foi 58,5 anos sendo a maioria do sexo feminino, da região de Recife, casada e da religião católica/protestante. Foram identificados sintomas de ansiedade em 28,57% e de depressão em 11,43%. A associação espiritualidade com saúde mental identificou 21 pacientes com alta espiritualidade e baixa probabilidade para sintomas relacionados a ansiedade e 26 com alta espiritualidade e baixa probabilidade para sintomas relacionados a depressão. Sendo assim, o presente estudo aponta para a importância dos fatores de religiosidade e espiritualidade no contexto da saúde mental dos pacientes no pós-cirúrgico oncológico, sendo necessários, estudos de seguimento para uma avaliação mais precisa.

Palavras-chave: Espiritualidade. Saúde mental. Câncer.

*Graduanda em Medicina pela FPS. Faculdade Pernambucana de Saúde. Brasil. ORCID: 0000-0002-9379-1934. E-mail: kim_groeschelsp@hotmail.com.

**Graduanda em Medicina pela FPS. Faculdade Pernambucana de Saúde. Brasil. ORCID: 0000-0001-5982-7465. E-mail: amanda_gabriella_machado@hotmail.com.

***Mestre em educação para o ensino na área da saúde pela FPS. Doutorando em Saúde Integral pelo IMIP. Faculdade Pernambucana de Saúde. Brasil. ORCID: 0000-0002-2955-8302. E-mail: arturojordan@fps.edu.br.

****Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFP. Faculdade Pernambucana de Saúde. Brasil. ORCID: 0000-0002-0856-8915. E-mail: leopoldopsi@gmail.com.

ABSTRACT

Science shows that religious people better adapt to stress and have better mental health. Furthermore, when it comes to cancer, religious/spiritual coping can help adapt to aspects related to pain and associated mental disorders. Therefore, the present study evaluated the association between spirituality and religious/spiritual coping with mental health in patients following cancer surgery in a reference hospital in Recife-PE. Exploratory, cross-sectional, and quantitative study. It was used: An authorial sociodemographic questionnaire, the adapted CRE-Brief scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Spirituality Self-Classification Scale (SSRS). Study approved by the IMIP CEP through opinion 4,556,349. In the sample of 35 patients, the average age of the participants was 58.5 years, the majority being female, from the Recife region, married and of the Catholic/Protestant religion. Symptoms of anxiety were identified in 28.57% and depression in 11.43%. The spirituality-mental health association identified 21 patients with high spirituality and a low probability of anxiety-related symptoms and 26 with high spirituality and low probability of depression-related symptoms. Therefore, the present study points to the importance of religious and spiritual factors in the context of mental health of patients in postoperative oncologic and follow-up studies that are necessary for a more accurate evaluation.

Keywords: Spirituality. Mental health. Cancer.

RESUMEN

Es descrito que los religiosos se adaptan mejor al estrés y tienen una mejor salud mental. Además, en relación con el cáncer, el afrontamiento religioso/espiritual puede ayudar a hacer frente a los aspectos relacionados con el dolor y los trastornos mentales asociados. El presente estudio evaluó la asociación entre la espiritualidad y el enfrentamiento religioso/espiritual con la salud mental en pacientes posoperados de cáncer en un hospital de referencia de Recife-PE. Estudio exploratorio, transversal y cuantitativo. Se utilizó: Un cuestionario sociodemográfico autorial, la Escala Adaptada CRE-Brief, la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la Escala de Autoclasificación de Espiritualidad (SSRS). Estudio aprobado por el IMIP CEP mediante dictamen 4.556.349. En la muestra de 35 pacientes, la edad media de los participantes fue de 58,5 años, siendo la mayoría mujeres, de la región de Recife, casadas y de religión católica/protestante. Se identificaron síntomas de ansiedad en 28,57% y depresión en 11,43%. La asociación espiritualidad-salud mental identificó a 21 pacientes con alta espiritualidad y baja probabilidad de síntomas relacionados con la ansiedad y 26 con alta espiritualidad y baja probabilidad de síntomas relacionados con la depresión. El presente estudio señala la importancia de los factores de religiosidad/espiritualidad en el contexto de la salud mental de los pacientes en el oncológico postquirúrgico, y los estudios de seguimiento son necesarios para una evaluación más precisa.

Palabras clave: Espiritualidad. Salud mental. Cáncer.

1 INTRODUÇÃO

A literatura científica demonstra que o câncer é causado por diferentes etiologias e possui diversos fatores de risco associados. É uma doença com múltiplas causas, como fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes, como exemplo, os hábitos de fumar e alimentares, fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde estima que medidas eficientes de prevenção poderiam reduzir em até 40% a incidência de novos casos de câncer. A respeito

desses dados, o relatório da comissão chama a atenção para o fato de que cerca de 15,2 milhões de novos casos de câncer ocorridos em 2015, 80% devem ter necessitado de um procedimento cirúrgico em algum momento da evolução da doença (De Oliveira *et al.*, 2015). Apesar dos avanços ocorridos no campo da radioterapia e da quimioterapia, a cirurgia continua a ser a pedra de sustentação dos cuidados com câncer, preenchendo muitos papéis na prevenção, diagnóstico, tratamento curativo, medidas de suporte ao tratamento, tratamento paliativo e reconstruções. Neste sentido, a cirurgia é considerada a especialidade vital para a redução da mortalidade prematura por câncer (Brierley; Collingridge, 2015).

No que concerne a área cirúrgica, a pessoa submetida a tal procedimento sente-se fragilizada e emocionalmente instável, possui uma falta de controle da situação, a incerteza de como será a operação, dúvidas sobre o pós-cirúrgico, medo de sentir dor, de se tornar incapacitado, de morrer, da mutilação, de *não voltar* da anestesia e fantasias sobre como ficará seu corpo. Especificamente no pós-cirúrgico, a ansiedade durante a hospitalização mostra-se como uma reação ao adoecimento e as implicações da doença e da internação, os sintomas ansiosos surgem devido à incerteza do diagnóstico e tratamento, bem como sobre a evolução clínica da doença. A falta de controle, a relação com a equipe de saúde, os procedimentos dolorosos fazem parte do contexto hospitalar e são geradoras de ansiedade (Gabarra; Crepaldi, 2009). Neste contexto, a condição necessária para a boa adaptação a uma situação constrangedora ou potencialmente traumática é o fruto da negociação interna bem-sucedida entre os desejos e a realidade não favorável, e consequente adaptação à nova realidade (Costa; Leite, 2009).

Apoiado pelo conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (Who, 1946, p. 01) que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o foco exclusivo na doença, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Neste contexto, religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de qualidade de vida e saúde, sendo, na verdade, uma de suas dimensões (Panzini *et al.*, 2011).

Segundo a literatura, espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, é a propensão humana de encontrar significados em conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa; sendo um conceito mais amplo que religião (Saad; Masiero; Battistella, 2013). Neste contexto, estudos examinaram a relação entre envolvimento espiritualista e aspectos

da saúde mental, identificando que pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse se são religiosas. Outros estudos têm examinado envolvimento religioso e saúde; descrevendo que pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutares e requerem menos assistência de saúde. Muitos pacientes severamente doentes usam crenças religiosas para lidar com suas doenças (Saad; Masiero; Battistella, 2013).

É descrito, que *coping* é a forma como as pessoas enfrentam o estresse causado pela adversidade, podendo ainda ser entendido como *lidar com*, *manejar* ou *adaptar-se à*. Quando as pessoas se voltam para a religiosidade/espiritualidade para lidar com o estresse, acontece o *Coping Religioso-Espiritual* (CRE) (Panzini *et al.*, 2011). Seus objetivos se combinam com os cinco objetivos-chave da religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, transformação de vida e com a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional (Panzini *et al.*, 2011). De fato, a religiosidade/espiritualidade prediz remissão mais rápida de depressão, uma associação que é particularmente importante em pacientes cuja função física não está melhorando, além de menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, cigarros e drogas (Koenig, 2001). Sendo assim, fé e crença desempenham um enorme papel na saúde mental e no estilo de vida do paciente (Saad; Masiero; Battistella, 2013).

Importante destacar a saúde mental para um estado de bem-estar do indivíduo. É descrito, que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, além de menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/drogas. Esse impacto positivo parece ser mais relevante entre idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas (Guimarães; Avezum, 2007).

A literatura científica, portanto, traz uma associação geralmente positiva entre saúde mental e espiritualidade, de sorte que o presente trabalho tem o intuito de analisar essa correlação em pacientes no pós-operatório de cirurgias oncológicas em hospital de referência em Recife- PE.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, transversal, quantitativo, realizado no período de setembro de 2020 a setembro de 2021 na enfermaria oncológica

para adultos em um hospital de referência em Recife-PE.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, de pacientes com diagnóstico de câncer que realizaram cirurgia relacionada ao agravo. Foram excluídos da pesquisa pacientes em pós-operatórios transferidos para outras unidades hospitalares.

A coleta foi realizada pelos pesquisadores em dias pré-determinados da semana e, após a explicação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletadas informações do paciente através do questionário sociodemográfico e de hábitos como sexo, idade, escolaridade, região em que mora, renda familiar, estado civil, religião, uso de bebida alcoólica, se fuma, uso de droga ilícita, se já teve vontade de cometer suicídio e se já presenciou algum tipo de violência. Ainda, os pacientes responderam a outros quatro questionários padronizados para avaliar sua religiosidade, espiritualidade, ansiedade, depressão e tratamento do câncer.

O instrumento de avaliação da espiritualidade utilizado foi a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), escala composta por seis itens no formato *Likert Scale*, variando de 1 (concordo muito) a 5 (discordo totalmente). Para pontuação final, cada item do instrumento foi recodificado, segundo instruções da escala onde 5 fica 1, 4 fica 2 e assim por diante para, depois, ser realizado o somatório de pontos que varia de 6 a 30. O escore total representa o nível de orientação espiritual do paciente (Gonçalves; Pillon, 2009).

O parâmetro religiosidade foi avaliado através da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve), que possui 49 itens divididos em duas dimensões (CRE Positivo, 34 itens, sete fatores; e CRE Negativo, 15 itens, quatro fatores), quatro índices gerais e 11 fatoriais pela média dos itens, resultados de 1 a 5 para utilização de CRE [nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50); baixa (1,51 a 2,50); média (2,51 a 3,50); alta (3,51 a 4,50); altíssima (4,51 a 5,00)] (Panzini *et al.*, 2011).

Os parâmetros de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Cujas questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 correspondem à ansiedade e as questões 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14 à depressão. O escore é, então, obtido por somatório, onde: 0-7 pontos correspondem a ansiedade e/ou depressão improvável; 8-11 pontos a possível, questionável ou duvidosa e 12-21 pontos a provável (Zigmond; Snaith, 1983).

O último questionário é referente ao tratamento relacionado ao câncer diagnosticado, trazendo informações sobre o período do diagnóstico, existência de metástase, realização de procedimentos cirúrgicos relacionados ao câncer ou a metástase, o período em que foi realizado tal procedimento, uso de quimioterapia, radioterapia e

hormonioterapia no momento da pesquisa.

As informações obtidas durante o período de coleta foram armazenadas no banco de dados do programa Microsoft Excel 2010 com dupla entrada. Para a avaliação entre duas variáveis qualitativas foram construídas tabelas cruzadas. Nas tabelas, em cada célula são apresentadas contagens (na parte superior da célula) e porcentagem (na parte inferior da célula). Além disso, foram realizados os testes de qui-quadrado e exato de Fisher, caso o p-valor seja menor que 0,05 conclui-se que a relação entre as variáveis é significativa.

Para avaliar a relação entre uma variável qualitativa e uma quantitativa foram observadas medidas de posição e dispersão da variável quantitativa em cada grupo da variável qualitativa. Além da parte descritiva foram feitos testes para comparação de média, para casos em que a variável qualitativa é composta por duas categorias foi utilizado o teste T, para casos com mais categorias foi utilizado o teste F. Caso o p-valor seja menor que 0,05 a relação entre as duas variáveis é significativa. E o software utilizado foi o R versão 4.0.0.

Todos os aspectos éticos foram respeitados, atendendo os preceitos da resolução 510/16 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no IMIP, sob o CAAE nº 37280620.4.0000.5201 e parecer nº 4.556.349.

3 RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 35 pacientes, com média de idade de 58.5 anos. A maioria do sexo feminino, 25 (71.43%), branca, 18 (51.43%), casada, 17 (48.57%), católica, 17 (48.57%) com renda familiar de um a três salários-mínimos, 30 (85.71%). Sobre o uso de drogas, a maior parte dos participantes não consome bebida alcoólica, 34 (97.14%), não fumam, 35 (100%) e nem fazem o uso de drogas ilícitas, 35 (100%). Com relação à vontade de cometer suicídio, a maioria respondeu que não, 29 (82.86%) e não presenciou algum tipo de violência, 23 (65.71%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos pós-cirúrgicos em hospital de referência em cidade no nordeste brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021

Características	N	%
Total de pacientes oncológicos na amostra	35	100
Sexo		
Feminino	25	71.43
Masculino	10	28.57
Raça/Cor		
Branca	18	51.43
Negra	16	45.71
Ocidental	1	2.86
Indígena	0	0
Cidade		
Recife	15	42.86
Região Metropolitana do Recife	10	28.57
Interior do Estado	9	25.72
Outro Estado	1	2.86
Grau de Instrução		
Fundamental Inc.	21	60
Fundamental Comp.	3	8.57
Médio Inc.	6	17.14
Médio Comp.	2	5.71
Superior Inc.	3	8.57
Superior Comp.	0	0
Pós-Graduação	0	0
Formação Anterior		
Sim	2	5.71
Não	33	94.29
Renda Familiar		
Menos de 1 salário-mínimo	1	2.86
1 a 3 salários-mínimos	30	85.71
4 a 7 salários-mínimos	2	5.71
8 a 12 salários-mínimos	1	2.86
Mais de 12 salários-mínimos	1	2.86
Estado Civil		
Solteiro	13	37.14
Casado	17	48.57
Separado	2	5.71
Viúvo	2	5.71
Relação Estável	0	0
Outros	1	2.86
Religião		
Católica	17	48.57
Protestante	16	45.71
Espiritismo	0	0
Afro-Brasileira	0	0
Outra	1	2.86
Sem religião, mas acredita em Deus	1	2.86

Sem religião e não acredita em Deus	0	0
Uso de Bebida Alcoólica		
Sim	1	2.86
Não	34	97.14
Uso de Cigarro		
Sim	0	0
Não	35	100
Uso de Droga Ilícita		
Sim	0	0
Não	35	100
Vontade de Cometer Suicídio		
Sim	6	17.14
Não	29	82.86
Prefiro Não Responder	0	0
Presenciou Violência		
Sim	12	34.29
Não	23	65.71

Fonte: Elaborada pelos autores

Através da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), pode-se identificar sintomas improváveis, sintomas questionáveis ou duvidosos e sintomas prováveis, tanto para ansiedade como para depressão. Os sujeitos da amostra foram categorizados nos três índices, porém, ambos os domínios tiveram predominância no índice improvável. Em relação aos sintomas de ansiedade da amostra total considerando homens e mulheres, 21 (60%) apresentaram sintomas improváveis de ansiedade e apenas 10 (28.57%) da amostra total relataram sintomas prováveis de ansiedade. Com relação aos sintomas de depressão, 28 (80%) apresentaram sintomas improváveis, enquanto 4 (11.43%) apresentaram sintomas prováveis, sendo estes encontrados apenas em mulheres.

Tabela 2 – Resultado da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos em hospital de referência em cidade no nordeste brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021

Características	N	%
Total de pacientes oncológicos na amostra	35	100
Ansiedade		
Improvável (0-7)	21	60
Questionável ou duvidoso (8-11)	4	11.43
Provável (12-21)	10	28.57

Depressão		
Improvável (0-7)	28	80
Questionável ou duvidoso (8-11)	3	8.57
Provável (12-21)	4	11.43

Fonte: Elaborada pelos autores

Na relação entre os sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes e a data do diagnóstico, identificou-se que dos 25 que responderam ter recebido diagnóstico de câncer há mais de 1 ano, a maioria, 15 (71.43%) relatou sintomas improváveis de ansiedade, da mesma forma, dos 23 com o mesmo tempo de diagnóstico, a maioria, 18 (69.23%) sinalizou sintomas improváveis de depressão. Tal ocorrência se manteve constante na relação com as demais questões abordadas no questionário sobre o tratamento de câncer (encontrado metástase, realização de procedimentos cirúrgicos relacionados ao câncer ou a metástase, o período em que foi realizado tal procedimento, uso de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia no momento atual), os quais também tiveram como maioria sintomas improváveis de ansiedade e depressão.

Em relação à avaliação da espiritualidade, na escala SSRS, foi verificado que, no presente estudo, a importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações abrangeu em média 27 pacientes (77.14%) que concordaram muito com essa premissa (Tabela 3). Em relação ao somatório de pontos na escala SSRS, a média do escore de orientação espiritual foi de 26.05 (DP=3.73), no qual 9 pacientes (25.71%) obtiveram pontuação máxima e nenhum a mínima.

Tabela 3 – Resultado da Aplicação da *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos em hospital de referência em cidade no nordeste brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021

Características	N	%
Total de pacientes oncológicos na amostra	35	100
Questão 1: É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.		
1. Concordo muito	27	77.14
2. Concordo	2	5.71
3. Concordo parcialmente	3	8.57
4. Discordo	0	0

5. Discordo totalmente	3	8.57
Questão 2: Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.		
1. Concordo muito	22	62.86
2. Concordo	4	11.43
3. Concordo parcialmente	6	17.14
4. Discordo	2	5.71
5. Discordo totalmente	5	14.28
Questão 3: As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.		
1. Concordo muito	28	80
2. Concordo	5	14.28
3. Concordo parcialmente	2	5.71
4. Discordo	0	0
5. Discordo totalmente	0	0
Questão 4: Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.		
1. Concordo muito	16	45.71
2. Concordo	2	5.71
3. Concordo parcialmente	7	20
4. Discordo	5	14.28
5. Discordo totalmente	4	11.43
Questão 5: A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.		
1. Concordo muito	33	94.28
2. Concordo	1	2.86
3. Concordo parcialmente	0	0
4. Discordo	1	2.86
5. Discordo totalmente	0	0
Questão 6: Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.		
1. Concordo muito	24	68.57

2. Concordo	0	0
3. Concordo parcialmente	6	17.14
4. Discordo	4	11.43
5. Discordo totalmente	1	2.86

Fonte: Elaborada pelos autores

De acordo com a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve), os resultados foram divididos em CRE positivo, CRE negativo e CRE total. Dentro do CRE positivo foram encontradas quatro categorias (nenhuma, média, alta e altíssima), sendo que a grande parte, 18 (51.43%), apresentaram CRE positivo médio. O CRE negativo identificou três categorias (nenhuma, baixa e média), sendo a maioria como CRE negativo baixo, 22 (62.86%). Por último o CRE total, com duas categorias encontradas (média e alta), o qual predominou o CRE total alto em 27 (77.14%) pacientes. (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultado da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE Breve) em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos em hospital de referência em cidade no nordeste brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Características	N	%
Total de pacientes oncológicos na amostra	35	100
CRE positivo		
Nenhuma	1	2.86
Média	18	51.43
Alta	15	42.86
Altíssima	1	2.86
CRE negativo		
Nenhuma	8	22.86
Baixa	22	62.86
Média	5	14.28
CRE total		
Média	8	22.86
Alta	27	77.14

Fonte: Elaborada pelos autores

Ao mensurar o grau de espiritualidade pela SSRS relacionando com o *Coping* Religioso Espiritual dos pacientes o resultado foi subdividido em CRE total, positivo, negativo e negativo/positivo. Na relação entre SSRS total e CRE total a maioria, 26 pacientes, foi considerada com CRE total alto com uma média de 25.96 e um desvio padrão de 0.75. Ao associar o SSRS total e o CRE positivo, a maioria, 18 pacientes, se manteve na categoria média do CRE positivo com uma média de 25.11 e um desvio padrão de 4.21, variando com uma pontuação mínima de 18 e máxima de 30 no SSRS total. Essa relação teve um p-valor= 0.028, a qual se mostrou significativa. Com o CRE negativo, 22 pacientes se classificaram na categoria baixa do CRE negativo com uma média de 25.32 e um desvio padrão de 3.85. E para finalizar, a relação entre a razão CRE negativo/CRE positivo e o SSRS total, obteve uma pontuação de -0.1783, sendo considerada fraca e inversa.

Ao associar o grau de espiritualidade e *Coping* Religioso Espiritual (CRE) com os sintomas ligados a ansiedade e depressão nos pacientes, foi obtido o seguinte resultado: quando relacionada a espiritualidade (SSRS) com a ansiedade, foram identificadas um total de 21 pacientes improváveis para ansiedade dentro desse grupo obtiveram pontuação mínima de 18 e pontuação máxima de 30 no SSRS, e ao fazer a média foi obtido um resultado de 26.19 e um desvio padrão de 3.97. Quando relacionada a espiritualidade com a depressão, o total foi de 26 pacientes improváveis para depressão, sendo que esse grupo teve uma média de 25.654 e um desvio padrão de 3.72.

Já na relação entre o CRE e o HADS, foram divididas em quatro categorias tanto para a ansiedade como para a depressão. A primeira categoria foi o CRE total, em que para ansiedade a maioria teve um CRE total alto, 18 (72%) com situação improvável para ansiedade (85.71%), e na depressão a maioria obteve um CRE total alto, 20 (86.96%) e improvável para depressão (80%). A segunda categoria é o CRE positivo, sendo que na ansiedade grande parte ficou com o CRE positivo médio, 11 (61.11%) e improvável para ansiedade (52.38%). Para depressão, a maioria também ficou com um CRE positivo médio, 14 (77.78%) e improvável para depressão (56%). A terceira categoria ficou com o CRE negativo, com ansiedade improvável, 12 (57.14%) e CRE negativo baixo (54.55%) e depressão improvável, 17 (65.38) com CRE negativo também baixo (85%). Por último, temos a quarta categoria que é a razão entre CRE negativo/CRE positivo, onde a maior quantidade ficou na classificação improvável de ansiedade com uma média de 53.524 e um desvio padrão de 16.915, como também, a maioria ficou na classificação de improvável de depressão com uma média de 56.968 e um desvio padrão de 16.336.

Sobre o questionário do tratamento de câncer, a maioria, 26 (74.29%), realizaram o

diagnóstico há mais de um ano e a mesma quantidade não encontrou metástases na época (Tabela 5).

Tabela 5 - Perfil do Tratamento de Câncer em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos em hospital de referência em cidade no nordeste brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2021.

Características	N	%
Total de pacientes oncológicos na amostra	35	100
Quando foi realizado o diagnóstico de câncer?		
Em até 2 meses	2	5.71
De 2 meses e 1 dia até 6 meses	2	5.71
De 6 meses e 1 dia até 1 ano	5	14.29
Faz mais de 1 ano	26	74.29
Foi encontrado metástases?		
Sim	9	25.71
Não	26	74.71
Não sei informar	0	0
Foi realizado algum procedimento cirúrgico relacionado ao câncer ou metástases?		
Sim	34	97.14
Não	1	2.86
Não sei informar	0	0
Quando foi realizado este procedimento?		
Em até 15 dias	6	17.14
De 16 dias a 1 mês	0	0
De 1 mês e 1 dia até 2 meses	1	2.86
De 2 meses e 1 dia até 4 meses	0	0
De 4 meses e 1 dia até 1 anos	8	22.86
Faz mais de 1 ano	20	57.14

Fonte: Elaborada pelos autores

Para estimar o grau de conforto que a espiritualidade proporciona no ambiente hospitalar foram relacionadas a *Spirituality Self Rating Scale (SSRS)* e a escala de Tratamento de câncer. Na premissa *data do diagnóstico*, 26 (74,28%) pacientes responderam que tiveram diagnóstico há mais de um ano e obtiveram média de score de espiritualidade de 26,73. No tópico relacionado a existência de metástase, foi observado que 26 (74,28%) pacientes relataram não, e que nestes, a média de score de espiritualidade foi de 25,65. Com base na data do procedimento e a espiritualidade, 33 (94,28%) pacientes responderam que fizeram procedimentos relacionados ao câncer ou a metástase e o valor do score espiritual encontrado foi de 25,84. Em relação com a premissa “data do procedimento” os valores encontrados se mantiveram nesse patamar, sendo que a maior parte, 20 (57,14%) pacientes, responderam ter realizado procedimento há mais de 1 ano tendo score de espiritualidade de 26,75. Em relação ao estar em uso de quimioterapia, 19 (54,29%) pacientes responderam que não, obtendo ainda um score de espiritualidade de 26,78 e os que responderam não ao uso de radioterapia, 32 (91,42%), obtiveram um score espiritual de 26,34. Todos esses cruzamentos, entretanto, não obtiveram um p-valor significativo.

No levantamento entre a data do diagnóstico e a religião de cada paciente, dos 26 que responderam ter diagnóstico há mais de 1 ano, a maioria 15 (57,69) era da religião católica. Em contraste com o resultado obtido para essa mesma categoria, porém com a resposta “sem religião, mas acredito em Deus” que correspondeu apenas a 1 (3,85%) desta amostra. Tal relação foi relevante e o p-valor encontrado foi de 0,014.

4 DISCUSSÃO

Os resultados do perfil sociodemográfico dos pacientes no pós-operatório oncológico, nos quais a média de idade foi de 58,5 anos, sendo a maioria do sexo feminino, equipara-se ao perfil descrito na literatura em que a incidência de neoplasias malignas aumenta a partir dos 50 anos de idade (White *et al.*, 2014), tendo em particular nos países em desenvolvimento como o Brasil, uma prevalência de câncer no sexo feminino até 25% maior que no sexo masculino (Santos, 2018). Tal equivalência também foi verificada no perfil da religião declarada pelos pacientes, sendo que a maioria eram de religião católica e protestante, as quais são as religiões mais predominantes no Brasil (Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística - IBGE, 2011).

4.1 Sintomas ligados a ansiedade e depressão

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, apenas 28.57% da amostra total relatou sintomas prováveis de ansiedade, como também a minoria 11.43% apontaram sintomas de depressão. Esses dados contrastam com a relevância com que esses sintomas são descritos na literatura, onde, pessoas com câncer, geralmente, desenvolvem algum nível de sofrimento após o diagnóstico, sendo comum que sentimentos como descrença, ansiedade, culpa, raiva e depressão possam estar presentes. Todo o caminho de experiências e procedimentos que envolvem o câncer pode afetar as emoções, modificar pensamentos e gerar constante ansiedade em diversos momentos, como no conhecimento do diagnóstico, no acompanhamento clínico, nas cirurgias, na recuperação pós-procedimentos até a incerteza de recorrência (Da Mata *et al.*, 2015, 2018; Young *et al.*, 2013).

Tal contraste, pode ter ocorrido, devido ao fato de a maior parte dos pacientes do presente estudo, terem diagnóstico e procedimentos cirúrgicos realizados há mais de 1 ano, justificando o fato de haver um espaço de tempo maior para processar e alcançar resiliência frente aos novos desafios. Somado ao fato da maioria dos pacientes serem adeptos de alguma religião, a qual proporcionou assistência para adquirirem força e conforto afim de enfrentarem os efeitos colaterais que a patologia e tratamento proporcionavam (Worthington; Deuster, 2018).

Essa influência da religião como estratégia de enfrentamento tem sido descrita em revisões sistemáticas que confirmam que o fortalecimento da fé, a religiosidade e pensamentos mais otimistas podem diminuir os estressores internos, ajudar as pessoas a lidarem melhor com as circunstâncias, sendo fator de proteção e recuperação da força perdida com a doença e todo o tratamento (Costa; Leite, 2009; Panzini *et al.*, 2011).

4.2 Concepções de espiritualidade e o conforto proporcionado no ambiente hospitalar

Outro fator que colabora também com o enfrentamento é a dimensão espiritual que o paciente possui. No estudo, foi identificado que 94.28% dos pacientes concordaram muito com a premissa de que a espiritualidade ajuda a manter a vida mais estável e equilibrada. Tal achado é condizente com o fato de que estratégias espirituais são atividades que buscam fortalecer a fé, o sentido da vida, ou componentes existenciais, a

paz consigo mesmo e com os outros. Para alcançar essa maior estabilidade os pacientes recorrem a diferentes práticas conforme necessário (Phenwan; Peerawong; Tulathamkij, 2019). A meditação, a oração e os pensamentos espirituais são os mais utilizados para trazer uma sensação de conforto, força e alívio do sofrimento, além de focalizar mais na esperança (Worthington; Deuster, 2018), sendo encontrada essa relevância entre os pacientes do presente estudo, visto que, 77.14% dos pacientes, concordaram muito com a importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.

4.3 Espiritualidade e coping religioso

O nível de espiritualidade foi considerado positivo quando avaliadas as pontuações gerais da escala SSRS, já que, na amostra, o escore de orientação espiritual obtido teve como média 26.06 (DP=3.73), valor que é tido como alto (Gonçalves; Pillon, 2009; Jordán *et al.*, 2021). Tal achado é demonstrado como benéfico, pois corrobora com a proposição de que a espiritualidade é um fator motivador para o paciente viver o presente. Isso ocorre, porque ela lhe proporciona energia para se envolver de forma mais completa no processo, influenciando, assim, na tomada ativa de decisões dos pacientes quanto aos procedimentos que irão realizar (Peteet; Balboni, 2013) e na perspectiva de obter maior esperança de cura com o tratamento e intervenções cirúrgicas (Costa *et al.*, 2014).

Sendo o CRE Total uma medida indicadora da quantidade total de estratégias de enfrentamento religioso utilizado por uma pessoa (Andressa; Marucci, 2014), ao relacionar o SSRS total com o achado na amostra que demonstra o CRE total com a pontuação classificada alta, faz-se semelhante a outros estudos (Andressa; Marucci, 2014; Macieira *et al.*, 2007) os quais verificaram que a maior parte da amostra fazia uso de CRE total com frequência alta.

A maior utilização do CRE positivo classificado como médio teve uma relação muito significativa com o SSRS total. Este padrão positivo, refere-se a ações que oferecem efeitos benéficos aos que praticam, tais como orar pelo bem-estar do próximo, buscar amor, proteção, apoio e orientação em Deus (Valcanti *et al.*, 2012). Tal achado, pode indicar, que houve uma melhor adaptação aos possíveis fatores emocionais negativos causados pelo câncer relacionados a esses comportamentos.

O CRE negativo, por sua vez, foi classificado como baixa e a razão do negativo/positivo considera a situação como fraca e inversa. Sabe-se que o CRE negativo envolve comportamentos maléficos aos indivíduos: como sentir-se culpado, punido ou

abandonado, revoltar-se contra suas instituições religiosas, entre outros. Desta forma, o contraste com o achado do CRE positivo é esperado e tem sido encontrado em estudos anteriores (Hebert *et al.*, 2009; Pargament *et al.*, 1998).

Sendo assim, pressupõe-se que quanto maior o nível de orientação espiritual do paciente, melhor é a sua utilização nas estratégias do CRE, visto que a espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas (Fornazari; Ferreira, 2010).

4.4 Influência da espiritualidade e religião nos sintomas da ansiedade e depressão

Da mesma forma que a espiritualidade, a avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos deve ser sempre considerada, pois esses sintomas afetam diversas áreas tanto na qualidade de vida quanto relacionadas a doença (Ferreira *et al.*, 2019). Desta forma, ao correlacionar a saúde mental dos 35 pacientes entrevistados com o grau de espiritualidade e CRE, foi identificado que a maioria tinha sintomas improváveis tanto para ansiedade como para depressão.

Em relação ao grau de espiritualidade do instrumento SSRS, os dados analisados apontam que o fato de orar, se importar em ter pensamentos espirituais, ler sobre espiritualidade/religião e manter sua vida baseada nas suas crenças, influencia significativamente na improbabilidade de obter sintomas relacionados a depressão e ansiedade.

Neste sentido, a análise com o CRE, em todas as classificações (total, positivo, negativo e negativo/positivo) possuíam sintomas improváveis de ansiedade e depressão. Ou seja, ao possuir um CRE total alto, associados ao CRE positivo médio, o que indica uma busca de ajuda espiritual, empatia com o próximo, posição positiva frente a Deus, quando comparado ao CRE negativo baixo, que são atitudes e pensamentos opostos dos citados anteriormente, fica demonstrado no presente estudo, o fator positivo da espiritualidade na amostra utilizada. Essa análise, enfatiza o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, afinal, espiritualidade e o envolvimento em organizações religiosas podem proporcionar aumento do propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (Lawler; Younger, 2002).

4.5 Conforto espiritual e ambiente hospitalar

Ao estimar o grau de conforto que a espiritualidade proporciona no ambiente hospitalar, foram associadas o SSRS e a escala de tratamento de câncer, no qual todas as respostas sobre o câncer tiveram uma média de nível espiritual acima de 25. O fato da data do diagnóstico ser há mais de 1 ano, sem metástases, com realização de algum procedimento cirúrgico, mesmo sendo há mais de 1 ano, bem como, não estar sendo recebendo nenhum tratamento no momento do estudo, não interferiram para a diminuição da fé e crença da maioria dos pacientes.

Neste sentido, identificou-se no presente estudo, que a relação entre a data do diagnóstico versus religião, obteve um resultado significativo com um p-valor= 0.014, em que a maioria dos pacientes tinha uma religião ou acreditavam em Deus. Portanto, a religiosidade e a espiritualidade, em casos de situações consideradas difíceis, a exemplo do diagnóstico e tratamento do câncer, podem se constituir como importantes estratégias de enfrentamento, pois aparecem como alicerces de conforto e esperança diante de um momento desafiador (Araújo Alves *et al.*, 2016).

4.6 Limitações e fortalezas

O presente estudo teve como limitações a pequena quantidade de pessoas entrevistadas, bem como a falta de cirurgias no hospital, com a justificativa de que foram suspensas ou adiadas por causa do período de pandemia da Covid-19. Outra limitação foi a necessidade de cooperação dos pacientes, já que a pesquisa demandava demasiado tempo para aplicação de 5 questionários, dos quais um deles era bem extenso (CRE-Breve). Porém, a atual pesquisa é considerada inovadora por avaliar a associação entre espiritualidade e saúde mental em pacientes pós-cirúrgicos oncológicos, doença altamente frequente na população, além de servir como fonte de consulta para outros estudos relacionados ao tema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permite compreender os aspectos da espiritualidade e religião como forma de enfrentamento e superação de sintomas de ansiedade e depressão que podem existir em pacientes submetidos a cirurgias oncológicas. Todas as escalas, analisadas de forma individual ou associadas entre si, apresentaram resultados positivos,

sendo encontrado valor significativo na relação do Spirituality Self Rating Scale (SSRS) total com a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE Breve) positiva, como também na relação da data do diagnóstico com a religião. Dessa forma, os achados obtidos ratificam a importância desse assunto na vida dos pacientes oncológicos, semelhante ao descrito na literatura. No entanto, é fundamental a realização de novos estudos com amostras maiores, a fim de uma melhor compreensão dos aspectos emocionais existentes para fornecer maior suporte teórico e técnico em futuras intervenções cirúrgicas e clínicas.

REFERÊNCIAS

- ANDRESSA, Flávia; MARUCCI, Farnocchi. **Coping religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de mama e ginecológico**. 2014. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-14102013-143946/>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- BRIERLEY, Rob; COLLINGRIDGE, David. Cancer surgery: A vital specialty to prevent premature death. *The Lancet Oncology*. **Lancet Oncol**, Nova Iorque, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26427358/>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- COSTA, Edmar Fernandes; NOGUEIRA, Túlio Eduardo; DE SOUZA LIMA, Nathália Caroline; MENDONÇA, Elismauro Francisco; LELES, Cláudio Rodrigues. A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. **Special Care in Dentistry**, Reino Unido, v. 34, n. 3, p. 114–121, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24712505/>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- COSTA, Priscila; LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 355–364, 2009. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1591>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- DA MATA, Luciana Regina Ferreira; DA CUNHA, Ana Cláudia; DE SOUZA LIMA ZIVIANI, Cristiane; DA FONSECA, Túlio Gonçalves; BERNARDES, Mariana Ferreira Vaz Gontijo; DE OLIVEIRA, Patrícia Peres. Psychological morbidity and implications for the recovery of adults after oncology surgery. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53089>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- DA MATA, Luciana Regina Ferreira; DE CARVALHO, Emilia Campos; GOMES, Cássia Regina Gontijo; DA SILVA, Ana Cristina; PEREIRA, Maria da Graça. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 806–813, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/wRxdmGgG7cpMrnzDhJ7SjHL/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- DE OLIVEIRA, Max Moura; MALTA, Deborah Carvalho; GUAUCHE, Heide; DE MOURA,

Lenildo; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: Dados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 146–157, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/qw7RhkxcFDjphNH9RsZKNQ/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

FERREIRA, Andreia Silva; BICALHO, Bruna Pereira; NEVES, Luiza Figueiredo Gramiscelli; MENEZES, Marcella Torres; SILVA, Thais Andressa; FAIER, Thiago Aguiar; MACHADO, Richardson Miranda. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 321–328, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/159>. Acesso em: 22 jan. 2022.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265–272, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ptp/a/8N5QJ4R5vLn3LcfTZs68DRC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 59–72, 2009. ISSN: 1413-0394. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 jan. 2022.

GONÇALVES, Angélica Martins de Souza; PILLON, Sandra Cristina. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10–15, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a02v36n1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpc/a/HCc9kndvxxXFjdXZtfdGyP/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2022.

HEBERT, Randy; ZDANIUK, Bozena; SCHULZ, Richard; SCHEIER, Michael. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. **Journal of Palliative Medicine**, Nova Iorque, v. 12, n. 6, p. 537–545, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19508140/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [s.l.: s.n.].

JORDÁN, Arturo de Pádua Walfrido; DA SILVA, Arthur Fernandes; CRUZ, Daniella Bandim; BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes. Avaliação da espiritualidade/religiosidade e opinião de residentes sobre a participação em um módulo de espiritualidade e integralidade. **IJHE - Interdisciplinary Journal of Health Education**, Belém, v. 6, n. 1, p. 17, 2021. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/440>. Acesso em: 12 fev. 2022.

KOENIG, Harold G. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, California, v. 31, n. 1, p. 97–109, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11529395/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

LAWLER, Kathleen A.; YOUNGER, Jarred W. Theobiology: An analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 347–362, 2002. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27511643>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MACIEIRA, Rita de Cássia; CURY, Maria Cristina da S.; MASTESE, João Carlos; NOVO, Neil Ferreira; BARROS, Alfredo Carlos S. D. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Rev. bras. mastologia**, Rio de Janeiro, p. 102–106, 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke; MAGANHA, Camila; DA ROCHA, Neusa Sica; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo P. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153–165, 2011. Disponível em: www.scielo.br/rsp. Acesso em: 29 ago. 2020.

PARGAMENT, Kenneth I.; SMITH, Bruce W.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 710, 1998.

PETEET, John R.; BALBONI, Michael J. Spirituality and religion in oncology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 63, n. 4, p. 280–289, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23625473/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

PHENWAN, Tharin; PEERAWONG, Thanarpan; TULATHAMKIJ, Kandawsri. The Meaning of Spirituality and Spiritual Well-Being among Thai Breast Cancer Patients: A Qualitative Study. **Indian journal of palliative care**, Mumbai, v. 25, n. 1, p. 119–123, 2019.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107–112, 2013. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0104-7795.20010003>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SANTOS, Marcell de Oliveira. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 119–120, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/115>. Acesso em: 22 jan. 2022.

VALCANTI, Carolina Costa; CHAVES, Erika de Cássia Lopes; MESQUITA, Ana Cláudia; NOGUEIRA, Denismar Alves; DE CARVALHO, Emília Campos. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838–845, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/V3rQXxLcwcYDCWGSDBhFNqB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

WHITE, Mary C.; HOLMAN, Dawn M.; BOEHM, Jennifer E.; PEIPINS, Lucy A.; GROSSMAN, Melissa; JANE HENLEY, S. Age and cancer risk: A potentially modifiable relationship. **American Journal of Preventive Medicine**, Washington, v. 46, n. 3 SUPPL. 1, p. S7, 2014. Disponível em: [/pmc/articles/PMC4544764/](#). Acesso em: 22 jan. 2022.

WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 21 out. 2017.

WORTHINGTON, Danielle; DEUSTER, Patricia A. Spiritual Fitness: An Essential Component of Human Performance Optimization. **Journal of special operations medicine**, Oldsmar, v. 18, n. 1, p. 100–105, 2018.

YOUNG, William C.; NADARAJAH, Sheeba R.; SKEATH, Perry R.; BERGER, Ann M. Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 13, n. 3, p. 653–660, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24774033/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 67, n. 6, p. 361–370, 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

Recebido em: 17-08-2022

Aprovado em: 04-05-2023