

A INTEGRAÇÃO DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA COMO FERRAMENTA NO MANEJO DO DISTRESS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA SEGUNDO O PROTOCOLO PRISMA

THE INTEGRATION OF RELIGIOSITY AND SPIRITUALITY IN ONCOLOGY AS A TOOL IN THE MANAGEMENT OF DISTRESS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE ACCORDING TO THE PRISMA PROTOCOL

LA INTEGRACIÓN DE LA RELIGIOSIDAD Y LA ESPIRITUALIDAD EN LA ONCOLOGÍA COMO HERRAMIENTA EN EL MANEJO DE LO DISTRESS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SEGÚN EL PROTOCOLO PRISMA

*Karine Soriana Silva de Souza**

*Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov***

RESUMO

Diversos fatores associados ao diagnóstico e tratamento por câncer podem levar os pacientes a vivenciarem experiências emocionais negativas, que interferem na capacidade de lidar eficazmente com a doença, o chamado *distress*. O presente estudo teve como objetivo avaliar as produções científicas acerca da influência da religiosidade/espiritualidade (R/E) no enfrentamento e redução do *distress* em pacientes oncológicos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura baseada no protocolo PRISMA, nas bases de dados Medline (PUBMED), Lilacs, Scopus, Web of Science e PsychINFO. A amostra constituiu-se de 20 estudos empíricos, publicados entre 2009 e 2018. Evidenciou-se dados que apoiam uma complexa associação entre R/E e *distress*, assim como implicações clínicas positivas de intervenções na área. Destarte, constata-se que a R/E é uma poderosa ferramenta no manejo do *distress*. Nota-se que é preciso fomentar as pesquisas em tal temática no Brasil, assim como expandi-las para outros grupos, como crianças e adolescentes.

Palavras-chave: *Distress*. Espiritualidade. Oncologia. Religiosidade.

ABSTRACT

Several factors associated with cancer diagnosis and treatment can lead patients to experience negative emotional experiences, that interfere with

Texto recebido em 29 de maio de 2020 e aprovado para publicação em 16 de novembro de 2020

* Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Psicóloga Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF).

** Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

their ability to deal effectively with the disease, the so-called distress. Thus, the present study aimed to evaluate the scientific productions about the influence of religiosity / spirituality (R / E) in coping and reducing distress in cancer patients. A systematic review of the literature was carried out based on the PRISMA protocol, in the databases: Medline (PUBMED), Lilacs, Scopus, Web of Science and PsychINFO. The sample consisted of 20 empirical studies, published between 2009 and 2018. Data were found that support a complex association between R / E and distress, as well as positive clinical implications of interventions in the area. Thus, it is found that R / E is a powerful tool in managing distress. It should be noted that it is necessary to promote research on this subject in Brazil, as well as to expand it to other groups, such as children and adolescents.

Keywords: Distress. Spirituality. Oncology. Religiosity.

RESUMEN

Varios factores asociados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer pueden llevar a los pacientes a experimentar emociones negativas, que interfieren con la capacidad de lidiar eficazmente con la enfermedad, o llamado distress. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las producciones científicas relacionadas con la influencia de la religiosidad / espiritualidad (R / E) en enfrentar y reducir el distress en pacientes con cáncer. Se realizó una revisión sistemática de la literatura basada en el protocolo PRISMA, en las bases de datos: Medline (PUBMED), Lilacs, Scopus, Web of Science y PsychINFO. Una muestra que consta de 20 estudios empíricos, publicados entre 2009 y 2018. Se encontraron datos que respaldan una asociación compleja entre R / E y lo distress, como implicaciones clínicas positivas de las intervenciones en el área. Por lo tanto, resulta que un R / E es una herramienta poderosa en manejo el distress. Cabe señalar que es necesario promover la investigación sobre este tema no Brasil, además de expandirlo a otros grupos, como niños y adolescentes.

Palabras clave: Distress. Espiritualidad. Oncología. Religiosidad.

1. INTRODUÇÃO

As doenças e os agravos não transmissíveis são os maiores responsáveis pelo adoecimento e óbito da população mundial, sendo as neoplasias malignas a segunda doença que mais mata no mundo (Ministério da Saúde, 2017). Sua incidência tem tomado proporções cada vez maiores a cada ano. Segundo

estimativas mais recentes da International Agency for Research on Cancer - IARC (2019a) -, até 2040 haverá um aumento de 63,1% no número de casos no mundo. No Brasil, em 2018, foram 559 mil novos casos de câncer e estimou-se mais 600 mil novos casos para 2019 (Ministério da Saúde, 2017; IARC, 2019b; IARC, 2019c).

Histórica e culturalmente, o diagnóstico por câncer vem sendo associado a um desfecho fatal e doloroso e, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, esse estigma ainda rodeia a visão do senso comum. As evidências atuais de uma maior perspectiva de sobrevida e maiores possibilidades de reabilitação vêm, gradualmente, trazendo um novo olhar para a doença (Silva, 2005). Mesmo diante de uma visão mais otimista e de tratamentos menos agressivos, o processo de adoecimento ainda é marcado por uma rotina e efeitos colaterais desgastantes, que impactam todos os domínios da qualidade de vida do paciente, de modo especial no domínio psicológico.

Durante o processo de diagnóstico e tratamento, ocorre uma ruptura do fluxo de vida normal do paciente diante da nova rotina de exames, consultas e hospitalizações, além das possíveis limitações físicas advindas das terapêuticas utilizadas. Essa nova rotina, muitas vezes, é marcada por uma diminuição ou perda total da independência, alterações na imagem corporal, afastamento das atividades laborais e de lazer, desorganização familiar e financeira, assim como pela vivência de sentimentos de inutilidade, medo, ansiedade, tristeza, raiva, desesperança, insegurança e perda de controle (Paterson, 2015; Dias; Aquino, 2014; Silva, Aquino; Santos, 2013; Barsaglini; Soares, 2018). A disposição desses fatores pode levar à vivência de um considerável *stress* psicológico, físico e social (Andrykowski; Lykins; Floyd; 2008; Graves et al., 2007).

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN), diante do uso abrangente do termo *stress*, muitas vezes estigmatizado por sua associação com alguns transtornos psiquiátricos, escolhe o termo *distress* para se referir de modo particular ao *stress* vivenciado pelo paciente oncológico. Dessa forma, o presente estudo considerará as duas terminologias.

O *distress* é definido como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e emocional), social ou espiritual, que interfere na capacidade de lidar eficazmente com o câncer, suas alterações físicas, sintomas e tratamento”, se estendendo ao longo de um continuum que varia desde sentimentos comuns como “sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medos, até problemas incapacitantes como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e crise espiritual” (NCCN, 2018, p.7). Pesquisas recentes evidenciam que 20% a 52% dos pacientes oncológicos

apresentam um nível significativo de *distress* (Mehnert et al., 2017; Funk, Cisneros, Williams, Kendall; Hamann, 2016; Kim et al., 2011; Chiou et al., 2016).

Segundo o NCCN (2018), as pesquisas revelam que o *distress* pode configurar-se como fator de risco a não adesão ao tratamento, principalmente em relação a medicações orais, o que leva a probabilidade de uma pior resposta clínica; estar associado à maior dificuldade do paciente em tomar decisões em relação ao tratamento, levando-o a recorrer mais vezes às unidades de saúde; e a pior qualidade de vida, influenciando negativamente na sobrevida. Os sobreviventes demonstram uma pior adesão aos exames de vigilância, assim como são menos propensos a aderir a estilos de vida saudáveis. Além disso, evidências crescentes apontam que a resposta fisiológica ao *distress* pode influenciar, por meio de diversos sistemas mediadores, na progressão e recorrência do câncer, assim como no processo metastático, implicando assim no prognóstico da doença (Chandwani et al, 2012; Moreno-Smith, Lutgendorf; Sood, 2010). Devido à grande incidência e relevância de suas implicações, a NCCN preconiza uma política de manejo do *distress* na prática clínica oncológica, trazendo referências para rastreamento, documentação, avaliação e tratamento do fenômeno. O suporte psicológico, religioso e espiritual é uma das modalidades de intervenção preconizadas.

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) estiveram sempre presentes na história da humanidade desde os tempos pré-históricos. Atualmente, segundo um estudo realizado pelo Pew Research Center (2017), 84% da população mundial tem uma religião. Segundo Koenig, King e Carson (2012) a religião é um sistema organizado de crenças e práticas desenvolvidas com o objetivo de facilitar a proximidade com sagrado ou transcendente (Deus, poder superior, ou verdade/realidade suprema) e de promover a compreensão e a responsabilidade da vivência em comunidade. Já a espiritualidade, também definida pelos autores supracitados, é a busca pessoal pela compreensão de questões fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar a formação e a vivência de uma religiosidade.

Koenig (2012), ao realizar uma revisão sistemática dos estudos sobre R/E e saúde, publicados entre 1872 e 2010, verificou que a maioria deles relata relações significativas entre R/E e melhores níveis de saúde física e mental. A religiosidade é tida como um elemento importante na vida de grande parte da população mundial, principalmente entre os que enfrentam adversidades como o adoecimento (Moreira-Almeida; Stroppa, 2012). Um estudo realizado no Hospital do Câncer de Barretos mostra que 99,2% dos pacientes usam da R/E para um melhor enfrentamento do adoecimento (Camargos; Paiva; Barroso;

Carnesecca e Paiva; 2015). Nessa perspectiva, estudos apontam que a R/E podem contribuir para a adaptação ao *stress* no âmbito da saúde, a uma menor vulnerabilidade do paciente à sua vivência e até mesmo na redução de seus níveis (Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig, 2006; Fornazari; Ferreira, 2010; Silva, 2015).

A partir dessa breve explanação, observa-se a importância da prevenção, identificação e tratamento do *distress*, e a R/E como uma ferramenta potencial a ser utilizada para esse fim. Logo, o presente trabalho teve como objetivo, a partir de uma revisão sistemática da literatura, avaliar as produções científicas acerca da influência da R/E no enfrentamento do *distress* em pacientes oncológicos. Duas perguntas nortearam o processo de pesquisa: 1) Existe associação entre a R/E do paciente com câncer e a vivência do *distress*? 2) Existem intervenções nesse contexto que abordam a temática da R/E? Quais são os seus efeitos no enfrentamento e manejo do *distress*?

2. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática de literatura dos últimos dez anos segundo o protocolo PRISMA - Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. A revisão foi realizada durante o mês de julho de 2019 mediante consulta às bases de dados Medline (PUBMED), Lilacs, Scopus, Web of Science e PsychINFO.

Na definição dos descritores foi utilizado o dicionário de indexação de termos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e de Terminologia em Psicologia como método de controle de vocabulário. Os termos foram cruzados entre si utilizando-se o operador booleano “AND”, a fim de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ao mesmo tempo cada um dos termos. Os descritores foram utilizados em português, inglês e espanhol. Foram eles: “neoplasias” AND “espiritualidade” AND “*distress*” / “neoplasias” AND “religiosidade” AND “*distress*”.

Foram incluídos na revisão os estudos que preenchem os seguintes critérios: a) estudos em inglês, português e espanhol; b) apresentar uma descrição metodológica (objetivos, métodos e resultados) claramente definida; e c) estudos correlacionais, estudos observacionais analíticos (caso-controle, transversal e coorte) e estudos experimentais randomizados. Foram excluídos: a) revisões, artigos teóricos, teses e dissertações, livros e capítulo de livros; e b) artigos de acesso restrito (pagos).

O processo de seleção dos estudos foi realizado na seguinte ordem: 1) após exportação das buscas para o Endnote Web, foi realizada a exclusão dos artigos duplicados; 2) refinamento dos artigos a partir da leitura de título e resumo; 3) realização da busca dos artigos na íntegra e posterior leitura completa e seleção dos trabalhos encontrados.

A amostra final foi submetida às seguintes categorias de análise: a) ano de publicação, b) autoria, c) país de realização do estudo, d) amostra, e) metodologia utilizada, f) revista de publicação, g) associação encontrada entre R/E e *distress*, h) modalidades de intervenções e os efeitos destas na redução do *distress*. Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva e análise qualitativa de Bardin (2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas cinco bases de dados foram identificados 445 artigos. Inicialmente, foram eliminados 210 artigos por duplicação. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram retirados 188 trabalhos que não satisfaziam os critérios estabelecidos. Após essa etapa, realizou-se a busca dos artigos e a leitura na íntegra dos encontrados, descartando mais 27 artigos, um por não ser de livre acesso e 26 por não preencherem os critérios estabelecidos. Por fim, 20 publicações foram incluídas na amostra final da revisão. Todas essas informações estão melhores ilustradas no gráfico de fluxo de informação (Figura 1).

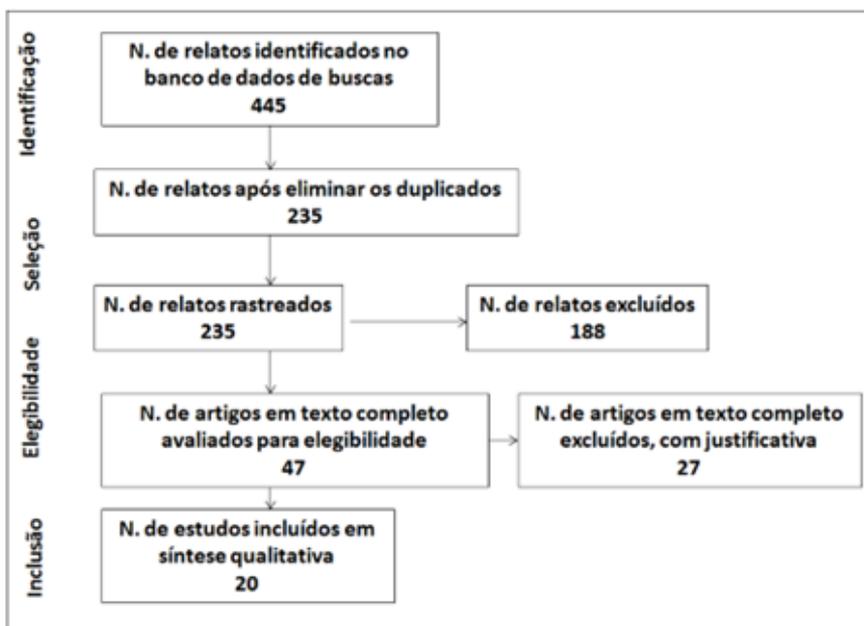


Figura 1 - Gráfico de fluxo de informação

Figura 1: Gráfico de fluxo de informação

Os artigos analisados foram publicados entre 2009 e 2018. Dos estudos selecionados, 60% foram encontrados no PsychINFO, 35% na Medline (PUBMED) e 5% na Scopus. Nenhum estudo encontrado na Lilacs e Web of Science foi incluído. A caracterização bibliométrica dos estudos incluídos na revisão está resumida na Tabela 1, organizados de acordo com título, autor, ano, local e revista de publicação. Os estudos foram agrupados de acordo com os seus objetivos: 1) estudar a associação existente entre a R/E e o *distress* (Grupo A); 2) avaliar os efeitos de intervenções que abordam aspectos religiosos/espirituais na redução do *distress* (Grupo B), e são discutidos adiante.

Caracterização bibliométrica da amostra de artigos					
	Título dos artigos	Autores	Ano	País	Periódicos
Grupo A: Associação entre religiosidade/espiritualidade e <i>distress</i>					
A 1	<i>Changes in spiritual well-being and psychological outcomes in ovarian cancer survivors</i>	Davis et al.	2018	EUA	<i>Psycho-Oncology</i>
A 2	<i>Anxiety and Depression in Spanish-Speaking Latina Cancer Patients Prior to Starting Chemotherapy</i>	Lee et al.	2018	EUA	<i>Psycho-Oncology</i>
A 3	<i>Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings</i>	Visser, Meezenbroek, & Garssen	2018	Holanda	<i>Social Science & Medicine</i>
A 4	<i>The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients</i>	Jimenez-Fonseca et al.	2017	Espanha	<i>Support Care Cancer</i>
A 5	<i>Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping</i>	Ng, Mohamed, Sulaiman & Zainal	2016	Malásia	<i>Journal of Religion and Health</i>
A 6	<i>Spiritual Well-being May Reduce the Negative Impacts of Cancer Symptoms on the Quality of Life and the Desire for Hastened Death in Terminally Ill Cancer Patients</i>	Wang & Lin	2016	China	<i>Cancer Nursing</i>
A 7	<i>Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients</i>	Kaliampou & Roussi	2015	Grécia	<i>Journal of Health Psychology</i>

A 8	<i>The Relationships Among Coping Strategies, Religious Coping, and Spirituality in African American Women With Breast Cancer Receiving Chemotherapy</i>	Gaston-Johansson, Haisfield-Wolfe, Reddick, Goldstein & Lawal	2013	EUA	<i>Oncology Nursing Forum</i>
A 9	<i>The Role of Religion and Spirituality in Psychological Distress Prior to Surgery for Urologic Cancer</i>	Biegler et al.	2012	EUA	<i>Integrative Cancer Therapies</i>
A 10	<i>Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer</i>	Kandasamy, Chaturvedi & Desai	2011	Índia	<i>Indian Journal of Cancer</i>
A 11	<i>Age and depression in patients with metastatic cancer: The protective effects of attachment security and spiritual wellbeing</i>	Christopher Lo et al.	2010	Canadá	<i>Ageing & Society</i>
A 12	<i>The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer</i>	Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau & Florack	2009	Canadá	<i>Psycho-Oncology</i>
Grupo B: Implicações no <i>distress</i> de intervenções que abordam aspectos religiosos/espirituais					
B 1	<i>A Pilot Study of a Mindfulness-Based Art Therapy Intervention in Outpatients With Cancer</i>	Meghani et al.	2018	EUA	<i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i>
B 2	<i>Pilot Testing of a Brief Couple-Based Mind-Body Intervention for Patients with Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer and Their Partners</i>	Milbury et al.	2018	EUA	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>
B 3	<i>What Impact Do Chaplains Have? A Pilot Study of Spiritual AIM for Advanced Cancer Patients in Outpatient Palliative Care</i>	Kestenbaum et al.	2017	EUA	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>
B 4	<i>The eCALM Trial: eTherapy for Cancer Applying Mindfulness. Exploratory Analyses of the Associations Between Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Participation and Changes in Mood, Stress Symptoms, Mindfulness, Posttraumatic Growth, and Spirituality</i>	Zernicke et al.	2016	Canadá	<i>Mindfulness</i>

B 5	<i>Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer</i>	Breitbart et al.	2015	EUA	<i>Journal of Clinical Oncology</i>
B 6	<i>Interdisciplinary Palliative Care for Patients with Lung Cancer</i>	Ferrell et al.	2015	EUA	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>
B 7	<i>Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial</i>	Würtzen et al.	2015	Dinamarca	<i>Acta Oncologica</i>
B 8	<i>Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients</i>	Ando, Morita, Akechi & Okamoto	2010	Japão	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>

Tabela 1: Caracterização bibliométrica da amostra de artigos

Os 20 estudos da amostra final constituem trabalhos de pesquisa originais, dispondo de autoria compartilhada por dois ou mais autores. Quanto ao ano de publicação, verifica-se que o assunto pesquisado apresentou um crescimento de publicações nos últimos quatro anos, no qual concentraram 75% das publicações, em comparação ao intervalo entre 2009 e 2013, com 25% das publicações.

No que se refere ao local de publicação, em primeiro lugar está os Estados Unidos (EUA) com nove publicações e em segundo o Canadá com três publicações. Os demais países tiveram uma publicação cada um. Todos os estudos são na língua inglesa. Maior parte da produção científica da presente análise está nos países norte-americanos desenvolvidos.

Embora o Brasil seja o quinto país que mais publica em R/E e saúde no mundo (Moreira Almeida; Lucchetti, 2016; Lucchetti; Lucchetti, 2014), nenhum artigo brasileiro foi localizado. Em um levantamento bibliométrico realizado por Damiano e colaboradores (2016) os principais tópicos abordados pelas publicações brasileiras na área de R/E são álcool e outras drogas, Ayahuasca e escalas. A temática da oncologia não se encontra em lugar de destaque, o que pode explicar os dados encontrados no presente trabalho. Destarte, verifica-se que o Brasil carece de estudos no assunto abordado, mostrando a necessidade de maior investimento na temática.

Quanto aos periódicos, quatro artigos foram publicados na revista *Journal of Pain and Symptom Management* e três na revista *Psycho-Oncology*, os demais foram publicados (um em cada) nos outros periódicos apresentados na Tabela 1.

3.1. Desfecho 1: Associação entre religiosidade/espiritualidade e *distress*

Para responder à primeira pergunta proposta pelo presente trabalho foram selecionados 12 artigos (A1 a A12 - Tabela 1). Apresenta-se na Tabela 2 a caracterização desses artigos quanto ao tipo do estudo, amostra e resultados.

Desfecho 1: Associação entre religiosidade/espiritualidade e <i>distress</i>			
Estudo	Tipo do estudo	Amostra	Resultados/conclusões
A 1	Longitudinal prospectivo	n: 241 mulheres com câncer de ovário – idade média de 59,2 anos	Os aumentos na subescala paz foram relacionados à menor depressão, ansiedade e <i>distress</i> total em um ano, assim como moderaram os efeitos de eventos estressantes da vida nesses três aspectos. Mudanças no significado e na fé não estavam relacionadas a todos os resultados. Uma sensação de paz, mesmo no contexto de doenças terminais, tem sido relacionada à diminuição do sofrimento psicológico e melhores resultados nos cuidados.
A 2	Transversal descritivo correlacional	n: 198 mulheres latinas hispânicas com câncer – idade média de 51,77 anos	Maior bem-estar espiritual foi associado com menores escores de ansiedade e depressão. Essas relações foram mais fortes para o subescala significado / paz.
A 3	Estudo 1: transversal descritivo correlacional Estudo 2: longitudinal prospectivo	Estudo 1 n: 216 pacientes com câncer – 78% de mulheres – idade média de 59 anos Estudo 2 n: 383 pacientes com câncer – 73% eram mulheres - idade média de 59 anos	Evidências limitadas foram encontradas para a hipótese de que a espiritualidade reduz o impacto negativo da dor, da fadiga ou da percepção de ameaça à vida. Os resultados sugerem que experiências de significado e aceitação podem ajudar a reavaliar a fadiga de uma maneira menos ameaçadora, reduzindo assim o <i>distress</i> .
A 4	Longitudinal prospectivo	n: 504 pacientes com câncer não metastático – 61,5% eram mulheres – idade média de 58,6 anos	Correlações significativas foram encontradas. À medida que o bem-estar espiritual aumenta, o <i>distress</i> e a preocupação ansiosa diminuem, e o uso de estratégias de enfrentamento, como espírito de luta, esperança, resignação e evitação cognitiva aumentam. O bem-estar espiritual não só correlacionou-se com o <i>distress</i> e adaptação ao câncer, mas também se revelou um mediador parcial entre ambos.

A 5	Transversal descritivo correlacional	n: 200 pacientes com câncer – 81,5% eram mulheres – idade média de 53,6 anos	Depressão e ansiedade foram significativamente associadas a baixos níveis de fé intrínseca e menos práticas de atividades religiosas não organizacionais (privadas), assim como ao <i>coping</i> negativo.
A 6	Transversal descritivo correlacional	n: 85 pacientes com câncer terminal - 52,9% eram mulheres – idade média de 59,52 anos	O bem-estar espiritual foi um mediador e moderador parcial entre a gravidade dos sintomas e qualidade de vida (QV), e um mediador parcial entre a severidade dos sintomas e o desejo de apressar a morte. A subescala de significado foi um preditor mais significativo do desejo de morte apressada e QV do que a subescala da fé.
A 7	Longitudinal prospectivo	n: 84 pacientes com câncer – 71% eram mulheres	O <i>coping</i> religioso previu significativamente afeto positivo em sete meses. Crenças religiosas estavam negativamente relacionadas ao <i>distress</i> . No geral, verificou-se que o <i>coping</i> religioso tem mais efeitos no bem-estar psicológico do que as crenças religiosas.
A 8	Longitudinal prospectivo	n: 17 mulheres com câncer de mama – idade média de 50 anos	Níveis mais elevados de bem-estar espiritual estavam relacionados a menores níveis de <i>distress</i> . Este foi significativamente relacionado ao <i>coping</i> religioso negativo e a um enfrentamento mais catastrófico.
A 9	Transversal descritivo correlacional	n: 115 homens com câncer urológico em estágio pré-operatório – idade média de 58,3 anos	A religiosidade/espiritualidade (R/E) moderou a associação entre o <i>coping</i> e as pontuações na <i>Impact of Event Scale</i> , assim como moderou a associação entre apoio social e <i>distress</i> ; a associação inversa entre suporte social e pontuações nas escalas de <i>stress</i> e estados de humor foi apenas significativo para homens que obtiveram alta pontuação em R/S. Possível associação entre R/E e <i>distress</i> não foi suportado através de um modelo de mediação.
A 10	Transversal descritivo correlacional	n: 50 pacientes com câncer avançado – 56% eram mulheres – idade média de 49,74 anos	O bem-estar espiritual foi correlacionado negativamente com depressão e ansiedade. Além disso, foi positivamente correlacionado com todos os outros aspectos das medidas de qualidade de vida e cuidados paliativos, indicando que o bem-estar espiritual está intimamente correlacionado com indicadores físicos e psicológicos do <i>distress</i> .

A 11	Transversal descritivo correlacional	n: 342 pacientes com câncer metastático – 43% eram mulheres – idade média de 61 anos	Verificou-se que a idade foi associada inversamente à depressão e positivamente ao bem-estar espiritual e ao apego seguro. A depressão estava inversamente relacionada ao apego seguro e ao bem-estar espiritual, e o efeito da idade na depressão foi totalmente mediado pelo apego e pelo bem-estar espiritual. Estes resultados suportam a visão que o envelhecimento está associado não só ao aumento de vulnerabilidades e patologias, mas também com o desenvolvimento de novas capacidades adaptativas, configurando-se relativamente como proteção contra o <i>distress</i> .
A 12	Longitudinal prospectivo	n: 93 mulheres com câncer de mama – idade média de 60,95 anos	Na análise transversal estratégias de <i>coping</i> religioso positivo estavam relacionadas a um <i>distress</i> menos recorrente e maior bem-estar, enquanto o <i>coping</i> negativo estava relacionado com ajuste emocional mais pobre em diferentes momentos. O uso do <i>coping</i> religioso foi relacionado à maior <i>distress</i> e bem-estar emocional mais pobre seis meses e dois anos pós-operatório. A natureza da relação entre <i>coping</i> religioso e o ajuste emocional dependia do tipo de estratégia religiosa de enfrentamento bem como do tempo específico de avaliação.

Tabela 2: Caracterização dos artigos do Grupo A

Quanto à metodologia utilizada pelos estudos, cinco artigos (41,7%) apresentaram um desenho longitudinal prospectivo, seis (50%) um desenho transversal descritivo correlacional e um artigo (8,3%) apresentou ambos os tipos de análise. Mesmo diante da maior facilidade de se desenvolver um estudo transversal devido ao seu baixo custo, rapidez e objetividade (Denzin; Lincoln, 2006), verificamos um equilíbrio entre os desenhos transversais e longitudinais, havendo assim um equilíbrio também das vantagens e desvantagens dos métodos sobre a confiabilidade dos resultados.

Em relação à amostra utilizada, na maioria dos estudos de amostra mista (homens e mulheres), mais de 50% dos participantes correspondiam ao sexo feminino. A idade média da amostra variou de 49,74 a 61 anos. Nenhum estudo foi encontrado que compreendesse crianças, adolescentes e jovens adultos, configurando uma lacuna a ser explorada dentro do assunto. Esse achado pode ser reflexo da maior prevalência do câncer em pessoas com mais de 50 anos.

Segundo a IARC (2019), nos últimos cinco anos a prevalência do câncer nessa faixa etária correspondeu a 85,95% dos casos, contra 19,05% de prevalência em pessoas com menos de 49 anos. Verifica-se também, uma considerável atenção à amostra de pacientes com câncer em estágios mais avançados.

O presente conjunto de estudos utiliza as definições operacionais mais frequentemente usadas para medir R/E e *distress*. Sete estudos avaliaram a R/E por meio do bem-estar espiritual (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale - FACIT-Sp*) e quatro estudos utilizaram a escala de *coping* religioso (*Brief Religious Coping Scale - RCOPE*). Um estudo utilizou a escala *Spiritual Attitude and Involvement List - SAIL*, um a *Duke University Religion Index - DUREL*, um a *Scale Measured Intrinsic Religiosity - IR*, e por fim, um estudo utilizou uma escala própria adaptada, baseada nas escalas *Systems of Belief Inventory* e *Spiritual Well-Being Subscale*.

Os construtos mensurados pelos estudos para abordar *distress* compreendem em: depressão, ansiedade, humor, *stress*, ameaça percebida, *coping*, tomada de decisão, desesperança, qualidade de vida, desejo de morte acelerada, afeto positivo e negativo, apego, suporte social, fadiga, dor e experiências de vida. Verificamos uma relativa consonância com os construtos encontrados por Schreiber e Brockopp (2011), em uma revisão sistemática sobre R/E e bem-estar psicológico em sobreviventes do câncer. Os principais instrumentos utilizados estão de acordo com os instrumentos apontados por Carlson e Bultz (2003) como os instrumentos mais citados na literatura para medir *distress* em pacientes oncológicos. São eles: *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *Profile of Mood States (POMS)* e *Beck Depression Inventory (BDI)*.

No que compete aos desfechos encontrados, em quatro estudos (A1, A2, A4 e A10) o bem-estar espiritual foi associado a menores escores de ansiedade. Nos estudos A1, A4, A7 e A8 o bem-estar espiritual e crenças religiosas foram negativamente associados ao *distress* geral e em quatro estudos (A1, A2, A10 e A11) à depressão. Em dois desses estudos (A1 e A2) essa associação era mais significativa para a subescala paz. No estudo A5 a ansiedade e a depressão foram significativamente associadas a baixos níveis de fé intrínseca e a menos práticas de atividades religiosas não organizacionais. A partir do estudo A11, verificou-se que o bem-estar espiritual tem um papel mediador no efeito da idade sobre a depressão. Além disso, no estudo A10 o bem-estar espiritual foi positivamente relacionado com todos os aspectos das medidas de qualidade de vida e cuidados paliativos.

O estudo A3 verificou que experiências de significado e aceitação (bem-estar espiritual) podem ajudar na reavaliação da fadiga e da dor de forma

menos ameaçadora, implicando assim, na redução do *distress*. Os estudos A4 e A6 revelaram o bem-estar espiritual como mediador parcial entre o *distress* e a adaptação ao câncer, e como mediador e moderador parcial entre a gravidade dos sintomas e a qualidade de vida. Além disso, ele se configurou como mediador parcial entre a severidade dos sintomas e o desejo de morte acelerada. No estudo A9 concluiu-se que a R/E moderaram a associação entre o *coping* e as pontuações na *Impact of Event Scale (IES)*, assim como moderaram a associação entre apoio social e *distress*, mas uma possível associação entre R/E e *distress* não foi suportada através de um modelo de mediação.

Em relação às medidas de *coping*, o estudo A7 revelou que o *coping* religioso previu, significativamente, afeto positivo em sete meses. No estudo A8 o *distress* estava relacionado significativamente ao *coping* religioso negativo e a um enfrentamento mais catastrófico. No estudo A12, o *coping* negativo também foi relacionado a um ajuste emocional mais pobre. Neste estudo, longitudinalmente, o *coping* religioso foi relacionado a maiores níveis de *distress* e a um menor bem-estar emocional.

A partir da análise da presente amostra, verificou-se que existe sim uma associação entre R/E e *distress* em pacientes cancrós. As evidências mostram uma relação complexa, que depende da forma como é utilizada pelo paciente, podendo se configurar como uma associação positiva ou negativa. A R/E pode influenciar na qualidade emocional do paciente sendo mediador e moderador de vários aspectos, como a idade, suporte social e sintomas físicos. Para Park (2007), nos contextos de adoecimento, a R/E podem influenciar em um melhor ajustamento ao colaborar na reavaliação da doença de uma forma mais positiva e contendo um significado; proporcionando esperança e conforto, ao fortalecer atitudes positivas frente a situações estressantes; e ao possibilitar o aumento do suporte social do paciente. Ainda assim, como afirmam Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) os mecanismos pelos quais a R/E influenciam a saúde é uma lacuna ainda a ser desbravada.

3.2 Desfecho 2: Implicações no distress de intervenções que abordam aspectos religiosos/espirituais

No segundo desfecho do presente estudo foram incluídas oito publicações (B1 a B8 - Tabela1) que avaliam o impacto de intervenções, que abordam aspectos religiosos/espirituais, na vivência do *distress*. Na Tabela 3 apresenta-se a caracterização dos artigos quanto ao tipo de estudo, amostra, intervenção realizada, e resultados e conclusões.

Desfecho 2: Implicações no distress de intervenções que abordam aspectos religiosos/espirituais				
Estudo	Tipo de estudo	Amostra	Intervenção	Resultados/conclusões
B 1	Teste de braço único pré pós-intervenção	n: 18 pacientes com câncer – 94,5% eram mulheres	Mindfulness-based art therapy (MBAT) intervention	Encontrou-se redução significativa no <i>stress</i> percebido, ansiedade e depressão e melhorias na qualidade de vida dos pacientes. A intervenção proporcionou aumento na compreensibilidade e no senso de significado. Não houve mudanças significativas no funcionamento físico, dor, sono, cansaço, sonolência, náusea e apetite.
B 2	Teste de braço único pré pós-intervenção	n: 7 pacientes com câncer de pulmão metastático e seus parceiros – idade média de 65,29 anos – 42,85% eram mulheres	Brief Couple-Based Mind-Body Intervention (CBMB)	Apesar das limitações do desenho do estudo, encontrou-se um grande efeito da intervenção para reduzir os distúrbios do sono, um efeito médio para redução do <i>distress</i> , juntamente com pequenos efeitos para melhorar os sintomas depressivos e o bem-estar espiritual.
B 3	Teste de braço único pré pós-intervenção	n: 31 pacientes com câncer em cuidados paliativos – idade média de 59,4 anos – 64,5% eram mulheres	Spiritual Assessment and Intervention Model (“Spiritual AIM”)	Foram encontrados aumentos significativos na subescala fé da escala de bem-estar espiritual e nas subescalas de <i>coping</i> adaptativo na escala de ajustamento psicológico ao câncer.
B 4	Ensaio controlado aleatório de lista de espera	n: 62 participantes com câncer – idade média de 57,56 anos – 72,6 eram mulheres	Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR)	A pesquisa revelou melhorias significativas ao longo do tempo para distúrbios do humor, <i>stress</i> percebido, espiritualidade, crescimento pós-traumático e quatro dos cinco aspectos que compõem a atenção plena.
B 5	Ensaio clínico randomizado	n: 253 pacientes com câncer avançado GI: 132 - idade média de 57 anos 71,2% eram mulheres GC: 121 - idade média de 59,6 anos - 67,8% eram mulheres –	Meaning-centered group psychotherapy (MCGP)	Os pacientes que receberam MCGP mostraram uma melhora significativamente maior no bem-estar e qualidade de vida e reduções significativamente maiores na depressão, desesperança, desejo de morte apressada e sintomas físicos em comparação com aqueles que receberam a intervenção do grupo controle.

B 6	Estudo prospectivo quase experimental	<p>n: 491 pacientes com câncer de pulmão em estágio I-IV</p> <p>GI: 272 – 63,6% eram mulheres</p> <p>GC: 219 – 58,9% eram mulheres</p>	Interdisciplinary Palliative Care	<p>A intervenção paliativa interdisciplinar resultou em melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida, sintomas e <i>distress</i>, em comparação ao grupo que recebeu cuidados habituais. A intervenção também teve um impacto significativo no número de encaminhamentos médicos gerais e no número de encontros não programados com a equipe.</p>
B 7	Ensaio clínico randomizado	<p>n: 336 mulheres dinamarquesas após cirurgia para câncer de mama</p> <p>GI: 168 – idade média de 53,9 anos</p> <p>GC: 168 – idade média de 54,4 anos</p>	Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) program	<p>Após doze meses de acompanhamento, nenhum efeito significativo da intervenção sobre a sintomatologia somática foi encontrado em modelos de efeitos mistos. Foi encontrado um efeito estatisticamente significativo da MBSR no <i>distress</i> em todos os momentos e nos modelos de efeitos mistos. Efeitos significativos na atenção plena foram observados após seis e 12 meses e nenhum efeito significativo foi observado para o bem-estar espiritual.</p>
B 8	Ensaio clínico randomizado	<p>n: 68 pacientes com câncer acompanhados em unidades de cuidados paliativos</p> <p>GI: 34 – idade média de 65 anos – 44,12% eram mulheres</p> <p>GC: 34 – idade média de 64 anos – 61,66 eram mulheres</p>	Short-Term Life-Review Interviews	<p>Os escores de bem-estar espiritual do grupo intervenção (GI) foram significativamente maiores do que no grupo controle (GC). As mudanças no <i>scores</i> de ansiedade, depressão e <i>distress</i> total também sugeriram maior alívio para o GI em comparação ao GC.</p>

Tabela 3: Caracterização dos artigos do Grupo B

A parcela dos estudos selecionados para esse desfecho apresentou quatro diferentes tipos de delineamento, teste de braço único pré e pós-intervenção (três artigos), estudo prospectivo quase-experimental (um artigo), ensaio controlado de lista de espera (um artigo) e ensaio clínico randomizado (três artigos). Aqui se verifica também um equilíbrio entre a quantidade de estudos que utilizaram delineamentos de maiores e menores níveis de evidências.

Quanto à amostra apresentada pelos estudos a maioria tinha uma amostra mista, exceto um estudo que trabalhou com mulheres dinamarquesas com câncer de mama. Cinco dos oito estudos apresentam uma amostra inferior a 70 participantes, o que revela a dificuldade de se obter amostras grandes nos estudos de intervenção. Como já verificado no desfecho 1, na maioria dos estudos de amostra mista, mais de 50% dos participantes correspondiam ao sexo feminino. A idade média da amostra variou de 53,9 a 67,8 anos. Novamente, verificou-se a falta de estudos que compreendessem faixas etárias menores.

No que compete aos tipos de intervenção e aos resultados encontrados, em quatro pesquisas (B1, B2, B4 E B7) as intervenções traziam o *mindfulness* como intervenção principal e o restante abordaram quatro diferentes tipos de intervenção. No estudo B1, 18 pacientes foram submetidos à *Mindfulness-based art therapy (MBAT) intervention*, que combinando os elementos da redução do *distress* baseado em *mindfulness* e da arteterapia, objetivou reduzir a superidentificação ou a associação predominantemente negativa do paciente com a doença. Tal intervenção proporcionou redução significativa no *stress* percebido, ansiedade e depressão e melhorias na qualidade de vida dos pacientes, assim como o aumento na compreensibilidade e no senso de significado.

Em B2 a amostra foi submetida à *Brief Couple-Based Mind-Body Intervention (CBMB)*. Tal intervenção é voltada para necessidades psicoespirituais e está enraizada nos princípios da interdependência, *mindfulness* e compaixão. Apesar das limitações do desenho do estudo, encontrou-se um grande efeito da intervenção para reduzir os distúrbios do sono, um efeito médio para redução do *distress*, juntamente com pequenos efeitos para melhorar os sintomas depressivos e promover o bem-estar espiritual.

No estudo B4 a amostra foi exposta a intervenção psicossocial de grupo *Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR)* e os resultados evidenciam melhorias significativas ao longo do tempo para distúrbios do humor, *stress* percebido, espiritualidade, crescimento pós-traumático e quatro dos cinco aspectos que compõem a atenção plena.

Em B7 o programa *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)* foi oferecido a 168 mulheres dinamarquesas com câncer de mama. A intervenção ao buscar

melhorar a aceitação dos sintomas, a capacidade meta-reflexiva e a liberdade dos pacientes, visa à mudança na percepção e assim, a mudança na experiência dos sintomas. Verificou-se que após doze meses nenhum efeito significativo da intervenção sobre a sintomatologia somática e o bem-estar espiritual foi encontrado, mas verificou-se um efeito estatisticamente significativo da MBSR no *distress* e na atenção plena.

No terceiro estudo desse desfecho (B3), pacientes em cuidados paliativos foram submetidos a *Spiritual Assessment and Intervention Model* (“*Spiritual AIM*”). A intervenção desenvolvida por capelães treinados, consiste em uma avaliação das necessidades espirituais do paciente e a implementação de intervenções exclusivas. Os resultados mostraram que ao final da intervenção verificou-se um aumento significativo na subescala fé da escala de bem-estar espiritual e nas subescalas de *coping* adaptativo na escala de ajustamento psicológico ao câncer.

No estudo B5 a amostra de 132 pacientes com câncer avançado recebeu a *Meaning-centered group psychotherapy* (MCGP), que tem como objetivo trabalhar a perda do bem-estar psicológico, do senso de significado na vida e a angústia existencial que são frequentes em pacientes oncológicos. Os pacientes que receberam MCGP mostraram uma melhora significativamente maior no bem-estar e na qualidade de vida, e reduções significativamente maiores na depressão, desesperança, desejo de morte apressada e sintomas físicos em comparação com aqueles que receberam a intervenção do grupo controle.

Em B6, a amostra de pacientes com câncer de pulmão foi submetida à *Interdisciplinary Palliative Care*. A intervenção paliativa interdisciplinar, que abordou aspectos religiosos/espirituais, resultou em melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida, sintomas e *distress* em comparação ao grupo que recebeu cuidados habituais. A intervenção também teve um impacto significativo no número de encaminhamentos médicos gerais e no número de encontros não programados com a equipe.

No último estudo desse desfecho (A8), 34 pacientes em cuidados paliativos foram submetidos a *Short-Term Life-Review Interviews*. Baseada na Terapia da Dignidade, tal intervenção busca proporcionar ao paciente a revisão e integração de sua história de vida. Os resultados evidenciaram que os escores de bem-estar espiritual do grupo intervenção (GI) foram significativamente maiores do que no grupo controle (GC) e que as mudanças no *scores* de ansiedade, depressão e *distress* total também sugeriram maior alívio para o GI em comparação ao GC.

Levando em conta, que os estudos consideraram diferentes aspectos da R/E ao abordarem a temática em suas intervenções, e de que utilizaram diferentes construtos para avaliar o *distress*, verifica-se uma gama de intervenções que

apresentam resultados positivos na redução do *distress* em pacientes oncológicos. Mais especificamente, tais intervenções evidenciam significativas reduções na ansiedade, depressão, desesperança, desejo de morte acelerada, *distress* geral, distúrbios do sono e sintomas físicos. Melhorias nos níveis de bem-estar espiritual, qualidade de vida, ajustamento psicológico, crescimento pós-traumático, bem-estar psicológico e *mindfulness*. Há indícios ainda de uma redução no número de encaminhamentos médicos e de consultas não planejadas.

Os domínios social, psicológico e espiritual exibem oscilações importantes entre bem-estar e *distress* em variamos momento do diagnóstico por câncer (Toloi, 2018), e para responder de forma eficaz e integral a todas as reações vivenciadas pelos pacientes, promovendo assim uma assistência integral na doença oncológica, se faz necessário o investimento em intervenções psicossociais como as apresentadas anteriormente. Tais intervenções favorecem a ruptura com o modelo biomédico, valorizando o paciente na sua integralidade e humanidade, como um ser biopsicossocial-espiritual. Dessa forma, diante dos resultados encontrados, as intervenções religiosas/espirituais têm um papel importante na promoção da saúde no contexto do adoecimento, especificamente no manejo do *distress*, configurando-se como fortes ferramentas para os profissionais da oncologia. Como afirma Park (2007), embora a R/E possam influenciar níveis gerais de saúde e bem-estar ao longo da vida do indivíduo, talvez as influências mais poderosas ocorram no contexto de doença aguda ou crônica e sofrimento físico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência do câncer tem tomado proporções cada vez maiores a cada ano e suas implicações psicossociais na vida do paciente são cada vez mais estudadas e comprovadas. Paralelamente a isso, os estudos sobre a influência da R/E no enfrentamento e adaptação à doença oncológica, tem se tornado um campo atrativo, frutífero e complexo.

O presente estudo objetivou avaliar as produções científicas sobre a associação existente entre R/E e *distress* e o impacto de intervenções, que abordam aspectos religiosos/espirituais, na adaptação ao câncer. A partir dos achados, pôde-se verificar que, embora conclusões causais sejam restritas devido às limitações dos métodos de pesquisa, as evidências mostram uma relação complexa entre R/E e *distress*, que depende da forma como esta é utilizada pelo paciente, podendo se configurar como uma associação positiva ou negativa. Elas podem influenciar na qualidade emocional sendo mediadoras e moderadoras de vários aspectos, como a idade, suporte social e sintomas físicos, configurando-se como uma ferramenta

multifacetada. No que compete à influência das intervenções no comportamento do *distress*, pode-se concluir que diferentes tipos de intervenções apresentam resultados positivos na redução do mesmo.

Como limitações da presente revisão, pode-se considerar a não utilização de fontes secundárias de pesquisa, o que poderia enriquecer ainda mais os resultados, não incluir na análise o nível de evidência das pesquisas incluídas, a partir de métodos sistemáticos de análise, assim como as limitações individuais dos estudos.

Clinicamente, os resultados evidenciam implicações importantes na prática profissional. Diante das associações encontradas, conclui-se que a R/E em oncologia é uma forte ferramenta no manejo do *distress* a ser utilizada pelos profissionais, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente, assim como um trabalho humanizado, holístico e centrado no paciente. Além disso, o presente estudo pôde ressaltar a importância da atuação profissional preventiva e como o manejo eficaz das implicações psicossociais e espirituais do câncer deve também ser prioridade no serviço.

Em termos de implicações para pesquisas futuras, vê-se a necessidade de investimento no assunto no contexto brasileiro, tanto no que compete ao desenvolvimento e avaliação de intervenções, quanto na avaliação das implicações que a R/E exerce no adoecimento por câncer. Além disso, a temática necessita do desenvolvimento de pesquisas envolvendo crianças, adolescentes e jovens adultos. A busca por igualdade no desenvolvimento científico refletirá na igualdade do acesso aos serviços e ao bem-estar.

REFERÊNCIAS

- Andrykowski, M. A.; Lykins, E.; Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193-201.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barsaglini R. A.; Soares, B. B. N. S. (2018), Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23 (2), 399-408.
- Bultz, B. D.; Carlson, L. E. (2005). Emotional Distress: The Sixth Vital Sign in Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440–6441.
- Camargos, M. G., De Paiva, C. E., Barroso, E. M., Carneseca, E. C. e Paiva, B. S. R. (2015).
- Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity. *Medicine*, 94(47), 1-15.
- Carlson, L. E.; Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (5), 403–409.
- Chandwani, K. D.; Ryan, J. L.; Peppone, L. J.; Janelins, M. M.; Sprod, L. K. et al. (2012). Cancer-Related Stress and Complementary and Alternative Medicine: A Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–15.
- Chiou, Y.J.; Chiu, N.M.; Wang, L.J.; Li, S.H.; Lee, C.Y. et al. (2016). Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2765–2773.
- Damiano, R. F.; Costa, L. A.; Viana, M. T. S. A.; Moreira-Almeida; A., Lucchetti; A. L. G. et al. (2016). Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health” *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(1), 11–16.
- Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N.K Denzin et al. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 15-40.

- Dias, S.A.O.; Aquino, G. B. (2014). Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. *Revista Científica da Faminas*, 9 (1), 105-124.
- Fornazari, S.A.; Ferreira, R.E.R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 265-272.
- Funk, R., Cisneros, C., Williams, R. C., Kendall, J., e Hamann, H. A. (2016). What happens after distress screening? Patterns of supportive care service utilization among oncology patients identified through a systematic screening protocol. *Supportive Care in Cancer*, 24 (7).
- Graves, K.D.; Arnold, S.M.; Love, C.L.; Kirshc, K.L.; Moore, P. G. et al. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55, 215-224.
- Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2019). *O que é o câncer?*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. (Acessado em: 15/10/19).
- International Agency for Research on Cancer - IARC. (2019b). *Cancer Today*. World Health Organization. Disponível em: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_