



ESPIRITUALIDADE EM ONCOLOGIA



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA



ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA

ÍNDICE

Cessão de Direitos Autorais	03
Introdução	04
Metodologia	05
Conceitos	06
Importância	07
Abordagem	09
Impactos e cuidados	16
Conclusões e desafios	25
Referências	26

AUTORES

Coordenação:

Clarissa Mathias

Autores:

Diego de Araujo Toloi

Luciana Castro Garcia Landeiro

Rodolfo Gadia

Cristiane de Lacerda Gonçalves Chaves

Daniel Neves Forte

Rodrigo Kappel Castilho

João Batista Santos Garcia

Carlos Jose Coelho de Andrade

Maria de Fátima Dias Gai

Maria Cecília Mathias Machado

Clarissa Mathias

Cessão de Direitos Autorais

A *Brazilian Journal of Oncology* (BJO), ISSN 2526-8732, autoriza a publicação gratuita da íntegra do artigo intitulado: Spirituality in Oncology - a consensus *by the Brazilian Society of Clinical Oncology* (SBOC), do(s) autor(es) Diego de Araujo Tolo; Luciana Castro Garcia Landeiro; Rodolfo Gadia; Cristiane de Lacerda Gonçalves Chaves; Daniel Neves Forte; Rodrigo Kappel Castilho; João Batista Santos Garcia; Carlos Jose Coelho de Andrade; Maria Fátima Gau; Maria Cecília Mathias Machado e Clarissa Mathias, no site da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), associação civil, científica, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 18.274.290/0001-27, com sede na cidade de São Paulo.

Para a replicação do documento, o editor da BJO concorda em ceder os direitos autorais, além do direito à tradução livre do artigo, que foi publicado originalmente em inglês. Os autores relacionados se responsabilizam publicamente pelo conteúdo científico e cognitivo do documento.

São Paulo, 02 de agosto de 2022.



Dr. Jorge Sabbaga

Editor Executivo da *Brazilian Journal of Oncology*

Capítulo 1:

INTRODUÇÃO

A ciência se movimenta em função de perguntas. As respostas encontradas, sejam elas esperadas ou imprevisíveis, são consequências do método científico de investigação parametrizado, transparente e passível de reprodução. Portanto, formular uma boa pergunta é etapa fundamental do processo de investigação e, por isso, nada melhor do que visitar questionamentos que intrigam a comunidade científica há vários anos, tempos remotos em que os cientistas eram conhecidos como filósofos naturais.

Sabe-se que as neoplasias malignas são cada vez mais prevalentes, conforme dados recentes de pesquisa feita pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC), a qual projetou para o ano de 2020 cerca de 19,3 milhões de casos novos com 10 milhões de óbitos.¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas desenvolverá a doença em algum momento da vida.² No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o triênio 2020-22, serão por volta de 625 mil casos novos (incluindo câncer de pele não melanoma) e, aproximadamente, 260 mil óbitos.³

A finitude da matéria orgânica é uma realidade áspera na rotina do oncologista. O fenótipo neoplásico maligno reúne conhecimentos acumulados no código genético durante uma jornada de bilhões de anos, época em que a vida no pla-

neta era o caos unicelular.⁴ Os mecanismos de resistência, escape e proliferação da célula neoplásica são altamente especializados, tornando-se somente falíveis quando conquistam o organismo e corrompem o equilíbrio dos sistemas, pois, assim, acabam por esgotar as forças do hospedeiro que lhe fornece as condições necessárias para a manutenção da vida.

A caminhada do câncer é uma busca semelhante à da humanidade, ou seja, a imortalidade. O jogo insano das mutações em busca desse potencial é o mesmo estímulo que motiva as mais gabaritadas inteligências humanas. O homem, como espécie racional, tem a necessidade intrínseca da transcendência em sua vida finita. A sensação de eternidade é experimentada na vivência da espiritualidade através de estados meditativos, práticas religiosas, orações, músicas, contato com a natureza, relacionamentos, bem como dentro do laboratório e em várias outras situações de contentamento espiritual.

Esses exercícios e conexões com a espiritualidade entregam uma melhor qualidade de vida e saúde física aos pacientes com câncer, reforçam a confiança na equipe de saúde, tendo como consequência maior aderência e melhores cuidados no tratamento. Há um aumento evidente de publicações sobre espiritualidade e saúde nos últimos tempos as quais sustentam esses resultados.⁵⁻⁷

Enfim, o combustível da pesquisa científica é o mistério a ser descoberto. A pergunta, portanto, deste trabalho de revisão, desenvolvido em conjunto com intensivistas, paliativistas, oncologistas clínicos e radioterapeuta é como se dá a cooperação entre a espiritualidade e a ciência. A construção da resposta mais concreta possível para um tema tão abstrato e desafiador passará pelos conceitos básicos, importância da abordagem e treinamento da equipe, impactos nos cuidados do paciente, proteção potencial da saúde mental dos profissionais e familiares envolvidos no tratamento do câncer.

Quanto mais respostas encontradas, maior a quantidade de novas perguntas geradas. É assim que a maioria dos cientistas dedica parte de suas vidas, sejam elas eternas ou não, flertando com o desconhecido e assumindo a capacidade limitada para desvendar vários pontos obscuros da natureza humana e das coisas que os cercam.

A intenção é que este material possa ajudar todos aqueles que participam da linha do cuidado do paciente oncológico e que buscam uma explicação mais palpável da necessidade do sentido de nossas existências. Uma excelente e espiritual leitura!

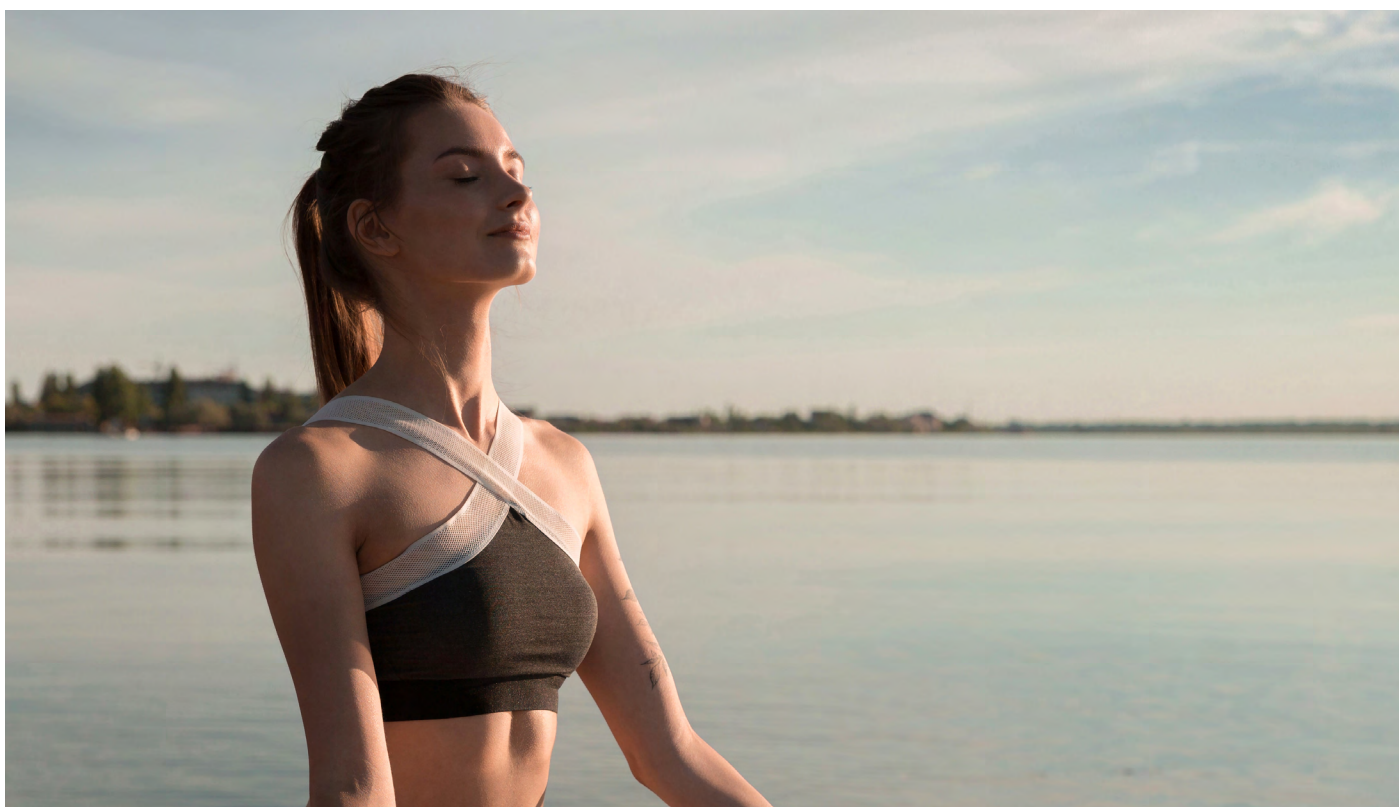
Capítulo 2:

METODOLOGIA

A Presidente da SBOC, durante a Gestão 2019-2021, coordenou o trabalho deste material ao longo de 2021. O grupo de autores foi composto por médicos com conhecimentos e atividades relacionadas ao tema e por especialistas em oncologia, cuidados paliativos, cuidados intensivos, radioterapia e controlador. Este grupo incluiu participantes de diferentes áreas do país, incluindo os estados do Maranhão, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Os participantes constituíram subgrupos de trabalho de acordo com as divisões presentes neste formato final. Devido à pandemia da Covid-19, as interações se deram por meios virtuais e digitais. Em uma primeira reunião virtual, o grupo estabeleceu temas principais e demandas relevantes relacionadas à Espiritualidade em Oncologia. Os subgrupos de trabalho revisaram a literatura e elaboraram materiais específicos com possíveis discussões pelo grupo para ajustes.

O grupo de autores aprovou o material final aqui apresentado. Durante a sessão de Espiritualidade em Oncologia no XXII Congresso da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, realizado em 2021, a então Presidente da SBOC e alguns participantes apresentaram e discutiram parcialmente este material.



Espiritualidade

Espiritualidade permanece difícil de ser definida e mensurada, porém existe uma concordância geral em torno da sua referência à conexão com uma realidade maior, capaz de oferecer significado à vida da pessoa por meio de uma religião ou, de maneira crescente nas civilizações ocidentais, através de meditação, encontros com a natureza e da arte. As definições de espiritualidade tipicamente se fundem a outros conceitos, como religiosidade e dimensões de bem-estar psicológico, especialmente as relações com outras pessoas, propósito na vida e, por vezes, crenças paranormais. A heterogeneidade conceitual tem sido amplamente reconhecida e, para alguns autores, a espiritualidade não tem uma definição clara, sendo o termo usado de forma imprecisa e inconsistente, variando de acordo com a religião, cultura e tempo, sendo, por isso, de difícil aferição.⁸

Historicamente, a espiritualidade era considerada um processo que se desdobrava dentro de um contexto religioso, com instituições destinadas a facilitar a espiritualização do praticante. Recentemente, a espiritualidade tem sido reconhecida de modo dissociado da religião, como uma construção distinta, justificativa que se deve, em parte, ao afastamento da autoridade das instituições religiosas na vida social moderna e à ênfase crescente do individualismo nas culturas ocidentais.⁹

Mais recentemente, frente à necessidade de padronizar-se uma definição para a espiritualidade em cuidados paliativos,

um grupo de especialistas interprofissionais em cuidados paliativos e espirituais definiu espiritualidade como sendo “um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, pelo qual as pessoas buscam significado, propósito, transcendência e experimentam relacionamento com o eu, a família, os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado. Espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”.¹⁰

Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, “espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoais. Pode-se acrescentar ainda o aspecto de ser motivado ou não pela vontade e ser passível de observação e de mensuração”.¹¹ É importante que a espiritualidade seja considerada como aspecto intrínseco da humanidade, independentemente da afiliação religiosa, o que inclui ateus, agnósticos ou mesmo aqueles com afiliação religiosa, porém sem observação e prática da mesma. Tanto os ateus quanto os agnósticos, embora não crendo ou apresentando incertezas sobre a existência de Deus, possuem uma forma de espiritualidade baseada na filosofia existencial, encontrando significado, propósito e realização, por exemplo, na própria vida. A espiritualidade evoca preocupações, compaixão e uma sensação de conexão com algo maior, para além de nós mesmos.¹²

Religião

O sentido da palavra religião tem derivações latinas que se referem à releitura (de escrituras), ao ato de (re) ligar-se ou mesmo à reeleição (de volta a um Deus), inferindo conexões com uma divindade, outras pessoas ou com suas crenças e valores. Embora o termo religião no passado (e na atual erudição teológica) tenha sido usado para captar as dimensões institucionais e individuais da experiência, as referências contemporâneas à religião implicam, cada vez mais, características institucionais, sociais, doutrinárias e denominacionais das experiências vividas.⁹

A religião é uma construção multidimensional que inclui crenças, comportamentos, dogmas, rituais e cerimônias, podendo ser realizada ou praticada em contextos privados ou públicos, mas que é, de alguma forma, derivada de tradições estabelecidas, as quais se desenvolveram, ao longo do tempo, dentro de uma comunidade. A religião é também concebida para facilitar a proximidade com o transcendente e promover uma compreensão do relacionamento e responsabilidade de alguém para com os outros, sobretudo quando convivem em uma comunidade.¹³ A religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja, templo ou serviços religiosos) ou não organizacional, como rezar, ler livros ou assistir programas religiosos por iniciativa própria.

Capítulo 4:

IMPORTÂNCIA

A espiritualidade é uma necessidade humana, pois representa a busca do indivíduo por conexão e transcendência. Como elemento estruturante da experiência humana, a espiritualidade está potencialmente ligada à manutenção e ao fortalecimento da saúde física, mental e social. Sua busca pode ser intensificada em momentos de crises, perdas, mudanças fisiológicas, como gravidez, envelhecimento e doenças. A espiritualidade e a religiosidade são recursos valiosos utilizados pelos pacientes no enfrentamento das doenças e do sofrimento.

As evidências que demonstram forte relação entre espiritualidade, religião, religiosidade e processos de saúde, adoecimento e cura são inúmeras.¹⁴ Evidências frequentes são comumente relacionadas a partir da promoção de saúde, ressaltando-se a cautela na análise de causalidade e limitações de implicações para a prática clínica. Publicações descrevem que níveis elevados de espiritualidade e religiosidade estão associados a menores prevalências de tabagismo, menor consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, melhor adesão nutricional, aumento da prática de exercícios e adesão farmacológica, contribuindo para o bem-estar e saúde. Artigos de saúde mental referem que indivíduos com maior espiritualidade ou religiosidade têm menor probabilidade de desenvolver depressão, ansiedade, menor índice de suicídio e abuso de drogas, além de me-

lhores desfechos no tratamento psiquiátrico.¹⁵ Relatos de maior longevidade e aumento de sobrevivência também são reportados.¹⁶

A OMS possui o entendimento de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, entendendo a necessidade de um cuidado integral ao paciente. Entender e prover adequado suporte espiritual e religioso beneficia tanto pacientes quanto a equipe multidisciplinar e o próprio sistema de saúde. Cerca de 80% da população mundial possui alguma afiliação religiosa.¹⁷ Suas crenças e valores éticos influenciarão na forma de enfrentar e decidir sobre situações adversas.

A abordagem da espiritualidade pelo médico pode fortalecer o vínculo, a confiança e a empatia. É fundamental buscar entender as crenças do paciente, identificar aspectos que podem interferir nos cuidados de saúde, avaliar a força espiritual individual, familiar ou social que lhe permitirá enfrentar a doença. Outros aspectos também destacados nessa temática são: detectar sentimentos negativos que possam contribuir para o adoecimento ou agravamento do mesmo, tais como mágoa, ressentimento, falta de perdão, ingratidão, entre outros; atentar para sentimentos positivos, como perdão, gratidão e resiliência;¹⁸ e identificar situações de conflito ou sofrimento espiritual que exigem avaliação e cuidado.

Entretanto, ainda existe no cuidado ao paciente uma grande dificuldade de implementação da abordagem espiritual, talvez por preconceito, considerando uma dissociação e competição histórica da ciência e religiosidade, assim como uma confusão entre religiosidade e espiritualidade. Outros argumentos mencionados na literatura médica se relacionam à falta de tempo na consulta, ao medo de exceder o papel do médico e ausência de treinamento.¹⁹ De fato, um estudo realizado no Brasil aponta para a baixa inserção da espiritualidade nos currículos e, apesar dos graduandos reconhecerem a importância do tema, existem grandes lacunas em sua formação.²⁰

Espiritualidade em pacientes oncológicos

Importante reconhecer que não podemos subestimar o valor dado pelos pacientes oncológicos às questões relativas à espiritualidade.^{21,22} Nesse sentido, o primeiro passo é ser acolhedor às demandas de ordem espiritual que possam ser apresentadas e, caso estas não sejam espontaneamente endereçadas, demonstrar um ativo e natural interesse por esse tema como uma manifestação de quem busca conhecer o paciente. O manifesto interesse por parte do médico pelo tema espiritualidade é uma das formas de buscar atender às potenciais demandas que podem estar associadas ao encaminhamento formal à capelania, encaminhamento a um especialista

em suporte espiritual, encaminhamento a grupos de suporte que atuam no tema espiritualidade, além de estimular que o paciente busque ajuda em sua própria comunidade religiosa, caso ele pertença a uma.²³

Pacientes com diagnóstico de câncer experimentam diversos momentos de crise ao longo de sua enfermidade.²⁴ O momento do diagnóstico tem sido reportado por pacientes e familiares como um dos mais traumáticos do ponto de vista psicológico e existencial.²⁵ Os sentimentos de ameaça à vida, a deterioração física e os projetos interrompidos comumente trazem a necessidade de repensar valores e construir novos alicerces. Nesse âmbito, aqueles com uma espiritualidade mais trabalhada podem se equilibrar com mais facilidade, possivelmente aderindo melhor ao tratamento com uma provável maior resiliência.

Ao longo do curso da doença, diferentes sofrimentos físicos e psicológicos se sucedem. De-

clínios social e psicológico tendem a acompanhar o declínio físico, enquanto o bem-estar e a angústia espiritual flutuam com as outras interferências.²⁴ Em todas essas etapas, o cuidado médico e de toda a equipe, assim como as crenças e a espiritualidade do paciente influenciam a tomada de decisão e o acolhimento do paciente.²⁶

Na prática clínica são utilizados tratamentos com taxas variadas de resposta, aliados a toxicidades e obtendo resultados por vezes com impactos diversos. Por isso, vale a pena considerar que até mais de 30% dos pacientes expressam desejo pelo diálogo sobre o tema espiritualidade, destacando: manifesto interesse por recursos de ordem espiritual e religiosa, ajuda na busca de sentido para a vida, ajuda para encontrar esperança, no diálogo sobre a morte e o morrer, e encontro da paz da mente.²⁷ Considerando que os pacientes relatam uma variação entre 15 a 50% da frequência da abordagem do tema espiritualidade, pode-se dimensionar

quantas demandas acabam não sendo devidamente atendidas e como esse valioso recurso é desperdiçado.²⁸

O estudo OASIS (*Oncologists Assisted Spiritual Intervention Study*) demonstrou que uma abordagem de 5 minutos sobre o tema espiritualidade/religião realizada por quatro oncologistas de três diferentes crenças, envolvendo uma população de pacientes dos quais 81% eram cristãos, proporcionou redução de depressão e melhora na qualidade de vida. Nesse estudo, 76% dos pacientes consideraram a abordagem muito útil ou de alguma forma útil.²⁹

Em sobreviventes de câncer, a espiritualidade também está relacionada com uma melhor qualidade de vida.³⁰ Pacientes que referem ter se fortalecido e creem que o câncer proporcionou uma oportunidade de crescimento apresentam melhor qualidade de vida do que aqueles que se sentem ressentidos e com sequelas do diagnóstico e tratamento.^{31,32}



Capítulo 5:

ABORDAGEM

Cuidados iniciais

Estudos têm mostrado que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos abordassem sobre suas preocupações espirituais.³³ Contudo, essa responsabilidade não é

exclusiva do médico, cabendo atenção às demandas por toda a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado. O capelão é o profissional com maior expertise dentro do grupo, podendo os demais serem ao menos generalistas no cuidado espiritual.³⁴

O grupo multiprofissional deve ter uma comunicação clara para estabelecer como e quem oferecerá o cuidado espiritual para cada paciente e cuidador.³⁵ As reuniões multidisciplinares são úteis para aproximar a equipe e discutir os aspectos espirituais do cuidado.

Dentro dos aspectos que podem envolver a abordagem espiritual estão:³⁶

- A prática da presença compassiva – estar completamente presente e atento aos seus pacientes, sendo suporte para eles diante de todos os seus sofrimentos: físicos, emocionais e espirituais;
- Escuta ativa dos medos, esperanças, dores e sonhos de seus pacientes;
- Obtenção da história espiritual;
- Estar atento a todas as dimensões do paciente e de seus familiares: corpo, mente e espírito;
- Incorporar atenção às práticas espirituais, se adequado;
- Envolver capelães como membros do time interdisciplinar de cuidado.

A OMS descreve como uma obrigação ética a avaliação profissional do sofrimento espiritual do paciente, assim como o sofrimento físico e psicossocial, independente se a doença ou condição de saúde possa ser curada ou não.³⁷ Além disso, o manual de ética médica do colégio americano traz a abordagem espiritual como uma característica da boa prática médica em cuidados de fim de vida.³⁸ Evitar o proselitismo, isto é, a imposição de crenças e valores, é um ponto importante a ser destacado no cuidado espiritual.³⁹

Estratégias facilitadoras: questionários para anamnese espiritual e abordagem sobre religiosidade e espiritualidade

Uma anamnese espiritual é uma história de crenças ou valores que explicitamente inicia uma conversa sobre o papel da espiritualidade e da religião na vida da pessoa, podendo ser expressa como um relacionamento com Deus e/ou, também, com a natureza, arte, música,

família ou comunidade. Em outras palavras, são quaisquer crenças e valores que permitem ao indivíduo senso de significado e propósito na vida.⁴⁰

Muitas necessidades espirituais são detectadas em pacientes com câncer. Em um estudo de revisão sobre o tema, os autores mostram que significado, propósito, esperança, relações familiares e sociais, apoio com práticas espirituais e preocupações religiosas específicas parecem ser consistentes com as necessidades espirituais de destaque para esses pacientes.⁴¹ No **Quadro 1** estão elencadas várias necessidades reportadas.

Quadro 1. Necessidades espirituais identificadas em pacientes com diagnóstico de câncer

- Encontrar significado na experiência da doença
- Encontrar esperança
- Prática e ajuda com meditação ou oração pessoal
- Relacionamento com Deus ou algo além de si mesmo
- Encontrar significado e propósito na vida
- Encontrar significado na experiência da doença
- Estar conectado a Deus, outras pessoas e natureza
- Ter acesso a práticas religiosas e espirituais
- Ter bem-estar físico, psicológico, social e espiritual
- Falar sobre a morte e a experiência de morrer
- Tirar o melhor proveito do seu tempo
- Ser independente e tratado como uma pessoa normal
- Questionar as prioridades da vida e a fé pessoal

Esse tema é extremamente importante para pacientes gravemente enfermos, pacientes com câncer e/ou na fase final da vida. Sondar o sofrimento e fazer perguntas que levem o paciente a pensar profundamente sobre sua experiência pode ser opressor, mas útil quando feito com sensibilidade. É importante primeiro avaliar se há uma abertura para responder às perguntas sobre espiritualidade. Estabelecer vínculo e confiança permi-

te que o paciente se sinta mais confortável para discutir um tópico tão íntimo. Pode então ser útil começar com uma pergunta aberta para avaliar o conforto do paciente com a espiritualidade, e ponderar se conversas adicionais sobre sua espiritualidade são bem-vindas. As melhores perguntas abertas começam com “como”, “o quê”, “quando” ou frases como “conte-me sobre”. Perguntas que começam com “por que” podem parecer

ameaçadoras (por exemplo, “por que você acredita nisso?”). Depois que uma pergunta é feita, é fundamental ouvir e observar a resposta do paciente, além do que a comunicação não verbal pode expressar.⁴²

Algumas perguntas abertas podem ajudar muito o início da entrevista e o rastreamento de questões espirituais e religiosas importantes.⁴² No quadro abaixo seguem exemplos disso.

Quadro 2. Exemplos de perguntas e ferramentas de entrevista de avaliação espiritual

- O que você vê como propósito da sua vida agora, visto que seu corpo não está permitindo que você faça tudo o que costumava fazer?
- O que o está ajudando a enfrentar?
- Que esperanças e sonhos você tem para o seu futuro? Para a sua família?
- Em que você confia durante os períodos de doença?
- A fé, religião, espiritualidade são importantes para você na sua doença?
- Conte-me sobre uma época em sua vida em que você enfrentou um grande desafio? Como você passou? Esse recurso está disponível para você agora?
- Você tem alguém para conversar sobre assuntos religiosos?
- Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém?
- Você está em paz?
- Qual a importância da espiritualidade ou da religião para você?
- Qual é a sua compreensão sobre como as coisas estão agora com a sua doença?
- Quais são suas esperanças (suas expectativas, seus medos) para o futuro?
- Ao pensar no futuro, o que é mais importante para você?

Após essa fase inicial e de rastreio, uma avaliação espiritual e religiosa mais detalhada, em diferentes domínios, pode ser feita. Para tal, instrumentos específicos são utilizados. Embora essas ferramentas sejam frequentemente usadas em uma avaliação inicial, elas também devem ser usadas ao longo da experiência de doença do paciente, lembrando a característica dinâmica da espiritualidade.

Na abordagem da religiosidade, destaca-se o índice de religiosidade DUREL (Duke University Religion Index), que é validado em português no Brasil e consiste em uma es-

cala de cinco itens que avalia as seguintes dimensões religiosas: organizacional, não organizacional e a religiosidade intrínseca. Também avalia de forma sucinta o envolvimento e a dedicação à religião do indivíduo.⁴³

Para avaliação da espiritualidade, várias ferramentas estão descritas. Em uma revisão sistemática, com o objetivo de verificar instrumentos na língua portuguesa, foram encontrados 20 instrumentos, sendo a maioria traduzido no Brasil e com boa consistência interna.⁴⁴ Entretanto, poucas escalas foram avaliadas quanto a todas as suas qualidades psicométricas.

Em outra revisão que avaliou um total de 2.641 artigos, 25 instrumentos foram incluídos. Os autores avaliaram independentemente cada instrumento e aqueles com as maiores pontuações na análise final foram FICA, SPIRITual History, FAITH, HOPE e o Royal College of Psychiatrists. A utilização de cada instrumento deve ser individualizada de acordo com a realidade profissional, o tempo disponível, o perfil do paciente e as configurações do questionário.⁴⁵

Algumas delas são detalhadas abaixo:

FICA: a ferramenta FICA é mnemônica e significa **F**é, **I**mportância ou **I**nfluência, **C**omunidade e **A**ção no Cuidado. Tem adequadas propriedades psicométricas e pode ser usada em várias situações clínicas. Exemplos de perguntas a serem usadas com essa ferramenta são: quais crenças espirituais são importantes para você agora? Que importância sua fé ou crença tem em sua vida? Você faz parte de uma comunidade espiritual ou religiosa? Como você gostaria que eu integrasse ou tratasse dessas questões sob seus cuidados?

SPIRIT: Essa ferramenta é usada para perguntar sobre afiliações religiosas e importância da religião na vida cotidiana. Além disso, é usada para aprender sobre áreas sensíveis do cuidado e para planejar a abordagem do final de vida. Cada letra possui um significado, a saber: **S** - Sistema de crença espiritual / **P** - Espiritualidade Pessoal / **I** - Integração com uma comunidade espiritual / **R** - Rituais, práticas e restrições / **I** - Implicações para o cuidado e a prática médica / **T** - Terminalidade e planejamento de eventos.

HOPE: Esta ferramenta ajuda a identificar as fontes de esperança do paciente, religião organizada, espiritualidade pessoal ou práticas espirituais, efeitos nos cuidados médicos e/ou problemas relacionados ao fim da vida. Exemplos de perguntas que podem ser usadas com essa ferramenta são: em que você se apega nos tempos difíceis? O que em sua vida lhe dá suporte interno? Você se considera parte de uma religião organizada? Você tem alguma prática de espiritualidade pessoal independente da religião organizada? Estar doente afetou sua capacidade de fazer coisas que geralmente o ajudam espiritualmente? Também é mnemônica: **H** - Há fontes de esperança? / **O** - Organização Religiosa / **P** - Práticas espirituais pessoais / **E** - Efeitos no tratamento.

Não se pode deixar de citar o instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), especificamente o módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB). São cerca de 32 itens que envolvem força espiritual, sentido na vida, admiração, integração, força espiritual, esperança, otimismo e fé.

A partir de um estudo comparativo das referidas escalas, é importante destacar a escala FICA por ser validada, concisa, trazer sugestões de como iniciar conversas sobre espiritualidade, ter interface com os problemas de saúde e esclarecer as expectativas

do paciente sobre o papel dos profissionais de saúde no atendimento às necessidades espirituais. Como pontos questionáveis dessa escala, observa-se que a pergunta inicial, “qual é a sua fé / crença?”, pode ser ouvida com conotações religiosas consideráveis, potencialmente alienando aqueles com necessidades espirituais que não se identificam com uma religião particular. Ainda, uma vez que não há consenso sobre o que significa “ser espiritualizado”, não está claro o quão inteligível é a pergunta “você se considera espiritualizado?”. Para alguns, a ferramenta é considerada excessivamente rígida, podendo limitar a espontaneidade e dificultar o fluxo de

uma consulta. Também não explora questões existenciais de pacientes que se aproximam da morte, limitando, de certa forma, sua aplicação em cuidados de fim de vida.⁴⁶

A escala SPIRIT se sobressai pelo seu fluxo natural mnemônico, sendo fácil progredir o assunto de forma sequencial e lógica, além de reconhecer diferenças nas crenças religiosas ao perguntar sobre as crenças que são importantes ou não para o indivíduo. Explora a importância de uma comunidade espiritual, o papel que o indivíduo desempenha dentro dessa comunidade e suas expectativas. Explicitamente, aborda as práticas espirituais e rituais

que são importantes para o indivíduo, dedica mais perguntas às preocupações com o fim da vida do que outras ferramentas de história espiritual, o que encoraja o paciente a comunicar quaisquer decisões antecipadas sobre tratamento, bem como esclarecer aspectos do cuidado vinculados à espiritualidade na fase final da vida.

Em contrapartida, falta-lhe uma validação consistente, é longa, tem um viés religioso pela ênfase na crença religiosa, atividade e comunidade. Nem sempre há aceitação do respondente ao questionário, pois há questões diretas sobre até que ponto um indivíduo adere aos requisitos de suas crenças religiosas. Embora esteja claro que sensibilidade e boas habilidades de comunicação são um pré-requisito necessário ao uso de qualquer ferramenta de anamnese espiritual, é possível que tais perguntas diretas

possam ser percebidas como ameaçadoras para o paciente no momento em que está vulnerável às crises de crença.⁴⁶

A escala HOPE tem também a vantagem de ser mnemônica e acessível. No entanto, é preciso evitar termos como “espiritual” e “religioso” no início para prevenir o aparecimento de barreiras em uma discussão mais aprofundada. Os autores usam “fonte de esperança, força, conforto e paz” como substitutos mais acessíveis. A ferramenta explora o papel desses elementos na sustentação do indivíduo em tempos difíceis, esclarecendo sua importância para as circunstâncias atuais. Ao usar a frase “para algumas pessoas... isso é verdade para você?”, o paciente pode perceber esse contato como menos ameaçador e intrusivo, facilitando a comunicação em relação a assuntos religiosos e crenças

espirituais. Indaga especificamente sobre a importância de práticas espirituais para o indivíduo, investigando sobre as práticas religiosas tradicionais, bem como outras, tais como o papel da música e da natureza. Tem ainda uma interface entre espiritualidade e saúde, com inclusão de necessidades de fim de vida. Contudo, carece de validação, tem um viés cultural mais ocidentalizado, especialmente quando questiona “o tipo do seu relacionamento com Deus”. Isso pode ser ininteligível para determinadas culturas. É demorada, pois a pergunta inicial pressupõe que um inquérito preliminar tenha sido realizado.⁴⁶

Levando-se em consideração as avaliações descritas acima, elencam-se algumas recomendações importantes ao fazer uma história espiritual:⁴⁰

- 1.** Considere a espiritualidade como um componente potencialmente importante para o bem-estar físico e mental de todos os pacientes.
- 2.** Aborde a espiritualidade na anamnese colhida durante a primeira avaliação clínica e continue a abordá-la nas visitas de acompanhamento, se apropriado. Lembre-se que a espiritualidade é dinâmica e acompanha o indivíduo na sua jornada, do diagnóstico à fase final de sua vida.
- 3.** Respeite a privacidade do paciente em relação às crenças espirituais; não imponha suas crenças aos outros.
- 4.** Faça referência aos capelães, mentores espirituais ou recursos relacionados à espiritualidade do paciente, conforme apropriado.
- 5.** Esteja ciente de que suas próprias crenças espirituais o ajudarão pessoalmente em seus encontros com todos aqueles com quem você se preocupa, o que torna o encontro médico-paciente mais humanizado.

Observações e reflexões

Se no campo objetivo os fatos se perdem diante das interpretações, imagine na dimensão da subjetividade humana, com todo o seu alcance e desdobramentos no universo das escolhas que a vida oferece. É possível fazer um exercício de entender a saúde como uma capacidade de mobilizar recursos internos e externos que lidam com a própria natureza; uma natureza que tem uma expressão física, que se encontra em constante transformação, que é transitória, perecível, frágil e finita. Tem-se ainda uma natureza humana que é menos tangível, que atravessa longas “distâncias” na escala do tempo, quer seja através das obras, mensagens, histórias, quer seja de forma misteriosa na eternidade de uma possível alma imortal.

De fato, existe um mistério. Por mais que essa escala seja reduzida, que se modele, se estude, se revise e se disseque, restringindo o campo de observação, ainda restará sempre um mistério. Essa é a dimensão da espiritualidade. É também o que oportuna a forma de se referir à medicina como ciência e arte. A arte lida melhor com o mistério. Mesmo o mais materialista dos materialistas ainda será capaz de admitir o mistério. A espiritualidade está revelada na forma como se transita na vida e se lida com as mais variadas formas de vida. Todos estão juntos nesse processo, interconectados e plenos de oportunidades. A maneira como as

escolhas são exercidas encerra a espiritualidade, como são recebidos olhares, telefonemas, demandas, pessoas, o diagnóstico, o começo e o fim. Tudo isso é o exercício da espiritualidade. Aqui não cabe referência bibliográfica, ela é única e vivida de forma distinta por cada um.

Ainda que existam controvérsias operacionais e incertezas em alguns campos de desfecho relacionados à espiritualidade/religião, não se pode negar a importância da capacidade humana e da necessidade de se relacionar. O traço pró-social foi e é elemento decisivo no processo evolutivo como espécie.⁴⁷ A espiritualidade pode ser tida, dessa forma, como uma expressão de natureza. Um elemento que pode, de alguma maneira, justificar os diferentes desfechos encontrados quando se compara a espiritualidade/religião exercida de forma organizacional em relação ao modo individual é o poderoso efeito exercido pelo grupo, o qual se estabelece ao redor do indivíduo.^{48,49}

Um diagnóstico ameaçador como o câncer pode gerar um sentimento de perda de identidade pelas limitações que venham a existir na realização de papéis anteriormente desempenhados. Reconhecer essa natureza transitória, ainda que do ponto de vista biológico, pode ajudar a preservar a identidade do paciente. Aqueles que possuem uma crença espiritual/religiosa - seja a espiritualidade laica ou uma religião - podem acessar pontos de referência para reconhecer a sua própria identidade e, também, perceber

que existe um pertencimento a ser vivido. Nesse sentido, o humanismo pode estar presente entre agnósticos, ateus e em todas as religiões, sendo um eixo estruturante na experiência humana.

Quando Seligman explicita os elementos importantes em relação ao bem-estar, cunhando a expressão **PERMA**, composta de emoção **P**ositiva, **E**ngajamento, **R**elacionamentos, significado (**M**eaning) e realizações (**A**ccomplishments), de alguma forma ele também está falando de espiritualidade.⁵⁰ A espiritualidade dialoga com a psicologia positiva,⁵¹ existindo uma forte correlação entre os traços da psicologia positiva com o nível de espiritualidade pessoal. O pertencimento se dá através dos relacionamentos que são estabelecidos e que são fortemente nutridos no campo da espiritualidade/religião.

Abordar a espiritualidade com pacientes pressupõe acolhimento e tal ato deve ser entendido como uma expressão de cuidado. Para oferecer um cuidado centrado no paciente, a construção da relação torna-se fundamental. Essa construção se dá ao longo do tempo, através de uma escuta acolhedora e verdadeiramente atenta, que empaticamente considera a experiência subjetiva do paciente com o diagnóstico. Nesse sentido, é importante construir a percepção no paciente de que ele é conhecido não apenas pelo seu diagnóstico, mas, sobretudo, como pessoa. Ao perceber uma escuta acolhedora, o paciente descobrirá que pode contar com aquele que cuida em momentos de crise ao longo da sua jornada.

A anamnese pode ser vista como um ponto de partida na construção de uma legítima relação, na qual o conhecimento da pessoa em todas as suas dimensões é elemento base nesse processo. Informações relativas à espiritualidade/religião são elementos da anamnese que devem seguir de maneira fluida e natural. O uso de instrumentos específicos de apoio à coleta dessas informações é uma importante fonte de apoio, mas deve ser preferencialmente memorizada de modo a não parecer parte de um roteiro padronizado e mecânico. A coleta dessas informações também pode ocorrer de forma progressiva e não precisa ser concluída necessariamente no primeiro encontro.

Uma vez abordada essas questões, é possível se deparar com um largo espectro de situações que vai desde uma refuta do paciente em abordar o tema até uma total abertura, inclusive com interesse por parte do paciente nas crenças de seu médico, podendo ainda revelar culpa, estresse, fatalismo e mesmo a identificação de que esse tema não é de interesse do paciente. Cabe ao profissional a sensibilidade de reconhecer recursos que podem ser mobilizados, oportunidades de suporte na jornada

de decisões e tratamentos a serem realizados, além de questões que necessitem de envolvimento de membros da comunidade da qual o paciente pertence. Deve-se tomar cuidado com qualquer fala que possa ser interpretada como sugestão ou prescrição de cunho religioso/espiritual, mesmo que exista uma expressa demanda por parte do paciente.

O cuidado integral que busca ações lenitivas deve entender que, além de dores físicas, podem existir dores ou sofrimento emocional, mental e também espiritual. A dimensão espiritual também exige de quem cuida uma atitude de aceitação, sobretudo quando crenças do paciente podem interferir nas escolhas terapêuticas. É nesse momento que um relacionamento curativo, cujos pilares sejam a confiança, a esperança e a sensação por parte do paciente de ser conhecido, o ajuda.⁵²

Capelania

O suporte espiritual cada vez mais é reconhecido como um fator de qualidade assistencial. O termo capelania, já consagrado há mais de 1000 anos, se refere a vários tipos de atores religiosos/espirituais e de pastoral,

independente de seus vínculos (voluntariado ou empregado). Embora originalmente faça referência a uma origem católica, esse suporte também independe de crenças religiosas.⁵³

No contexto hospitalar, a capelania se apresenta como uma fonte de suporte espiritual em um momento crítico, quando a rotina domiciliar é interrompida. Para pacientes e familiares que apresentam práticas espirituais de cunho organizacional, a capelania pode mitigar uma importante lacuna que surge com a internação hospitalar.

Alguns elementos importantes podem ser destacados quando a capelania é oferecida em conjunto ao suporte clínico adequado: melhor satisfação com o cuidado, melhora na qualidade de vida, redução de obstinação terapêutica e maior ingresso em programas de cuidados de fim de vida (Hospice), além de uma redução do número das mortes no hospital.^{28,33,54,55}

O hospital e idealmente toda a sua equipe multidisciplinar devem estar atentos à identificação de demandas de cunho espiritual não atendidas, de modo que a capelania possa ser acionada.



Capítulo 6:

IMPACTOS E CUIDADOS

Diversidade de práticas, conexões e sentidos – práticas não religiosas

Conforme colocado nas partes anteriores, a espiritualidade possui relação com a qualidade de vida e modos de enfrentamento dos pacientes oncológicos.⁵⁶ Há também um potencial em relação ao processo de percepção do sofrimento, ao enfrentamento frente às adversidades e ao desenvolvimento de uma consciência crítica para as experiências e vivências, possibilitando meio de suporte e de ressignificação dos processos de adoecimento e de finitude.⁵⁷ A espiritualidade é uma característica humana universal e que compreende diversas formas de ser acessada, sentida e vivenciada, com práticas religiosas e não religiosas.⁵⁸ Serão comentadas aqui algumas práticas não religiosas.

A meditação é uma prática secular associada em diversos estudos a efeitos fisiológicos e cognitivos, podendo promover consciência e transformação espirituais.^{59,60} As tradições orientais e budistas possuem um sistema filosófico e moral que dialoga com as angústias existenciais.⁶⁰ Dessas tradições derivam práticas sem vínculos religiosos, como a meditação de atenção plena para redução de estresse e a terapia cognitiva baseada em atenção plena, criada por Jon Kabat-Zinn.⁶¹ Essas práticas auxiliam a saúde e podem se relacionar à espiritualidade, por exemplo, ao trabalharem

questões de autocontrole e reatividade, impactando a relação do praticante com as pessoas e com o mundo, e permitindo um potencial de experimentar diferentes modos de lidar com os questionamentos existenciais e com os impactos do adoecimento e tratamento.

Entre as tradições indo-tibetanas, o Yoga é uma importante prática de saúde e prática espiritual, possuindo na respiração (Pranayama) uma possibilidade de desenvolvimento de bem-estar físico e de preparo para meditações profundas. A prática permite resiliência ao estresse e potencial de uma avaliação compassiva do sofrimento.⁶² Uma revisão com 24 estudos clínicos de fase II e um de fase III reportou que as formas de Yoga de baixa intensidade, especificamente Hatha Yoga Suave e Yoga Restaurativa, são viáveis, seguras e auxiliam o tratamento de distúrbios do sono, fadiga relacionada ao câncer, comprometimento cognitivo, sofrimento psicossocial e sintomas musculoesqueléticos, tanto em pacientes recebendo quimioterapia e radioterapia quanto em sobreviventes.⁶³

A arte é produto da criatividade humana e como habilidade superior pode ser aprendida pelo estudo, prática e observação, possibilitando meio de expressão e permitindo estímulos que são alvo, inclusive, de estudos de neurociência e neuroimagem.⁶⁴ Outra revisão sistemática sobre intervenções artísticas baseadas em atenção

plena com pacientes oncológicos, com inclusão de 13 estudos, sendo oito deles ensaios clínicos randomizados, mostrou efeito positivo significativo em qualidade de vida, estado psicológico e bem-estar espiritual, com diversos tipos de intervenção.⁶⁵ A musicoterapia também pode ser oferecida como possibilidade de abordagem e de cuidado. Sobre isso, uma revisão sistemática com sete estudos, dos quais cinco randomizados, mostrou a associação com melhora de espiritualidade, aferida em quatro estudos com medidas relacionadas ao bem-estar espiritual.^{66,67}

Outra estratégia importante de enfrentamento é o contato com a natureza. Essa estratégia é destacada em uma pesquisa sueca com pacientes oncológicos e mostra duas tendências para a escolha desse contato: busca por proximidade espiritual com Deus ou força suprema, e busca pelo romantismo natural. Possivelmente, a influência da cultura pode auxiliar o entendimento dessas tendências.⁶⁸ Outra intervenção que vem sendo destacada é a do contato com animais, desde aqueles de estimulação até a terapia com cães, possibilitando meio de conexão e de cuidado espiritual, principalmente em pacientes hospitalizados.⁶⁶

Importante também destacar os relacionamentos como práticas destituídas dos vínculos religiosos. Uma pesquisa realizada em um hospital na Austrália avaliou as experiências

de cuidado espiritual com pacientes e familiares, e indicou a potência das relações para o fortalecimento da espiritualidade a partir da percepção dessas pessoas sobre serem tratadas como pessoas, lembrando de suas capacidades e das conversas possíveis sobre o que consideravam importantes. Esse estudo também destacou a importância da manutenção do contato com amigos e familiares, incluindo meios diversos de comunicação e interação.⁶⁶

Religião e coping

Religião pode ser definida como o conjunto de práticas e dogmas realizados por determinado grupo, e que pode influenciar a saúde mental, hábitos e vícios, impactando potencialmente a saúde física. Como já discutido, a espiritualidade contribui e integra o próprio cuidado do paciente oncológico, tendo na religião uma das possibilidades de recurso e fonte de suporte e de significado.^{5,66,69,70-72}

Entretanto, é também possível associar e interpretar determinadas crenças religiosas de modo desfavorável ao enfrentamento. Como exemplo, destaca-se a associação da doença com eventos ou causas que reflitam punições, ou o entendimento da doença como consequência de ações que se caracterizam como culpa.⁷⁰

O termo *coping religioso* pode ser definido como o uso de estratégias religiosas para auxiliar a lidar com os conflitos e o estresse decorrentes de uma situ-

ação adversa ou de crise, como o adoecimento, o tratamento e os possíveis resultados e evoluções não desejados.⁷³ Portanto, o uso do instrumento religião, compreendendo práticas, suporte da comunidade e interpretações de textos para a busca de sentido, pode ocorrer de maneira a favorecer (*coping* positivo) ou desfavorecer (*coping* negativo) o enfrentamento do paciente e dos seus familiares. Assim, o *coping* trará impactos que necessitam de atenção da equipe para possível abordagem e direcionamentos necessários ao cuidado.

Cuidados em comunicação

Ao longo da história natural da doença é importante que a pessoa com câncer compreenda termos utilizados pela equipe de saúde para potencializar a comunicação, favorecendo o alinhamento de expectativas, entendimento sobre a intenção de tratamento, dando oportunidade a melhores opções de cuidado. Esse processo capacita a pessoa a se tornar o principal agente de decisão e permite uma avaliação adequada sobre os potenciais tratamentos oferecidos. Alguns termos como cura e esperança, milagre e expectativa, podem dialogar com a espiritualidade dessas pessoas nesse processo. A espiritualidade, além de auxiliar no enfrentamento frente ao sofrimento, pode sustentar o empoderamento e a construção de uma esperança real para a tomada de decisão.⁵⁷

Em outra direção, vale destacar o conceito de distanásia, que é o prolongamento do pro-

cesso de morte. O termo também é empregado para tratamentos inúteis que não trazem benefícios ou que modifiquem o curso da doença. Outros termos correlatos são obstinação terapêutica e futilidade médica.⁷⁴ É importante que a construção do processo de comunicação permita esclarecimento, acolhimento e exploração dos significados subjetivos de alguns termos, tornando possível a abordagem de objetivos de cuidado e de diretivas que conciliem e causem menos conflitos, respeitando a integridade do ser humano com sua singularidade e favorecendo tratamentos e cuidados dignos ao paciente oncológico.

Abordagem para a família

A família das pessoas com câncer encontra-se também atravessada pela dinâmica do cuidado e pelas tensões intrínsecas à história natural da doença. Esses atravessamentos incluem desde questões práticas relacionadas ao suporte e cuidados do familiar adoecido, conflitos na dinâmica familiar, e sofrimentos nos domínios emocional e espiritual. Importante ressaltar que esse olhar deve incluir, além dos familiares, as pessoas nomeadas como cuidadoras e aquelas pertencentes à esfera de relações do paciente, que estão implicadas de algum modo no suporte.⁷⁵

Uma revisão sistemática publicada em 2020 ressalta a tensão e a carga particulares dos cuidadores de pessoas com câncer, envolvidas no manejo de múltiplos sintomas e de di-

versas modalidades de tratamentos, além de um contexto de incertezas que acompanha a trajetória da doença. Dentre as intervenções possíveis para auxiliar os cuidadores, destacam-se como principais modalidades de intervenções as ações psicoeducacionais e abordagens cognitivo-comportamentais. As intervenções em espiritualidade estão colocadas como de efetividade não estabelecida em função de limitações de metodologia dos estudos incluídos.⁷⁶

Em revisão sistemática publicada em 2012 sobre demandas não atendidas de parceiros e cuidadores de pessoas com câncer, a espiritualidade foi destacada entre os seis domínios de necessidades, incluindo como principais demandas o sentimento de esperança em relação ao futuro e o próprio suporte espiritual. Nessa revisão foram destacados a pouca documentação e o acesso limitado sobre as necessidades espirituais nos estudos e publicações envolvendo familiares e cuidadores de pacientes oncológicos.⁷⁷

Outra revisão publicada em 2008 analisou a qualidade de vida de familiares e cuidadores ao longo da trajetória de doença, e evidenciou a oscilação e a dinâmica dos componentes de qualidade de vida, incluindo o bem-estar espiritual. O questionamento existencial trazido pelo diagnóstico pode persistir e acompanhar os familiares após o término do tratamento, sobretudo quando os pacientes são denominados sobreviventes. No contexto de doença avançada e final de vida, o ten-

sionamento da espiritualidade é exemplificado em estudos sobre os impactos do *coping* religioso na qualidade de vida. Esses impactos prosseguem durante o luto dos familiares.⁷⁸

Em relação à religiosidade, estudos mostram a importância de compreender o significado da religião para a família no processo saúde e doença, sendo o sistema de crenças destacado como recurso disponível para o enfrentamento. Os símbolos religiosos ao longo dos eventos de doença e finitude são potencialmente reinterpretados e reutilizados de modo singular, impactando de maneira diversa a espiritualidade dos familiares e o enfrentamento frente ao sofrimento.^{70,79}

Portanto, a atenção a espiritualidade dos familiares, cuidadores e das relações próximas à pessoa com câncer é importante por permitir cuidado diante da sobrecarga de demandas durante o curso da doença, bem como pelo impacto das necessidades espirituais ao longo do acompanhamento. Cabe destacar que a abordagem e a condução devem respeitar os mesmos princípios éticos e de comunicação da abordagem do paciente, a cautela de separar atravessamentos e detectar possíveis conflitos que tangenciem as necessidades e os sofrimentos do paciente.

Equipe de saúde

A consciência sobre a própria espiritualidade impacta na prática do cuidado. É importante reconhecer a influência da ne-

cessidade de atentar aos próprios sentimentos desconfortáveis em resposta ao sofrimento percebido sobre o outro.⁸⁰ Ademais, o potencial de desenvolvimento pessoal daqueles que cuidam de pessoas em sofrimento também ocorre por meio da necessidade de entrar em contato com a própria consciência sobre valores, crenças, atitudes e a própria finitude.⁸¹

O estudo *The Religion and Spirituality in Cancer Care* mostrou que profissionais de saúde com menor espiritualidade não desejam receber treinamento sobre cuidado espiritual. Nesse artigo, discute-se o impacto de treinamentos para um cuidado espiritual adequado por meio sensibilização para a importância do cuidado espiritual, educação para o reconhecimento de necessidades espirituais, desenvolvimento de competências que preservem a autonomia dos pacientes e, também, reflexões a respeito da própria espiritualidade dos profissionais.⁸²

Uma revisão de literatura brasileira traz o cuidado espiritual não como um conjunto de intervenções, mas como uma atitude de cuidar, com planejamento de ações que promovam o bem-estar e o sentido de vida. Essa revisão destaca a importância desse cuidado de forma independente da crença do profissional de saúde, reforçando que dificuldades relacionadas à própria espiritualidade do profissional interferem na capacidade de oferecer esse cuidado. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual, o compartilhamento da respon-

sabilidade sobre os assuntos espirituais entre todos os membros da equipe, potencializando o alcance e a qualidade do cuidado espiritual.⁸³

Entende-se que a abordagem da espiritualidade necessita de uma comunicação empática, e que o profissional não atue de forma crítica quando crenças e valores dos pacientes entram em conflito com os seus próprios. É também importante dar atenção aos limites implicados nas funções e atuações dos profissionais de saúde. Como exemplo, destaca-se a necessidade de diferenciar o entendimento entre preocupações espirituais do aconselhamento direto sobre determinado tipo de suporte espiritual ao paciente. Algumas situações podem tensionar esses limites, por exemplo, quando os pacientes acreditam que Deus (ou uma força superior) está trabalhando por meio da atuação desses profissionais.⁸⁴

Ainda em relação à atenção às funções e limites de atuação, deve-se ressaltar que o cuidado espiritual, ocorrendo preferencialmente em equipe, compreende desde o acesso às questões e possíveis demandas espirituais até o encaminhamento e suporte apropriado. A anamnese ou história espiritual e o rastreamento de necessidades espirituais podem ser realizados por qualquer membro da equipe, desde que orientado sobre objetivos e estratégias desse acesso, construindo a avaliação necessária e os possíveis caminhos para o acompanhamento. Esse profissional também deve estar atento ao

potencial de questões próprias que poderão ser mobilizadas. Então, esses caminhos e o suporte apropriado ocorrem com o auxílio de capelania e/ou de serviços e comunidades vinculadas à pessoa, considerando-se as particularidades e o contexto do momento do cuidado.⁸⁵

Alguns aspectos da relação entre o profissional de saúde e os pacientes merecem destaque. O desequilíbrio na hierarquia dessa relação e a perda da sensação de controle do paciente frente a um adoecimento grave podem potencializar o papel e a função atribuídos pelo paciente ao profissional de saúde. Este, por sua vez, possui a obrigação moral de confiabilidade e de atuação pautada no melhor interesse do paciente, devendo-se nunca explorar a fraqueza ou a condição de vulnerabilidade do paciente. Assim, reforça-se que o proselitismo – intenção de uma ação de imposição de práticas ou de crenças ao outro – é uma violação da confiança depositada nessa relação, sendo inadequada no contexto profissional do cuidado de saúde. Acessar a espiritualidade não implica encontrar ou sugerir respostas às indagações do outro, mas sim permitir um diálogo, em um espaço empático de confiança, sobre as necessidades espirituais de cada paciente.⁸¹

Em suma, aos profissionais de saúde cabe o papel de auxílio e cuidado do sofrimento das pessoas com câncer em qualquer momento da história natural da doença. O reconhecimento de limites, da própria finitude e da impotência frente à irre-

versibilidade possibilita uma aproximação da necessidade e atenção à espiritualidade no cuidado.⁸⁵ Esse cuidado mobiliza recursos e questionamentos próprios, sendo tênue e fundamental o estabelecimento de limites que possibilitem a atenção às necessidades espirituais de forma digna e ética, com um olhar sobre as reais demandas dos pacientes e familiares, bem como da equipe que cuida.

Ainda em relação à equipe de saúde, cabe discussão e reflexão importante sobre o atravessamento pelas questões de *burnout* e fadiga por compaixão, além do potencial da espiritualidade no impacto dessas questões.

Burnout é um termo que indica uma reação humana a algo externo, sendo comumente definido como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Ocorre geralmente em uma situação de alta demanda aliada à insuficiência de recursos. É importante que o *burnout* seja adequadamente diferenciado de outras problemáticas na área da saúde mental, necessitando igualmente de atenção e cuidados específicos, como, por exemplo, o transtorno depressivo.⁸⁶

Injúria moral é uma síndrome estudada em populações militares, associada a eventos como suicídio, depressão, ansiedade, uso abusivo de substâncias psicoativas e comportamentos autodestrutivos. É o resultado de uma violação ou transgressão de limites morais, sendo o reflexo da dificuldade em lidar com o desequilíbrio entre o modo como determinadas ações ocorreram e o modo como deveriam ocorrer. Em função de mudanças dinâmicas profissionais, a injúria moral é observada nos ambientes de trabalho relacionados aos cuidados de saúde, podendo estar presente em situações de sobrecarga. Assim, a atenção à injúria moral também é necessária ao trazer a discussão sobre *burnout* e bem-estar mental nos profissionais de saúde.⁸⁷

Fadiga por compaixão é descrita como uma diminuição da capacidade do profissional de saúde de cuidar do outro em decorrência da repetida exposição aos sofrimentos de pacientes e familiares. Entre os fatores associados à fadiga por compaixão estão as condições de trabalho, como sobrecarga e ambiente profissional, e a intensidade dessas exposições, também devendo estar presente nas discussões sobre *burnout* e saúde mental dos profissionais de saúde.⁸⁸

Em paralelo com a maior presença da espiritualidade no cuidado proposto pelo modelo biopsicossocial, a importância da espiritualidade do profissional de saúde tem sido também destacada ao se discutir possibilidades de autocuidado frente aos impactos da prática profissional. Nesse recorte, a espiritualidade é relacionada como meio de busca por sentido e propósito, além de ser componente construção da própria identidade. É ainda considerada como potencial variável frente às situações de alta demanda e contextos complexos de cuidado.⁸⁹

O cuidado de pessoas em sofrimento, comum na história natural do câncer, tem potencial impacto naqueles envolvidos nesse cuidado. Esse impacto pode atravessar a qualidade da relação e o acompanhamento de pacientes e familiares. Pretende-se aqui iniciar uma reflexão sobre a possibilidade da

espiritualidade e do significado da atuação profissional como variáveis de enfrentamento para o profissional de saúde frente aos conflitos e às tensões relacionadas ao trabalho.⁸¹

Um estudo realizado em quatro centros oncológicos dos Estados Unidos, com equipe de enfermagem nos níveis ambulatorial e internação hospitalar, tanto de atuação com pacientes adultos quanto pediátricos, avaliou por meio de questionários a presença de *burnout* e de possíveis variáveis relacionadas ao manejo de estresse. A espiritualidade foi apontada como o principal mecanismo para lidar com o estresse, seguida do suporte entre os colegas de trabalho e, em terceiro lugar, as crenças religiosas.⁹⁰

Outro estudo com profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas com câncer, incluindo equipes médicas

e de enfermagem, tanto hospitalar quanto ambulatorial, correlacionou variáveis associadas a sintomas de *burnout* e espiritualidade. Os profissionais que apresentavam maior autopercepção religiosa tinham menor diminuição de empatia, despersonalização e menor exaustão emocional em relação àqueles que apresentavam menor autopercepção religiosa.⁹¹

Outra revisão de literatura publicada em 2015 sobre a abordagem espiritualidade pelas equipes médicas discute o potencial impacto em relação aos aspectos referentes aos cuidados de final de vida e à maior propensão ao *burnout*. Dentre esses aspectos, as demandas emocionais e espirituais são destacadas. Essa revisão ressalta a importância de reconhecer que o treinamento em comunicação de espiritualidade pode beneficiar as equipes tanto na capacidade e qualidade

de cuidado quanto no próprio crescimento espiritual pessoal, ou seja, no autocuidado das equipes.⁹²

O processo de desenvolvimento profissional, incluindo o reconhecimento de vulnerabilidades e o registro de questionamentos frente ao sofrimento, possibilita sustentar a construção dinâmica de sentidos para a prática assistencial. A espiritualidade é aqui colocada como sugestão de possível meio para acessar e explorar essas variáveis intrínsecas ao processo de cuidado, podendo tornar-se recurso que, ao mesmo tempo, preserva as reais possibilidades de ação do profissional e permite um cuidado potente para todos os envolvidos.

Amparo para questões existenciais e psicoterapia

Na tradição filosófica, o sentido é definido por Aristóteles como a faculdade de sentir e de sofrer alterações por obra de objetos exteriores ou interiores. O sentido compreende tanto a capacidade de receber as sensações quanto a consciência destas. O sentido pode ter definição que o aproxima do significado, propiciando, dentre outras explicações, a compreensão de significado emotivo e simbólico.⁹³

O adoecimento traz uma procura em potencial sobre o sentido do sofrimento. O significado implicado a um mesmo evento pode ter, simultaneamente, para uma pessoa um significado cognitivo, um significado

afetivo ou emocional, um significado físico e um significado espiritual. O significado espiritual ou transcendente pode permitir um reparo ao sofrimento por meio de sua contextualização em uma dimensão mais ampla e pelo compartilhamento com o outro. Essa experiência não necessita envolver a religião.⁹⁴

Em um contexto histórico, vale ressaltar que a filosofia e a psicologia estão inseridas na história da cultura da humanidade, incluindo, assim, o questionamento sobre sentido de longa data. A psicologia foi proposta como ciência no final do século XIX, porém o projeto científico da psicologia é complexo, com abordagens teórico-metodológicas distintas e plurais sobre o ser humano. Cada abordagem contribui com diferentes modos de compreensão das subjetividades e formas de intervenções em campos específicos de atuação.⁹⁵

De forma sucinta e breve, dentre as diversas abordagens da psicologia clínica, pode-se citar três braços: abordagem psicodinâmica, abordagem comportamental e abordagem existencial. Quanto à abordagem psicodinâmica, podem ser apresentadas a psicanálise, a partir de Breuer e Freud, e a psicologia analítica de Jung, tendo como objetivo interpretar significados latentes e motivações inconscientes das ações humanas. A abordagem comportamental possui como foco os comportamentos do ser humano em sua relação com o ambiente, tendo como um dos representantes Skinner. Já a

abordagem existencial, influenciada pela Fenomenologia da década de 1950, traz como objetivo compreender a existência humana e coloca como questão central o sentido de vida, tendo como um dos representantes Carl Rogers e a terapia centrada na pessoa.^{96,97}

A título informativo, a abordagem psicodinâmica de Carl Gustav Jung traz, entre outras importantes contribuições, a psique como espaço de experiência do numinoso, sendo numinoso o termo que designa um estado inspirado pela transcendência. A transcendência para C.G. Jung pode ser conceituada como uma função que trata da união de conteúdos conscientes e inconscientes. Essa função pode ocorrer por meio de símbolos e possui importância no processo de individuação de uma pessoa. A psicologia analítica, por meio da confrontação entre sentido e falta de sentido, e das experiências numinosas, possibilita um processo de individuação terapêuticamente acompanhado.⁹⁸

Por sua vez, a abordagem existencial inclui entre outras referências Viktor Frankl e a logoterapia. Viktor Frankl desenvolve, a partir da observação e da própria vivência em campo de concentração nazista, o questionamento sobre o sentido de vida e a possibilidade de manutenção da liberdade interior em condições de extrema desumanização. Entre os conceitos fundamentais discutidos pela logoterapia estão: a vontade de sentido como motivação primária da vida de um indivíduo, a frustração e o vazio existencial,

e o potencial de uma consciência da própria responsabilidade do ser humano na criação de um sentido dinâmico para a sua vida.⁹⁹

Para ilustrar o impacto dessas abordagens, destacam-se dois estudos randomizados realizados por William Breitbart. Breitbart desenvolve a psicoterapia centrada no sentido a partir da logoterapia em pacientes oncológicos. O primeiro estudo possui 90 pacientes com câncer avançado e intervenção de psicoterapia centrada no sentido em grupo; o segundo envolve 120 pacientes com intervenção de psicoterapia individual. A psicoterapia em grupo consistiu em oito encontros semanais e a individual em sete encontros semanais, abordando, entre outros temas, fontes de sentido, legado passado e perspectiva de legado futuro após o falecimento. Ambos apresentaram impactos favoráveis em relação ao bem-estar espiritual, sendo que a intervenção em grupo também obteve resultados em relação à melhora de senso de sentido, ansiedade e desejo por morrer, e a individual na melhora da qualidade de vida e estresse.^{100,101}

Destaca-se, então, de forma sucinta, que a atenção e o acompanhamento da espiritualidade e de suas questões existenciais podem envolver esferas de cuidado por meio da Psicologia como ciência e profissão, ressaltando-se a pluralidade de abordagens possíveis em termos de teorias e técnicas. O desconforto e a busca por sentido estão potencialmente exacerbados frente ao sofrimento durante a

história natural do câncer. A história da humanidade na filosofia e psicologia traz a possibilidade de recursos que sustentem as reflexões possíveis e necessárias em torno das existências humanas.

Sobreviventes ao câncer – potencial de crescimento pessoal após o processo de adoecimento e tratamento

De acordo com o National Cancer Institute (NCI), um indivíduo é considerado um sobrevivente ao câncer do momento do diagnóstico até o equilíbrio de sua vida.¹⁰² Nos Estados Unidos, o número de sobreviventes ao câncer era de, aproximadamente, três milhões em 1971, subindo de forma exponencial para 16.9 milhões em 2019.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Estima-se que esses números devem ultrapassar os 22 milhões até 2030. Essa ascensão é atribuída ao aumento da incidência de câncer, resultante de uma população crescente e envelhecida, assim como pelo aumento da sobrevida específica ao câncer devido aos avanços na detecção e tratamento precoces.¹⁰⁵

O continuum assistencial do paciente após um diagnóstico de câncer representa um período de eventos potencialmente angustiantes, quando os pacientes têm, em um primeiro momento, que se adaptar a uma nova rotina relacionada à investigação diagnóstica, exames de estadiamento e início do tratamento oncológico específico.

Nos Estados Unidos, entre os sobreviventes ao câncer, mais de 67.7% têm mais de 05 anos de sobrevida.¹⁰⁶ Mesmo entre os sobreviventes que continuam livres da recidiva do câncer, a angústia provocada pelos impactos do câncer e pelos efeitos tardios e de longo prazo relacionados ao tratamento costumam ter extensa duração ao longo da vida.

A angústia entre os sobreviventes do câncer pode resultar do próprio diagnóstico do câncer, de seu impacto residual no senso de controle e/ou da autoeficácia dos sobreviventes, ou mesmo por uma necessidade não atendida por conta do maior volume e detalhamento de informações. Todos esses fatores podem reduzir a qualidade de vida do paciente sobrevivente ao câncer.¹⁰⁷ A angústia pode se apresentar como medo, tristeza, raiva, preocupações sobre o futuro, preocupações financeiras e espirituais, ou preocupações existenciais.¹⁰⁸ A intensidade da angústia pode variar de medos normais, tristeza à depressão debilitante, ansiedade, isolamento social ou crise espiritual. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Cancer Institute (NCI) e National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) endossam a avaliação de rotina e a documentação de angústia entre sobreviventes ao câncer em todos os ambientes de cuidados da saúde, seguido, se necessário, de uma intervenção apropriada.¹⁰⁸⁻¹¹⁰

No entanto, embora a literatura clínica esteja repleta de orientações de anamnese e manejo de angústia relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e físicos entre os sobreviventes ao câncer, os componentes espiri-

tuais da angústia têm recebido menos atenção. Os médicos, muitas vezes, se esquecem de explorar entre os sobreviventes o bem-estar espiritual, embora este tenha sido identificado como um fator importante na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Importante ressaltar que a angústia espiritual é um conceito amplo que não é necessariamente associado a crenças religiosas específicas, práticas ou afiliações. A espiritualidade, como mencionado anteriormente, continua difícil de ser definida e medida com precisão, mas há um consenso geral de que ela se refere a uma conexão com uma realidade mais ampla e que dá sentido à vida de uma pessoa, vivenciada por meio de uma tradição religiosa, ou, cada vez mais, na cultura ocidental secular, por meio da meditação, da natureza ou da arte.¹¹¹ Algumas definições enfatizam as diferenças entre espiritualidade e religião,^{81,112} outras enfatizam suas dimensões sobrepostas¹¹³ e, ainda, outras favorecem o conceito de religião em vez de espiritualidade na pesquisa em saúde, já que esta última é mais difícil de medir com segurança. Contudo, tanto pessoas religiosas quanto não religiosas podem ter forte senso de espiritualidade.¹⁰⁹

O bem-estar espiritual tem se relacionado aos seguintes aspectos da QVRS entre os pacientes sobreviventes a um câncer: menores níveis de ansiedade, bons hábitos de saúde, esperança, maior satisfação com a vida e melhor ajuste psicológico.¹¹⁴ No entanto, segundo uma revisão publicada em 2017 sobre os instrumentos utilizados para avaliar as necessidades de cuidados de suporte entre

pacientes sobreviventes ao câncer de mama, das 82 ferramentas avaliadas, apenas quatro (4,8%) abordavam as preocupações espirituais dos sobreviventes.¹¹⁵ Outro estudo recém publicado buscou avaliar a atuação dos profissionais de saúde por autorrelato nos cuidados espirituais dos pacientes com câncer. Dos 340 participantes, 82,1% eram mulheres, com idade média de 35 anos. No estudo, 64,7% eram enfermeiros, 17,9% médicos e 17,4% “outros” profissionais da saúde. Houve uma diferença nas observações dos profissionais sobre a discussão de questões com o paciente em torno do tema religião & espiritualidade (R&S).

Especificamente, os enfermeiros perguntaram mais frequentemente sobre R&S (60,3%) do que os médicos (41,4%) ($p=0,028$). Além disso, os enfermeiros referiam-se com mais frequência à capelania (71,8%), enquanto os médicos e outros profissionais consultavam com mais frequência a psicologia/psiquiatria (62,7%, $p<0,001$). As barreiras percebidas para não discutir tópicos de R&S incluíram pacientes potencialmente ofensivos (56,5%) e limitações de tempo (47,7%).¹¹⁶ Nesse contexto, conscientizar e treinar todos os profissionais de saúde que trabalham em oncologia e atenção primária em torno da importância de avaliar o bem-estar espiritual dos sobreviventes ao câncer é essencial para a prestação de um cuidado integral a essa população.

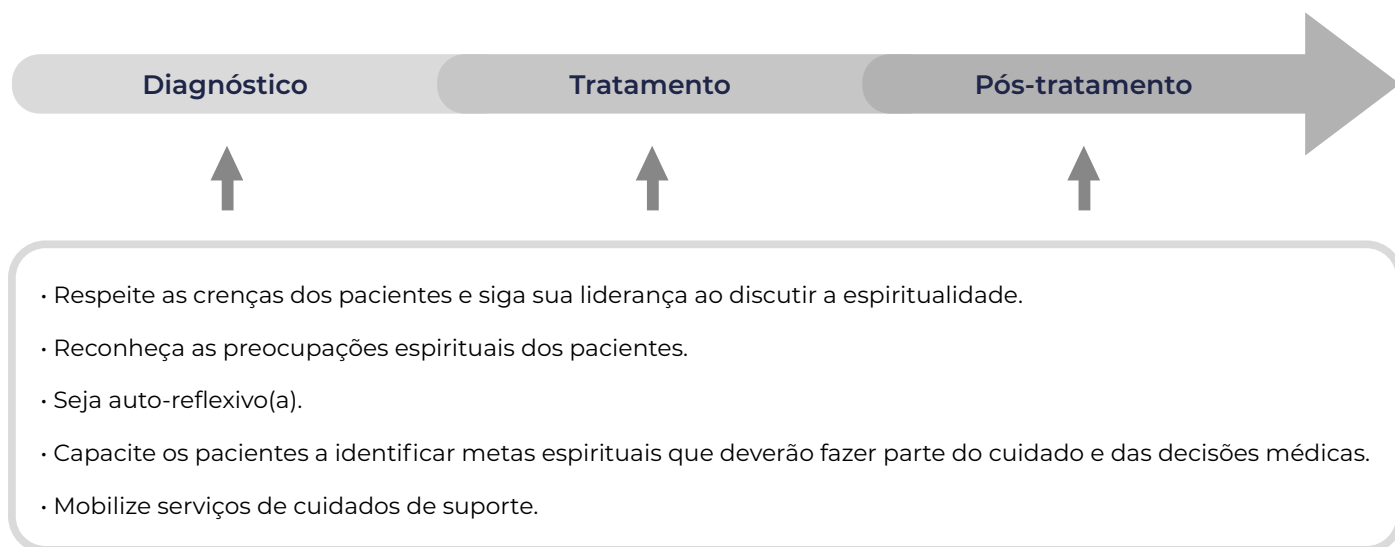
Estudos têm reportado uma forte associação entre espiritualidade e QVRS. Em uma visão integral do ser humano, a anamnese de espiritualidade deve ser lembrada em cada interação assistencial feita pelos

membros da equipe multi- ou interdisciplinar, que participam do cuidado do paciente oncológico.^{81,117} Um número crescente de estudos no cenário oncológico têm demonstrado que a maioria das pessoas com diagnóstico de câncer deseja utilizar ou utiliza a espiritualidade para ajudá-los a lidar com o diagnóstico do câncer e seu tratamento, oportunizando a possibilidade de crescimento pessoal.^{33,118}

Um estudo brasileiro, publicado em 2013, reportou que 80% dos pacientes avaliados desejavam receber cuidado espiritual e 93% consideravam importante a abordagem do assunto como forma de auxiliar no enfrentamento da doença. Contudo, apenas 16% dos participantes reportaram ter conversado sobre o tema com algum profissional de saúde envolvido no cuidado com a sua saúde.¹¹⁹ Uma possível explicação para o uso da espiritualidade como mecanismo de enfrentamento do câncer é o fato da espiritualidade possibilitar aos pacientes uma estrutura para atribuição de significado à doença e respostas às questões existenciais. Ainda nessa linha, Park et al. descrevem um modelo em que espiritualidade é fundamental para moldar uma estrutura de crenças mais amplas e globais de uma pessoa.¹²⁰

Há escassez de estudos que comparam diferentes estratégias de avaliação de angústia espiritual seguida de intervenções entre pacientes sobreviventes ao câncer. Portanto, é importante que cada serviço oncológico e/ou de cuidados paliativos busque discutir com toda a equipe envolvida no desenvolvimento do programa de *survivorship* qual a melhor estratégia a ser seguida.

Segue abaixo figura com sugestão para gerenciamento das necessidades espirituais no continuum do cuidado de sobreviventes ao câncer:



No contexto da abordagem e suporte espiritual aos pacientes sobreviventes ao câncer, há ainda mais escassez de dados em algumas populações minoritárias, incluindo os indígenas, crianças e adultos jovens. Apesar disso, sabe-se que a espiritualidade tem importante papel nessas populações e, portanto,

os times multidisciplinares precisam desenvolver programas flexíveis e adaptáveis o suficiente para atender às circunstâncias e necessidades individuais de cada sobrevivente.¹²¹⁻¹²³

A espiritualidade é claramente um aspecto importante da jornada de muitos sobreviventes

ao câncer ao redor do mundo. Embora ainda haja muito a ser aprendido, as evidências científicas já são fortes o suficiente para demonstrar que pesquisadores, médicos e equipes multiprofissionais devem atentar aos aspectos espirituais das experiências dos sobreviventes ao câncer.

Capítulo 7:

CONCLUSÕES E DESAFIOS

Há vários e contínuos obstáculos a serem enfrentados na oncologia. A jornada é árdua, trabalhosa e de muitas conquistas ao longo do caminho. Nas diversas situações de ocorrência possível, seja durante o tratamento com intuito curativo ou naquelas onde a resolução definitiva do processo patológico não foi alcançada, apesar de todo o esforço científico, um importante desafio, além do discurso, estudo e entendimento da teoria, é conseguir colocar em prática o aforismo milenar atribuído a Hipócrates, ou seja, consolar sempre e aliviar quase sempre quando a expectativa de remissão não for mais factível.

São nesses momentos que, em virtude do que foi mencionado no consenso, o exercício e emprego da abordagem da espiritualidade na consulta deve ser estimulada, e sim, pode ser realizada de forma natural, facilmente e rapidamente investigada. Como exemplo, pode-se utilizar algumas das perguntas dos protocolos descritos no texto.

Nas últimas décadas, os estudos sobre espiritualidade e religiosidade e sua influência na saúde humana vêm ganhando cada vez mais volume e qualidade científica, estimulando discussões como estas neste material. Um bom desafio seria incentivar o debate dentro do ambiente acadêmico, integrando o assunto dentro das disciplinas regulares durante a graduação do profissional de saúde e, conseqüentemente, aperfeiçoando a metodologia de pesqui-

sa de uma temática tão ampla e, ao mesmo tempo, abstrata.

Um grande desafio para o oncologista é, dentro de sua rotina de trabalho, buscar conhecer a fé ou a crença, ou o que traz sentido e significado para a vida do paciente, identificando o grau de importância desse tema dentro de sua vida, além de suas dúvidas e angústias espirituais relacionadas aos eventos durante o tratamento e o seu cuidado. Deve ainda atentar para o fato de que a espiritualidade impacta na tomada de decisões sobre a sua saúde.

A espiritualidade em sua potência pode promover uma melhor compreensão da finitude, sustentação em lidar com a realidade e exercício da autonomia e qualidade no tempo de vida. Para uma oferta ética e satisfatória de espiritualidade ao paciente, como aliada ao reforço da sua resiliência, é provavelmente necessário que o profissional de saúde tenha a qualidade espiritual em sua prática e conduta diárias, pois, segundo o escritor e especialista sobre o comportamento humano Leo Buscaglia, “Ninguém pode dar aquilo que não possui”.

A abordagem da espiritualidade pelo oncologista fortalece o vínculo com o paciente, uma vez que este entende que essa parte de sua vida também é importante para o profissional. Por isso, conforme relatado, a maioria dos pacientes gostaria que houvesse uma abordagem, seja pelo médico ou por outro integrante da equipe de saúde, so-

bre as suas preocupações espirituais. Confiança e sensação de atenção às necessidades espirituais do paciente valorizam e fortalecem os laços das relações de cuidado. Essa conexão pode, inclusive, estimular o próprio médico a olhar para si, voltando-se ao autoconhecimento e elaborando suas próprias questões sobre a vida e a boa prática da medicina.

A prática correta da medicina deve ser coerente com a ciência. Atribuir qualidades mágicas à espiritualidade acima da avaliação dos dados científicos atuais é outro desafio que o profissional de saúde deve ficar atento. Há uma tênue divisão entre a realidade e a imaginação, com eficácia superestimada, muitas vezes desejada pelo paciente e pela equipe multidisciplinar. Dessa forma, o paciente ficaria mais protegido das ilusórias empreitadas em rotas alternativas por terapias integrativas e experimentais, pouco convencionais, muitas vezes de custo elevado e sem comprovação de sua eficácia, causando desgastes físicos e emocionais.

A maioria das informações técnicas publicadas em relação ao benefício da espiritualidade no tratamento do paciente oncológico se refere a uma melhora significativa em sua qualidade de vida, com potencial melhor enfrentamento de sua condição, confiança na equipe e no tratamento proposto.¹²⁴

Por fim, o advento e ascensão da inteligência artificial e

aprendizado do computador com a repetição de algoritmos, os quais não foram necessariamente programados (*machine learning*), caminham inexoravelmente dentro da oncologia e em várias outras especialidades médicas. Isso é percebido no treinamento da realização de tarefas antes executadas pelos seres humanos, com reconhecimento de imagens, anatomia patológica, estadiamento

padrão, genético e molecular, análise compartilhada em banco de dados e protocolos de pesquisas (*deep learning*) com acurácia progressivamente mais refinada e menor margem de erro. Por esse motivo, o papel espiritual no cuidado se tornará ainda mais necessário para a interpretação humanizada das informações captadas pelas máquinas, ajudando o paciente, outro humano, a se conectar

com a sua essência e a traduzir a mensagem que o adoecimento carrega.

Há vários e contínuos obstáculos a serem enfrentados na oncologia. A de maior importância é observar no que as pessoas estão se tornando por meio da maneira com que os desafios são respondidos

REFERÊNCIAS

1. SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Cancer J Clin.**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Câncer.** Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa de 2020:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
4. LINEWEAVER, C. H.; DAVIES, P. C. W.; VINCENT, M. D. Targeting cancer's weaknesses (not its strengths): Therapeutic strategies suggested by the atavistic model. **Bioessays**, v. 36, n. 9, p. 827-835, 2014
5. JIM, H. S. L. *et al.* Religion, spirituality and physical health in cancer patients: a meta-analysis. **Cancer**, v. 121, n. 21, p. 3760-8, 2015.
6. KAMIJO, Y.; MIYAMURA, T. Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 17, n. 1, e12276, 2020.
7. KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, p. 278730, 2012.
8. LINDEMAN, M.; BLOMQUIST, S.; TAKADA, M. Distinguishing spirituality from other constructs: not a matter of well-being but of belief in supernatural spirits. **J Nerv Ment Dis.**, v. 200, n. 2, p. 167-73, 2012.
9. STEINHAUSER, K. E. *et al.* State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. **J Pain Symptom Manage**, v. 54, n. 3, p. 428-40, 2017.
10. PUCHALSKI, C. M.; VITILLO, R.; HULL, S. K.; RELLER, N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J Palliat Med.**, v. 17, n. 6, p. 642-56, 2014.
11. GRUPO DE ESTUDOS EM ESPIRITUALIDADE E MEDICINA CARDIOVASCULAR. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/gemca>
12. KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis.**, v. 186, n. 9, p. 513-21, 1998.
13. LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Braz J Cardiovasc Surg.**, v. 28, n. 1, p. 103-28, 2013.
14. KARAM, A.; CLAGUE, J.; MARSHALL, K.; OLIVIER, J.; FAITH AND HEALTH SERIES. The view from above: faith and health. **Lancet**, v. 386, n. 10005, e22-4, 2015.
15. BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **J Relig Health**, v. 52, n. 2, p. 657-73, 2013.
16. HUMMER, R. A.; ROGERS, R. G.; NAM, C. B.; ELLISON, C. G. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, v. 36, n. 2, p. 273-285, 1999.
17. PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape.** Washington: Pew Research Center, 2012. Disponível em: <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
18. ALMEIDA, A. M.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.
19. MENEGATTI-CHEQUINI, M. C.; MARALDI, E. O.; PERES, M. F. P.; LEÃO, F. C.; VALLADA, H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. **Braz J Psychiatry**, 41(1): 58-65, 2019.
20. CONDE, S. R. S. S.; BARROS, L. E. C.; OLIVEIRA, J. H. B.; ARRUDA, U. T. A. T.; BATISTA, S. H. S. S.; BATISTA, N. A. A espiritualidade nos currículos das escolas médicas da região norte e a visão do interno de medicina sobre sua importância na formação. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 4, n. 1-2, p. 9-18, 2019.
21. BEN-ARYE, E.; BAR-SELA, G.;

- FRENKEL, M.; KUTEN, A.; HERMONI, D. Is a biopsychosocial-spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patients and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality. **Support Care Cancer**, v. 14, n. 2, p. 147-152, 2006.
22. KRISTELLER, J. L.; ZUMBRUN, C. S.; SCHILLING, R. F. "I would if I could": How oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. **Psychooncology**, v. 8, n. 5, p. 451-8, 1999.
23. NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Spirituality in Cancer Care (PDQ®)**—Health Professional Version 2021. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faith-and-spirituality/spirituality-hp-pdq>.
24. MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; MITCHELL, G.; MOINE, S.; AMBLÀS-NOVELLAS, J.; BOYD, K. Palliative care from diagnosis to death. **BMJ**, v. 356, j878, 2017.
25. CAVERS, D.; HACKING, B.; ERRIDGE, S. E.; KENDALL, M.; MORRIS, P. G.; MURRAY, S. A. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. **CMAJ**, v. 184, n. 7, E373-82, 2012.
26. RASINSKI, K. A.; KALAD, Y. G.; YOON, J. D.; CURLIN, F. A. An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine. **Med Teach**, v. 33, n. 11, p. 944-5, 2011.
27. ASTROW, A. B.; WEXLER, A.; TEXEIRA, K.; HE, M. K.; SULMASY, D. P. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? **J Clin Oncol**, v. 25, n. 36, p. 5753-7, 2007.
28. BALBONI, T. A. et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. **J Clin Oncol**, v. 28, n. 3, p. 445-52, 2010.
29. KRISTELLER, J. L.; RHODES, M.; CRIPE, L. D.; SHEETS, V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): Patient acceptability and initial evidence of effects. **Int J Psychiatry Med**, v. 35, n. 4, p. 329-347, 2005.
30. WYATT, G.; FRIEDMAN, L. L. Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications. **Cancer Nurs**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1996.
31. DENNEY, R. M.; ATEN, J. D.; LEAVELL, K. Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. *Mental Health*, **Religion & Culture**, v. 14, n. 4, p. 371-391, 2011.
32. FOLEY, K. L. et al. A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. **Psychooncology**, v. 15, n. 3, p. 248-258, 2006.
33. BALBONI, T. A. et al. Religiosity and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. **J Clin Oncol**, v. 25, n. 5, p. 555-60, 2007.
34. VANDENHOECK, A. Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe. **Pol Arch Med Wewn**, v. 123, n. 10, p. 552-7, 2013.
35. BEST, M.; LEGET, C.; GOODHEAD, A.; PAAL, P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. **BMC Palliat Care**, v. 19, n. 1, p. 9, 2020.
36. PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. **Proc (Bayl Univ Med Cent)**, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva Switzerland: **World Health Organization**, 2014.
38. SNYDER, L. American College of Physicians Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. **Ann Intern Med**, v. 156, n. 1 Pt 2, p. 73-104, 2012.
39. PHELPS, A. C. et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. **J Clin Oncol**, v. 30, n. 20, p. 2538-44, 2012.
40. PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinician to understand patients more fully. **J Palliat Med**, v. 3, n. 1, p. 129-37, 2000.
41. LAZENBY, M. Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. **Semin Oncol Nurs**, v. 34, n. 3, p. 274-283, 2018.
42. SILER, S.; BORNEMAN, T.; FERRELL, B. Pain and suffering. **Semin Oncol Nurs**, v. 35, n. 3, p. 310-314, 2019.
43. TAUNAY, T. C. D. et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). **Arch Clin Psychiatry**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.
44. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in Portuguese language. **Sao Paulo Med J**, v. 131, n. 2, p. 112-22, 2013.
45. LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. **Explore (NY)**, v. 9, n. 3, p. 159-70, 2013.
46. BLABER, M.; JONE, J.; WILLIS, D. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings? **Int J Palliat Nurs**, v. 21, n. 9, p. 430-8, 2015.
47. HARE, B. Survival of the Friendliest: Homo sapiens Evolved via Selection for Prosociality. **Annu Rev Psychol**, v. 68, p. 155-186, 2017.
48. CHIDA, Y.; STEPTOE, A.; POWELL, L. H. Religiosity/Spirituality and Mortality. A systematic quantitative review. **Psychother Psychosom**, v. 78, n. 2, p. 81-90, 2009.
49. LI, S.; STAMPFER, M. J.; WILLIAMS, D. R.; VANDERWEELE, T. J. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. **JAMA Intern Med**, v. 176, n. 6, p. 777-85, 2016.
50. SELIGMAN, M. E. P. Positive Psychology: A Personal History.

Annual Review of Clinical Psychology, v. 15, n. 1, p. 1-23, 2019.

51. BARTON, Y. A.; MILLER, L. Spirituality and positive psychology go hand in hand: an investigation of multiple empirically derived profiles and related protective benefits. **J Relig Health**, v. 54, n. 3, p. 829-843, 2015.
52. SCOTT, J. G.; SCOTT, R. G.; MILLER, W. L.; STANGE, K. C.; CRABTREE, B. F. Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 4, n. 11, p. 1-9, 2009.
53. CAREY, L. B.; COHEN, J. The Utility of the WHO ICD-10-AM Pastoral Intervention Codings Within Religious, Pastoral and Spiritual Care Research. **J Relig Health**, v. 54, n. 5, p. 1772-87, 2015.
54. FLANNELLY, K. J.; EMANUEL, L. L.; HANDZO, G. F.; GALEK, K.; SILTON, N. R.; CARLSON, M. A national study of chaplaincy services and end-of-life outcomes. **BMC Palliat Care**, v. 11, p. 10, 2012.
55. PEARCE, M. J.; COAN, A. D.; HERNDON 2ND, J. E.; KOENIG, H. G.; ABERNETHY, A. P. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 10, p. 2269-76, 2012.
56. PUCHALSKI, C. M. Spirituality in the cancer trajectory. **Ann Oncol.**, Suppl 3, p. 49-55, 2012.
57. VONARX, N.; HYPOLITE, S. R. Religion, spirituality, and cancer: the question of individual empowerment. **Integr Cancer Ther.**, v. 12, n. 1, p. 69-80, 2013.
58. WOLL, M. L.; HINSHAW, D. B.; PAWLIK, T. M. Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illness. **Ann Surg Oncol.**, v. 15, n. 11, p. 3048-57, 2008.
59. TAREN, A. A. *et al.* Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. **Soc Cogn Affect Neurosci.**, v. 10, n. 12, p. 1758-68, 2015.
60. BUTTLE, H. Measuring a journey without goal: meditation, spirituality and physiology. **BioMed Research International**, Article ID 891671, 2015.
61. BIRNIE, K.; SPECA, M.; CARLSON, L. E. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Stress & Health**, v. 26, n. 5, p. 359-71, 2010.
62. BROWN, R. P.; GERBARG, P. L. Yoga breathing, meditation, and longevity. **Ann N Y Acad Sci.**, v. 1172, p. 54-62, 2009.
63. LIN, P. J. *et al.* Yoga for the management of cancer treatment-related toxicities. **Curr Oncol Rep.**, v. 20, n. 1, p. 5, 2018.
64. DEMARIN, V.; BEDEKOVIC, M. R.; PURETIC, M. B.; PASIC, M. B. Arts, brain and cognition. **Psychiatr Danub.**, v. 28, n. 4, p. 343-348, 2016.
65. RIEGER, K. L. *et al.* Mindfulness-based arts interventions for cancer care: a systematic review of the effects on wellbeing and fatigue. **Psycho-Oncology**, v. 30, n. 2, p. 240-251, 2020.
66. GARDNER, F.; TAN, H.; RUMBOLD, B. What spirituality means for patients and families in health care. **J Relig Health**, v. 59, n. 1, p. 195-203, 2020.
67. ALVARENGA, W. A. *et al.* The effect of music on the spirituality of patients: a systematic review. **J Holist Nurs.**, v. 36, n. 2, p. 192-204, 2018.
68. AHMADI, F.; AHMADI, N. Nature as the most important coping strategy among cancer patients: a Swedish survey. **J Relig Health**, v. 54, n. 4, p. 1177-90, 2015.
69. LARRIVEE, D.; ECHARTE, L. Contemplative meditation and neuroscience: prospects for mental health. **J Relig Health**, v. 57, n. 3, p. 960-978, 2018.
70. BOUSSO, R. S.; POLES, K.; SERAFIM, T. S.; MIRANDA, M. G. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011.
71. KOENIG, H. G.; COHEN, H. J.; HAYS, J. C.; LARSON, D. B.; BLAZER, D. G. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. **Int J Psychiatry Med.**, v. 27, n. 3, p. 233-50, 1997.
72. STEINHORN, D. M.; DIN, J.; JOHNSON, A. Healing, spirituality and integrative medicine. **Ann Palliat Med.**, v. 6, n. 3, p. 237-247, 2017.
73. PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Spiritual/religious coping. **Rev Psiq Clin.**, v. 34, supl. 1, p. 126-35, 2007.
74. PESSINI, L. Distanasia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética CFM**, v. 4, n. 1, 2009.
75. SUN, V.; RAZ, D. J.; KIM, J. Y. Caring for the informal cancer caregiver. **Curr Opin Support Palliat Care**, v. 13, n. 3, p. 238-242, 2019.
76. JADALLA, A. *et al.* Family caregiver strain and burden: a systematic review of evidence-based interventions when caring for patients with cancer. **Clin J Oncol Nurs.**, v. 24, n. 1, p. 31-50, 2020.
77. LAMBERT, S. D. *et al.* The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. **BMJ Support Palliat Care**, v. 2, n. 3, p. 224-30, 2012.
78. KIM, Y.; GIVEN, B. A. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. **Cancer**, v. 112, Suppl. 11, p. 2556-68, 2008.
79. FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.
80. HALIFAX, J. The precious necessity of compassion. **J Pain Symptom Manag.**, v. 41, n. 1, p. 146-53, 2011.
81. PUCHALSKI, C. M. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med.**, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.
82. BALBONI, M. J. *et al.* Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end

- of life. **J Pain Symptom Manag.**, v. 48, n. 3, p. 400-10, 2014.
83. RUTE, M.; ESPERANDIO, G. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual – uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte**, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.
84. POST, S. G.; PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Ann Intern Med.**, v. 132, p. 578-583, 2000.
85. BRANCO, T. P. Como abordar a espiritualidade do paciente oncológico na prática diária? In: PEREIRA, F. M. T.; TOLOI, D. A.; ANDRADE, P. A. S.; BRANCO, T. P. **Espiritualidade e Oncologia: conceitos e prática**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. p. 109-122.
86. OQUENDO, M. A.; BERNSTEIN, C. A.; MAYER, L. E. S. A key differential diagnosis for physicians – major depression or Burnout? **JAMA Psychiatry**, v. 76, n. 11, p. 1111-1112, 2019.
87. KOPACZ, M. S.; AMES, D.; KOENIG, H. G. It's time to talk about physician Burnout and moral injury. **Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 11, e28, 2019.
88. CAVANAGH, N. *et al.* Compassion fatigue in healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Nurs Ethics**, v. 27, n. 3, p. 639-665, 2020.
89. COLLIER, K. M. *et al.* The role of spirituality and religion in physician and trainee wellness. **J Gen Inter Med.**, v. 36, n. 10, p. 3199-3201, 2021 09 June.
90. DAVIS, S.; LIND, B. K.; SORENSEN, C. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. **Oncol Nurs Form.**, v. 40, n. 4, E303-11, 2013.
91. KASH, K. M. *et al.* Stress and burnout in oncology. **Oncology, Williston Park**, v. 14, n. 11, p. 1621-33, 2000.
92. BEST M, BUTOW P, OLVER I. Doctors discussing religion and spirituality: a systematic literature review. **Palliat Med** 2016; 30(4): 327-37.
93. ABBAGNAMO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 2000. p. 873,874,890-893.
94. CASSELL, E. J. **The nature of suffering and the goals of medicine**. New York: Oxford University Press, 1991. p. 30-47.
95. ABIB, J. A. D. Epistemologia pluralizada e história da psicologia. **Scientiae Studia**, v. 7, n. 2, p. 195-208, 2009.
96. SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **História da Psicologia Moderna**. Tradução 11ª ed norte-americana. [S. l.]: Cengage Learning, 2019.
97. CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.
98. JUNG, C. G. **Espiritualidade e transcendência**. Seleção e edição de Brigitte Dorst. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 16-32.
99. FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. 25ª edição. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.
100. BREITBART, W. *et al.* Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. **Psychooncology**, v. 19, n. 1, p. 21-8, 2010.
101. BREITBART, W. *et al.* Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. **J Clin Oncol.**, v. 30, n. 12, p. 1304-9, 2012.
102. TWOMBLY, R. What's in a name: who is a cancer survivor? **J Natl Cancer Inst.**, v. 96, n. 1, p. 1414-5, 2004.
103. BLUETHMANN, S. M.; MARIOTTO, A. B.; ROWLAND, J. H. Anticipating the "silver tsunami": prevalence trajectories and comorbidity burden among older cancer survivors in the United States. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, v. 25, n. 7, p. 1029-1036, 2016.
104. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Cancer survivors— United States, 2007. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 60, n. 9, p. 269-272, 2011.
105. MILLER, K. D. *et al.* Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. **CA Cancer J Clin.**, v. 69, n. 5, p. 363-385, 2019.
106. SEER*Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics. Surveillance Research Program, National Cancer Institute. [Cited 2021 April 15]. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/explorer/>.
107. DeROUEN, M. C. *et al.* Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. **Psychooncology**, v. 24, n. 9, p. 1104-15, 2015.
108. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN clinical practice guidelines in oncology: distress management** [Version 2.2021]. Plymouth Meeting, PA: [s. n.], July 5, 2021.
109. NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Spirituality in cancer care (PDQ)** — health professional version. Bethesda, MD: [s. n.] 2017 Apr 19. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faithand-spirituality/spirituality-hp-pdq>.
110. NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE. **Clinical practice guidelines for quality palliative care**. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018. Disponível em: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf.
111. VAN NESS, P. H. **Spirituality and the Secular Quest**. New York: Crossroad, 1996.
112. PUCHALSKI, C. M.; LUNSFORD, B.; HARRIS, M. H.; MILLER, R. T. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. **Cancer J.**, v. 12, n. 5, p. 398-416, 2006.
113. PARGAMENT, K. I. **APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality**. Washington, DC: American

Psychological Association, 2013.

114. ASHING-GIWA, K. T. The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. **Qual Life Res** 2005; 14(2): 297-307.
115. KTISTAKI, P.; ALEVRA, N.; VOULGARI, M. Long-term survival of women with breast cancer. Overview supportive care needs assessment instruments. **Adv Exp Med Biol.**, v. 989, p. 281-4, 2017.
116. KELLY, E. P.; HYER, M.; TSILIMIGRAS, D.; PAWLIK, T. M. Healthcare provider self-reported observations and behaviors regarding their role in the spiritual care of cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 29, n. 8, p. 4405-4412, 2021.
117. OLIVEIRA, J. A. C. de; ANDERSON, M. I. P.; LUCCHETTI, G.; PIRES, E. V. A.; GONÇALVES, L. M. Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method. **J Relig Health**, v. 58, n. 1, p. 109-18, 2019.
118. TRAVADO, L. et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. **Palliative Supportive Care**, v. 8, n. 4, p. 405-413, 2010.
119. MESQUITA, A. C.; CHAVES, E. C. L.; AVELINO, C. C. V.; NOGUEIRA, D. A.; PANZINI, R. G.; CARVALHO, E. C. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 539-545, 2013.
120. PARK, C. L.; CARNEY, L. M. The supportive roles of spirituality and mindfulness in patients' cancer journeys. **Expert Review of Quality of Life in Cancer Care**, p. 1-3, 2013.
121. GIFFORD, W.; THOMAS, O.; THOMAS, R.; GRANDPIERRE, V.; UKAGWU, C. Spirituality in cancer survivorship with First Nations people in Canada. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 8, p. 2969-2976, 2019.
122. PARK, C. L.; CHO, D. Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. **Psychooncology**, v. 26, n. 9, p. 1293-1300, 2017.
123. MOORE, K.; TALWAR, V.; GOMEZ-GARIBELLO, C.; BOSACKI, S.; MOXLEY-HAEGERT, L. Children's spirituality: Exploring spirituality in the lives of cancer survivors and a healthy comparison group. **J Health Psychol.**, v. 25, n. 7, p. 888-899, 2020.
124. PETEET, J. R.; BALBONI, M. J. Spirituality and religion in oncology. **CA Cancer J Clin.**, v. 63, n. 4, p. 280-9, 2013.





SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA



EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA

A SBOC reserva todos os direitos autorais deste documento, que é disponibilizado gratuitamente ao público da entidade e demais interessados. Sua reprodução com fins comerciais é expressamente proibida, sujeitando-se o infrator às penalidades cíveis e criminais cabíveis.

Outras reproduções devem ser solicitadas diretamente à [SBOC](#).