

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

MARIANA ROSA RIBEIRO CARDOSO

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE COM
CÂNCER NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA

UBERABA

2022

MARIANA ROSA RIBEIRO CARDOSO

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE COM
CÂNCER NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito final para a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi

UBERABA

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C264e	<p>Cardoso, Mariana Rosa Ribeiro Espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório: revisão integrativa / Mariana Rosa Ribeiro Cardoso. -- 2022. 82 f. : il., tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022 Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi</p> <p>1. Neoplasias. 2. Período pré-operatório. 3. Espiritualidade. 4. Religião. I. Nicolussi, Adriana Cristina. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p>CDU 616-006.6</p>
-------	--

MARIANA ROSA RIBEIRO CARDOSO

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE COM
CÂNCER NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito final para a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi

Uberaba, 21 de fevereiro de 2022

Banca examinadora

Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Prof. Dra. Juliana Maria de Paula Avelar
Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto

Dedico este trabalho a todos os estudantes e profissionais de saúde que buscam diariamente incansavelmente a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Dedico a todos que atuam na criação de ambientes acolhedores que trazem conforto e alívio do sofrimento.

Por fim, dedico a todos aqueles que mesmo com as adversidades e dificuldades da rotina buscam oferecer cuidado integral e humanizado, esquecendo da própria dor e cansaço para dedicar-se ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi, que foi essencial para que este trabalho se tornasse realidade, e ao longo de toda minha formação ofereceu o melhor de si para se dedicar ao meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço à Deus pela força e companheirismo durante toda a jornada, nunca deixando esquecer da minha missão e do propósito do meu trabalho.

Agradeço aos meus pais, Izilda e Adalto, por terem me ensinado a ser tudo que sou hoje, por me ensinarem que a partir do amor e paciência posso realizar todos os meus sonhos.

Agradeço ao meu noivo João Pedro por todo amor, paciência e apoio.

Agradeço aos meus colegas de turma pelo companheirismo e amizade, em especial Jaciara, e aos meus amigos, Stephanie e Graziela.

Por fim, agradeço por cada docente e secretário da Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde que foram excelentes e empenharam-se garantindo alta qualidade do programa na formação dos discentes.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Renda-se como eu me rendi.

Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.

Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.”

Clarice Lispector.

CARDOSO, Mariana Rosa Ribeiro. **Espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório: Revisão Integrativa.** 2022. 79f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

RESUMO

Introdução: O conhecimento dos aspectos espirituais e religiosos permite que serviços de saúde valorizem os pacientes considerando seu contexto biopsicossocioespiritual. Sendo o câncer considerado um problema de saúde pública e o impacto das intervenções cirúrgicas no bem-estar biopsicossocial e espiritual dos indivíduos, justifica-se este estudo devido à necessidade de pesquisas que busquem aprofundar a compreensão sobre o papel da espiritualidade e religiosidade a fim de desenvolver ferramentas e implementar esses recursos como uma dimensão no cuidado em saúde. **Objetivo:** Analisar evidências científicas sobre espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que percorreu as seis etapas metodológicas. Foi adotada a estratégia: *Population, Variables and Outcomes* (PVO), acrônimo para População, Variável e Desfecho (*outcomes*) e elaborada a questão norteadora: “Qual é o conhecimento científico já produzido, relacionado à espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório?”. Para a seleção da amostra, foram utilizadas as fontes de dados eletrônicas *US National Library of Medicine National Institutes Database Search of Health* (Medline/PubMed®), *Web Of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane*, *Embase*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a combinação dos descritores: espiritualidade, religião, neoplasia e período pré-operatório. Estabelecidos como critérios de inclusão: artigos que retratassem a espiritualidade e a religiosidade no cuidado assistencial ao paciente com câncer no período pré-operatório; publicados no período de 2011 a 2021; em português, inglês e espanhol; e com resumos disponíveis. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2021, os estudos encontrados foram importados para os programas *Endnote* e *Rayyan*, no qual foram excluídos os estudos duplicados e por leitura de títulos e resumos, por dois pesquisadores de forma independente. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra e seleção dos artigos, com preenchimento de instrumento com as informações extraídas dos mesmos. Foi realizada a categorização dos estudos, com

interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento. **Resultados:** Foram levantados 412 estudos, restando quatro que compuseram esta revisão integrativa, sendo dois (50%) estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, um (25%) no Brasil e um (25%) na Coreia; dois (50%) foram publicados em 2012, um (25%) em 2015 e um (25%) 2020 cada. Todos divulgados em revistas conhecidas internacionalmente e em inglês e classificados como nível de evidência 6 (provenientes de estudo descritivo ou qualitativo). Com base na análise dos estudos, determinou-se três categorias temáticas: 1) Associações entre espiritualidade e religião com sofrimento pré-cirúrgico e outros fatores psicossociais e com qualidade de vida; 2) Fé e religiosidade como fatores facilitadores no período pré-operatório; e 3) Necessidade de recursos materiais e de espiritualidade e religiosidade no pré-operatório. Evidenciou-se associações entre espiritualidade e religiosidade com a diminuição do sofrimento e outros fatores psicossociais, a importância do apoio social e abordagem dessa temática no enfrentamento à doença e qualidade de vida frente ao procedimento cirúrgico, assim como o desejo de acesso a suporte espiritual e a recursos materiais no ambiente hospitalar e oferecidos pelo governo. **Discussão:** Em busca do desenvolvimento de serviços que oferecem assistência integral e humanizada que englobe todas as dimensões dos seres humanos, é possível identificar que a espiritualidade e religiosidade são importantes recursos a serem utilizados devido seu potencial de proporcionar capacidade de enfrentamento, esperança, apoio durante o período pré-operatório, além de reduzir ansiedade e estresse que impactam diretamente na qualidade de vida e recuperação dos pacientes. Como limitações, destaca-se a presença de poucos estudos na literatura que englobam a temática e com nível de evidência considerado fraco. **Conclusão:** A abordagem da espiritualidade e da religiosidade no cuidado ao paciente com câncer em pré-operatório pode suprir sua necessidade espiritual, e conjuntamente com o cuidado de enfermagem realizado, possibilita atender suas necessidades bio/psico/sociais/emocionais/espirituais. **Implicações para Enfermagem:** Considera-se importante o incentivo à discussão e reflexão deste tema no ensino, na pesquisa e na assistência, devido ao papel essencial do enfermeiro neste contexto e na busca constante da integralidade e humanização da assistência em saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade; religião; neoplasias; período pré-operatório.

CARDOSO, Mariana Rosa Ribeiro. **Spirituality and religiosity in the care of cancer patients in the preoperative period: Integrative Review**. 2022. 79f. Dissertation (Master in Health Care) – University Federal of the Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge of spiritual and religious aspects allows health services to value patients considering their biopsychosocial and spiritual context. Since cancer is considered a public health problem and the impact of surgical interventions on the biopsychosocial and spiritual well-being of individuals, this study is justified due to the need for research that seeks to deepen the understanding of the role of spirituality and religiosity in order to develop tools and implement these resources as a dimension in health care. **Objective:** To analyze scientific evidence on spirituality and religiosity in the care of cancer patients in the preoperative period. **Method:** This is an integrative literature review, which covered the six methodological steps. The strategy was adopted: Population, Variables and Outcomes (PVO), and the guiding question was elaborated: "What is the scientific knowledge already produced, related to spirituality and religiosity in the care of cancer patients in the preoperative period?". For sample selection, electronic data sources were used US National Library of Medicine National Institutes Database Search of Health (Medline/PubMed®), Web Of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, Embase, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Virtual Health Library (VHL), with the combination of descriptors: spirituality, religion, neoplasms and preoperative period. Established as inclusion criteria: articles that portray spirituality and religiosity in the care of cancer patients in the preoperative period; published in the period from 2011 to 2021; in Portuguese, English and Spanish; and with abstracts available. Data collection took place from August to September 2021, the studies found were imported into the Endnote and Rayyan programs, in which duplicate studies were excluded and by reading titles and abstracts, by two researchers independently. Then, the full reading and selection of the articles was carried out, with the filling of an instrument with the information extracted from them. The categorization of studies was performed, with interpretation of results and presentation of the synthesis of knowledge. **Results:** A total of 412 studies were collected, leaving four that made up this integrative review, two (50%) studies developed in the United States, one (25%) in Brazil and one (25%) in Korea; two (50%) were published in 2012, one (25%) in 2015 and one (25%) in 2020 each. All published

in internationally known journals and in English and classified as evidence level 6 (from a descriptive or qualitative study). Based on the analysis of the studies, three thematic categories were determined: 1) Associations between spirituality and religion with pre-surgical suffering and other psychosocial factors and quality of life; 2) Faith and religiosity as facilitating factors in the preoperative period; and 3) Need for material resources and spirituality and religiosity in the preoperative period. There were associations between spirituality and religiosity with the reduction of suffering and other psychosocial factors, the importance of social support and an approach to this theme in coping with the disease and quality of life in the face of the surgical procedure, as well as the desire for access to spiritual and to material resources in the hospital environment and offered by the government.

Discussion: In search of the development of services that offer comprehensive and humanized care that encompasses all dimensions of human beings, it is possible to identify that spirituality and religiosity are important resources to be used due to their potential to provide coping capacity, hope, support during the preoperative period, in addition to reducing anxiety and stress that directly impact the quality of life and recovery of patients. As limitations, we highlight the presence of few studies in the literature that encompass the theme and with a level of evidence considered weak.

Conclusion: The approach of spirituality and religiosity in the care of patients with cancer in the preoperative period can meet their spiritual needs, and together with the nursing care performed, it makes it possible to meet their bio/psycho/social/emotional/spiritual needs.

Implications for Nursing: It is considered important to encourage discussion and reflection on this topic in teaching, research and care, due to the essential role of nurses in this context and in the constant search for integrity and humanization of health care.

Keywords: Spirituality; religion; neoplasms; preoperative period.

CARDOSO, Mariana Rosa Ribeiro. **Espiritualidad y religiosidad en el cuidado del paciente con cancer en el período preoperatorio: Revisión Integradora.** 2022. 79f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento de los aspectos espirituales y religiosos permite a los servicios de salud valorar a los pacientes considerando su contexto biopsicosocial y espiritual. Dado que el cáncer es considerado un problema de salud pública y el impacto de las intervenciones quirúrgicas en el bienestar biopsicosocial y espiritual de los individuos, este estudio se justifica por la necesidad de investigaciones que busquen profundizar en la comprensión del papel de la espiritualidad y la religiosidad para desarrollar herramientas e implementar estos recursos como una dimensión en el cuidado de la salud. **Objetivo:** Analizar evidencias científicas sobre espiritualidad y religiosidad en el cuidado de pacientes con cáncer en el preoperatorio. **Método:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, que abarcó los seis pasos metodológicos. Se adoptó la estrategia: *Population, Variables and Outcomes* (PVO), acromion para Población, Variable y Resultado (resultados) y se elaboró la pregunta orientadora: "¿Cuál es el conocimiento científico ya producido, relacionado con la espiritualidad y la religiosidad en el cuidado del cáncer pacientes en el preoperatorio?". Para la selección de la muestra, se utilizaron fuentes de datos electrónicos de la *US National Library of Medicine National Institutes Database Search of Health* (Medline/PubMed®), *Web Of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane*, *Embase*, *Literatura Caribeña en Ciencias de la Salud* (LILACS) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), con la combinación de los descriptores: espiritualidad, religión, neoplasia y preoperatorio. Establecidos como criterios de inclusión: artículos que retraten la espiritualidad y la religiosidad en el cuidado del paciente oncológico en el preoperatorio; publicado en el período de 2011 a 2021; en portugués, inglés y español; y con resúmenes disponibles. La recolección de datos ocurrió de agosto a septiembre de 2021, los estudios encontrados fueron importados a los programas *Endnote* y *Rayyan*, en los que se excluyeron los estudios duplicados y mediante lectura de títulos y resúmenes, por dos investigadores de forma independiente. Luego, se realizó la lectura completa y selección de los artículos, con el llenado de un instrumento con la información extraída de los mismos. Se realizó la categorización de los estudios, con interpretación de resultados y presentación de la síntesis

de conocimientos. **Resultados:** Se recogieron un total de 412 estudios, quedando cuatro que conformaron esta revisión integradora, dos (50%) estudios desarrollados en Estados Unidos, uno (25%) en Brasil y uno (25%) en Corea; dos (50%) se publicaron en 2012, uno (25%) en 2015 y uno (25%) en 2020 cada uno. Todos publicados en revistas de renombre internacional y en inglés y clasificados como nivel de evidencia 6 (de un estudio descriptivo o cualitativo). Con base en el análisis de los estudios, se determinaron tres categorías temáticas: 1) Asociaciones entre espiritualidad y religión con el sufrimiento prequirúrgico y otros factores psicosociales y de calidad de vida; 2) La fe y la religiosidad como factores facilitadores en el preoperatorio; y 3) Necesidad de recursos materiales y espiritualidad y religiosidad en el preoperatorio. Se encontraron asociaciones entre la espiritualidad y la religiosidad con la reducción del sufrimiento y otros factores psicosociales, la importancia del apoyo social y el abordaje de esa temática en el enfrentamiento de la enfermedad y la calidad de vida frente al procedimiento quirúrgico, así como el deseo para el acceso a los recursos espirituales y materiales en el ámbito hospitalario y ofrecidos por el gobierno. **Discusión:** En la búsqueda del desarrollo de servicios que ofrezcan una atención integral y humanizada que abarque todas las dimensiones del ser humano, es posible identificar que la espiritualidad y la religiosidad son recursos importantes a utilizar por su potencial para brindar capacidad de afrontamiento, esperanza, apoyo durante el preoperatorio, además de reducir la ansiedad y el estrés que impactan directamente en la calidad de vida y recuperación de los pacientes. Como limitaciones, destacamos la presencia de pocos estudios en la literatura que abarquen el tema y con un nivel de evidencia considerado débil. **Conclusión:** El abordaje de la espiritualidad y religiosidad en el cuidado del paciente con cáncer en el preoperatorio puede suplir sus necesidades espirituales, y junto con el cuidado de enfermería realizado, posibilita suplir sus necesidades bio/psico/sociales/emocionales/espirituales. **Implicaciones para la Enfermería:** Se considera importante incentivar la discusión y la reflexión sobre este tema en la docencia, la investigación y el cuidado, debido al papel esencial del enfermero en este contexto y en la búsqueda constante de la integralidad y humanización del cuidado en salud.

Palabras llave: Espiritualidad; religión; neoplasmas; período preoperatorio.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Estratégia PVO. Uberaba, Minas Gerais, 2021.....	34
Quadro 2 - Descritores de acordo com as fontes Pubmed, <i>Web Of Science</i> , CINAHL, <i>Cochrane</i> , <i>Embase</i> , LILACS e BVS, Uberaba, Minas Gerais, 2021	35
Figura 1- Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado conforme a recomendação <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> (PRISMA). Minas Gerais, Brasil, 2021.....	41
Quadro 3- Distribuição dos estudos selecionados segundo código do artigo, título, autores, ano e país. Minas Gerais, Brasil, 2022	42
Quadro 4 - Distribuição dos estudos selecionados segundo fonte de dados, revista, idioma, delineamento e nível de evidência. Minas Gerais, Brasil, 2022.....	43
Quadro 5- Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo amostra, objetivos, resultados e conclusões. Minas Gerais, Brasil, 2022	43

LISTA DE ABREVIATURAS

CA — Câncer

QV — Qualidade de vida

RI — Revisão Integrativa

LISTA DE SIGLAS

BVS — Biblioteca Virtual em Saúde

CINAHL — Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

MEDLINE/PUBMED® — US National Library of Medicine National Institutes Database
Search of Health

LILACS — Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS — Ministério da Saúde

NANDA — *North American Nursing Diagnosis Association*

OMS — Organização Mundial de Saúde

SUS — Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1. MARCO TEÓRICO	19
1.2. CIRURGIA ONCOLÓGICA	21
1.3 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA.....	22
1.4 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DO PACIENTE COM CÂNCER	24
2 JUSTIFICATIVA	31
3 OBJETIVO	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 MÉTODO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 PROCEDIMENTO PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS	34
4.2.1 Questão norteadora do estudo.....	34
4.2.2 Critérios para a seleção da amostra.....	34
4.2.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos (categorização).....	38
4.2.4 Análise os estudos incluídos na revisão	38
4.2.5 Interpretação dos resultados	39
4.2.6 Apresentação da revisão ou síntese do conhecimento	39
5 RESULTADOS	40
5.1 ASSOCIAÇÕES ENTRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO COM SOFRIMENTO PRÉ-CIRÚRGICO E OUTROS FATORES PSICOSSOCIAIS E COM QUALIDADE DE VIDA	45
5.2 FÉ E RELIGIOSIDADE COMO FATORES FACILITADORES NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	46
5.3 NECESSIDADE DE RECURSOS MATERIAIS E DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO.....	46

6 DISCUSSÃO	48
7 CONCLUSÃO	56
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
9 IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	77

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil passou por uma transição epidemiológica, apresentando importantes transformações demográficas, sociais e econômicas e nas causas de morbimortalidade. Este fenômeno é caracterizado basicamente por três alterações: o aumento da morbimortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis e causas externas, deslocamento da morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, o que resulta em grandes impactos nos sistemas de saúde (BRASIL, 2021).

Neste contexto podemos citar o câncer (CA), que atualmente está entre as doenças crônicas não transmissíveis que geram importante impacto na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira (BRASIL, 2021).

O câncer caracteriza-se como um conjunto de mais de 100 doenças, que se manifesta a partir do crescimento desordenado de células que invadem de forma rápida e agressiva, diversos tecidos e órgãos do corpo humano (INCA, 2018).

Neoplasia ou câncer é causado por uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente do controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sob os hospedeiros (ABC DO CÂNCER, 2008).

As neoplasias podem ser classificadas como benignas ou malignas, as primeiras caracterizam-se pelo seu crescimento de forma organizada, não invadem tecidos vizinhos, mas podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes; enquanto as malignas são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (ABC DO CÂNCER, 2012).

Existem tipos e subtipos de câncer que se diferem entre as populações mundiais devido à diversidade genética e as diversas exposições químicas, infecções, componentes dietéticos e outros fatores que dão origem a mutações (WHO, 2014)

Atualmente, a maior incidência de CA nos homens são próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e cavidade oral e nas mulheres são os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e tireoide (INCA, 2019).

Os sinais e sintomas podem variar de acordo com a região afetada, a pressão que o tumor provoca sobre estruturas adjacentes, atividade funcional do organismo mediante a

patologia e a presença de sangramentos e infecções secundárias à doença (DI PRIMIO et al., 2010).

As causas do câncer podem ser devido a fatores externos como, por exemplo, a exposição a produtos químicos, uso do álcool e tabaco, alimentação rica em gordura, sódio, açúcar e produtos industrializados, sedentarismo e obesidade, infecções causadas por microorganismos patogênicos como vírus, bactérias e parasitas ou fatores internos, como a herança genética (INCA, 2015).

Por se tratar de uma doença de causas multifatoriais, seu diagnóstico clínico ocorre a partir da análise de um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos que, na maioria das vezes, não são valorizados por pacientes e profissionais da área da saúde, por esse motivo, evidencia-se a necessidade do olhar crítico do profissional para detectar possíveis sinais de câncer (SOUZA, 2016).

O crescimento do número de casos de CA, causados pela maior exposição aos fatores cancerígenos, o envelhecimento populacional ou pela evolução das tecnologias de diagnóstico, fez com que a doença se tornasse um problema de saúde pública devido seu grande alcance nos âmbitos epidemiológico, social e econômico (MIRANDA et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê um acréscimo 58% nos casos de CA em 20 anos, passando de 18 milhões de casos em 2018, para 29 milhões em 2040, enquanto a mortalidade crescerá 67% no mesmo período, passando de 9 milhões para 16 milhões de mortes (GLOBOCAN, 2018).

A incidência e a mortalidade por CA vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento e crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência de seus fatores de risco. Estima-se que no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 ocorrerão 625 mil casos novos de CA (INCA, 2019).

Devido às altas taxas de mortalidade, tornou-se uma das principais causas de morte da população, atrás apenas das doenças cardiovasculares. A alta taxa de mortalidade está relacionada na maioria das vezes com o diagnóstico tardio e conseqüentemente o início de tratamento em fases mais avançadas da doença, bem como as complicações recorrentes nesses períodos (BRASIL 2019).

Em sua forma avançada, o CA pode evoluir para impossibilidade de cura, gerando sinais e sintomas pouco controláveis, como dor, náuseas, vômitos, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, entre outras, no qual podem ser causadas devido à invasão tumoral ou aos efeitos adversos do tratamento, causando desconforto ao paciente e um impacto

negativo em sua qualidade de vida (QV) (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015; PIACENTINI; MENEZES, 2013; FREIRE et al., 2018).

O diagnóstico de CA gera impacto na vida do paciente devido aos elevados índices de mortalidade relacionados a essa patologia, apesar de todos os avanços científicos (BATISTA; MATTOS; SILVA; 2015).

São inúmeras as dificuldades apontadas pelos pacientes com CA em relação à assistência à saúde. O adoecimento pelo câncer é um processo com grandes obstáculos, sofrimento e gera a necessidade da efetividade das ações governamentais na prática, não apenas na teoria, e buscando continuamente estratégias de planejamento assistencial englobando todas as dimensões do paciente, desde as físicas às psicossociais e espirituais (SILVA, 2020).

1.1. MARCO TEÓRICO

O câncer é considerado um problema de saúde pública pela OMS e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países, devido seu alto índice de mortalidade, sendo uma doença altamente agressiva, assim como o seu tratamento; por isso traz consigo uma série de efeitos colaterais e complicações que deixam os pacientes frágeis, inclusive em relação às alterações emocionais, que muitas vezes é a razão pela desistência do tratamento (GOZZO et al., 2014; INCA, 2019).

Estudo realizado de 1996 a 2017 mostrou que as mortes por doenças cardiovasculares e câncer corresponderam a aproximadamente 50% de todas as mortes neste período. Em poucos anos, o CA será a principal causa de morte na população brasileira com idade entre 35 e 74 anos, evidenciando a necessidade de prevenção como prioridade, intensificando o controle dos principais fatores de risco, diagnóstico precoce e redução da incidência de novos tipos de câncer (MANSUR, 2021).

As modalidades terapêuticas mais empregadas são o tratamento cirúrgico, a quimioterapia e a radioterapia, no qual os pacientes podem ser submetidos a um único tipo de tratamento ou em associações. A escolha dependerá do quadro clínico do paciente e do estadiamento da doença e a eficácia depende do diagnóstico precoce e o início do tratamento mais breve possível (INCA, 2016; RIBEIRO, 2015).

Em apenas cinco anos, o gasto do Ministério da Saúde (MS) com tratamentos contra o CA cresceu 66%, saltando de R\$ 2,1 bilhões em 2010 para R\$ 3,5 bilhões em 2015,

incluindo os procedimentos como cirurgias oncológicas, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos. Neste período, o número de pacientes com CA atendidos na rede pública passou de 292 mil para 393 mil (CAMBRICOLI, 2016).

Em países com baixa e média renda, como o Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal centro de referência no tratamento de CA, sendo este uma referência mundial de assistência pública, promovendo acesso igualitário aos serviços prestados. Limitações importantes neste contexto podem piorar o prognóstico e reduzir a sobrevida, como: a dificuldade de acesso às consultas, tempo de espera em filas eletrônicas e leitos para internação. (FREITAS et al., 2019).

Enquanto que nos países desenvolvidos há uma predominância de cânceres associados ao processo de urbanização (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), enquanto os países de baixo e médio desenvolvimento os casos estão relacionados às infecções (colo do útero, estômago, esôfago e fígado) (INCA, 2017).

Em consequência dos altos índices de mortalidade, o diagnóstico de CA traz impactos significativos na vida do paciente nos níveis físicos e psíquicos, provocando sentimentos de fragilidades que alteram suas condições pessoais, profissionais e sociais (ALVES et al., 2016).

Nos últimos anos, inúmeras ações vêm sendo implantadas com objetivo de organizar os serviços oncológicos, formando redes regionais, regulação de acesso aos serviços desde a atenção primária até à alta complexidade, sendo dessa forma necessário o desenvolvimento de estudos que demonstrem a mudança do processo saúde-doença da população e seu reflexo no planejamento do cuidado na rede de atenção oncológica (FORMIGOSA, 2021).

A Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica no qual atribui ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos que devem ser inseridos na rede de atenção oncológica buscando garantir a qualidade e efetividade nos serviços, fornecendo um tratamento humanizado e integral o que proporciona controle do CA e diminuição na mortalidade do mesmo (SILVA; GIARDINETTO, 2012).

Estudo sugere a necessidade de aprofundamento das políticas públicas e estratégias que visam o trabalho de forma interdisciplinar, tornando o atendimento do paciente com câncer integral, com qualidade e humanização (VELOSO; SILVA, 2018).

A partir desta informação, é necessário explorar meios de tratamento e cura desta doença, destacando-se a cirurgia oncológica, considerada a especialidade vital para esta

função, devido sua capacidade de reduzir a mortalidade prematura por câncer (SILVA, 2016).

1.2. CIRURGIA ONCOLÓGICA

A partir das descobertas da ciência, o avanço nas técnicas de diagnóstico precoce e o surgimento de tratamentos eficazes permitiram a mudança do panorama da doença e elevaram os índices de sobrevivência de pacientes acometidos pelo câncer (BECK, 2017).

A descoberta de novos tratamentos a partir do século XX modificou a visão do CA como uma sentença de morte e com início das primeiras cirurgias, a partir da descoberta da anestesia, permitindo a retirada de tumores e abrindo caminhos para maiores possibilidades de cura (BECK, 2017).

A condição clínica do paciente, o tipo histológico e a extensão do tumor são fatores importantes para decisão terapêutica. Aproximadamente 40% dos doentes têm como indicação terapêutica ao diagnóstico a radioterapia e a quimioterapia com índices de cura menores que 10%; enquanto outros casos, onde existe a possibilidade de ressecção cirúrgica curativa, indicam sobrevivência superior a 70% (GIACOMELLI et al., 2017).

Estima-se que cerca de 80% de todos os pacientes com CA necessitarão de algum procedimento cirúrgico, seja para finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (ABRALE, 2021).

A cirurgia oncológica é considerada o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica, principalmente quando utilizada na fase inicial do CA, no qual poderá ser controlado e curado cirurgicamente (INCA, 2008).

A cirurgia é um processo complexo e crítico, que ocorre de forma súbita e imposta, provocando alterações profundas na vida e gerando implicações na saúde, bem-estar, e padrões em nível individual, familiar, social, além mudanças de papéis nas relações, nas identidades e capacidades físicas e emocionais. Ao ser informado sobre a necessidade de realizar um procedimento cirúrgico, o indivíduo passa por alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais que podem gerar danos à sua saúde (SAMPAIO et al., 2013; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

Todos os pacientes que irão realizar um procedimento cirúrgico, independente do grau de complexidade, passará por três momentos: o pré-operatório, que antecede a cirurgia; o intra-operatório ou a cirurgia propriamente dita; e o pós-operatório, após a cirurgia, e que

se estende ao domicílio; todos estes períodos compreendem o perioperatório (APECIH, 2009; SOBECC, 2013).

Historicamente, os serviços hospitalares realizam cuidados em saúde por meio de ações especializadas com foco à doença, no entanto, tornou-se necessário transformar o modo de cuidar e oferecer uma assistência humanizada que desenvolva a autonomia do paciente. No período perioperatório, essa situação fica ainda mais evidente, uma vez que o cuidado é focado predominantemente no procedimento cirúrgico, sendo pouco voltado à singularidade e integralidade, não contemplando as dimensões biopsicossociais e espirituais do paciente (WANDERBROOCK, 2018; MARAKAMI, 2012; SILVA, 2019).

O tratamento pode apresentar-se como uma ameaça ao destino e desencadear inúmeros sentimentos como, impotência, desânimo, temor e aflição e através destes desgastes físicos e emocionais, o paciente é tomado por sentimentos de raiva, medo, angústia. (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

1.3 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

O pré-operatório é o período que se inicia 24 horas antes da cirurgia até a entrada do paciente ao centro cirúrgico, sendo que o trabalho da equipe de saúde nesse momento deve estar voltado, tanto para os cuidados pré-operatórios, como para os do intra-operatório (SILVA, 2019).

Durante todo esse período, o paciente sente-se apreensivo, pensando sobre o procedimento cirúrgico, a anestesia e sua recuperação após a intervenção, apresentando frequentemente sentimentos de medo e insegurança. Tal situação, portanto, torna o período perioperatório estressante para o paciente, podendo desencadear reações fisiológicas/psíquicas/sociais/espirituais que comprometem sua recuperação (GONÇALVES, 2016).

O período pré-operatório em especial, pode ser um momento difícil para o paciente que na maioria das vezes encontra-se hospitalizado, rodeado de pessoas estranhas, submetendo-se a procedimentos invasivos, fatores que podem abalar profundamente o estado emocional e gerar impactos fisiológicos como o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória (SANTOS, 2007).

O CA carrega em si um enorme estigma, gerando preocupações acerca da integridade física, relacionamentos pessoais e sociais, além do impacto econômico do indivíduo,

portanto todos estes fatores influenciam de maneira significativa no procedimento anestésico cirúrgico e na própria recuperação do paciente, fazendo necessário oferecer assistência multidisciplinar que identifique as necessidades acerca do estado emocional do paciente com o intuito de amenizar as possíveis complicações e tornando a experiência menos traumática (SANTOS, 2007).

No paciente com CA que será submetido à cirurgia, é possível observar na maioria das circunstâncias, que os mesmos não estão preparados para lidar com o processo cirúrgico e as transformações provocadas em seu organismo e, conseqüentemente, em sua vida (MELLO et al.,2010).

O CA gera uma situação particular nas quais suas necessidades básicas são afetadas e sua segurança emocional comprometida, seja pelo medo do desconhecido, mudança na rotina normal, as alterações diretas no seu autoconceito e autoimagem, e quando se encontra frente ao procedimento cirúrgico deflagrar-se sentimentos conflitantes como angústia, medo, estresse e ansiedade independente dos procedimentos anestésicos cirúrgicos ao qual serão submetidos (SILVA, 1997; SANTOS, 2007).

Os procedimentos cirúrgicos possuem riscos e podem causar incapacidade e/ou alteração da imagem corporal, gerando desequilíbrios emocionais e vulnerabilidade emocional que podem prejudicar inclusive a recuperação pós-operatória (DAIAN; PETROIANU; JEUNON, 2012; CHISTÓFORO; ZAGONEL; CARVALHO, 2006)

Dessa forma, é essencial que durante este período, a assistência em saúde inclua o preparo psicológico, através do desenvolvimento de estratégias que visem minimizar os estados emocionais, reduzindo o risco de desequilíbrios emocionais e psicossociais (SANTOS ET AL., 2014; BARBOSA; TERRA; CARVALHO; 2014).

Pacientes com CA necessitam de atenção à saúde pautado na humanização, singularidade e na interdisciplinaridade, com objetivo de melhorar a QV dos doentes e seus familiares, através do controle de sintomas e identificação precoce de complicações, em todas as dimensões humanas (COFEN, 2016).

Mudanças têm ocorrido nos cuidados prestados a estes pacientes, passando de uma abordagem focada na doença para uma abordagem integral promovendo atenção aos aspectos psicossociais, QV, direitos, empoderamento e sobrevivência, neste contexto, evidenciou-se também o efeito protetor que a espiritualidade gera, reforçando sua posição como um componente essencial para a prática holística, impactando significativamente na saúde (CHAAR et al., 2018).

Nesse modelo de assistência, as habilidades de uma equipe multidisciplinar devem considerar o cuidado além da técnica, a capacidade de estabelecer um vínculo comunicativo, respeitando a particularidade das necessidades do paciente e seus familiares (ARAÚJO et al., 2020).

Em busca do planejamento de intervenções de assistência integral à saúde surgem estudos sobre a espiritualidade e religiosidade nos serviços de saúde oncológico, visto que estes têm gerado contribuições, devido sua capacidade de cuidar dos indivíduos de forma integral, e ser uma forma potencial de prevenção de doenças e melhora da qualidade da assistência em saúde (GEORGE, 2013).

O medo relacionado ao procedimento cirúrgico é inevitável e a espiritualidade tem se tornado um recurso importante para amenizar esse sentimento, proporcionando força e capacidade de enfrentamento do processo de adoecimento. (ROCHA; SOUZA; ARRIEIRA; 2020)

A espiritualidade se torna uma forma de enfrentamento e pode ressignificar o processo de cura-doença, maior QV, alívio da angústia e esperança diante do processo de adoecimento (SORATTO ET AL., 2016).

Em vista dessa realizada, a espiritualidade deve fazer parte do plano de cuidados, pois contribui de forma significativa no tratamento e dependendo do modo como essa abordagem é realizada, os pacientes se sentem confortáveis em conversar sobre esse aspecto da vida (ROCHA; SOUZA; ARRIEIRA, 2020).

1.4 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DO PACIENTE COM CÂNCER

Os termos “religiosidade” e “espiritualidade” são frequentemente utilizados como sinônimos e embora estejam intimamente relacionados, possuem significados diferentes.

A espiritualidade segundo o *National Cancer Institute* (2006) é definida como “sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e concepções sobre o significado e o propósito da vida”.

O termo “espiritualidade” deriva de *spiritus*, ou seja, espírito, que designa o que se encontra dentro do corpo e a força da vida, esta definição remete-se para o componente da vida que não se vê e encontra-se além da matéria e designa o elemento que confere “[...] sentido, conexão, integridade e esperança” (CASTRO, 2008).

A espiritualidade também pode ser explanada como as convicções não materiais e todas as emoções do indivíduo, viver transcende ao material, existindo algo mais do que se consegue perceber ou compreender conduzindo, deste modo, ao significado e sentido de vida (CASTRO, 2008).

Espiritualidade é uma dimensão da personalidade, que procura a atribuição de significados através de relações que transcendem o próprio indivíduo e está relacionada com suas conexões intra, inter e transpessoais (DELGADO-GUAY, 2014).

Puchalski (2012) conceitua a espiritualidade no modo como as pessoas encontram sentido ou propósito, e como experienciam a conexão com si mesmo, com os outros, com o relevante ou com o sagrado, sendo vista como uma característica universal humana e a compreensão da relação do Eu com o transcendente, expresso através de atitudes, hábitos e práticas.

Por sua vez, Bai et al. (p. 390, 2018) definem espiritualidade como a “[...] busca pessoal de significado e propósito na vida, uma conexão com uma dimensão transcendente da existência e as experiências e sentimentos associados a essa busca e essa conexão”.

A espiritualidade faz bem à mente e ao corpo, tornando-se equilíbrio existencial para o homem que crê na sua existência como desejo de uma divindade (BARBOSA; FRANÇA, 2019).

Já a religião pode ser definida como a forma com que o indivíduo segue as suas crenças e filosofias, conectando-se ao sagrado. Independentemente do tipo de religião, quem busca a religiosidade se sente mais esperançoso, confiante e menos estressado, promovendo melhor recuperação de doenças (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010)

A religião é um instrumento no qual o ser humano expressa e conceitua a espiritualidade, através de práticas e comportamentos fundamentadas em uma religião particular (DELGADO-GUAY, 2014).

Crenças e práticas religiosas geram emoções positivas no sujeito e por isso tais aspectos devem ser compreendidos, valorizados e considerados para um cuidado de saúde individualizado e singular (SOUSA et al., 2017).

A religiosidade envolve um conjunto de crenças, linguagem e práticas dogmáticas que se alicerçam em uma tradição, com símbolos, rituais, cerimônias e explicações próprias acerca da vida e da morte. Enquanto a espiritualidade é universal e não se limita a práticas religiosas, envolve valores pessoais e íntimos, constituindo-se naquilo que impulsiona a vida

promovendo crescimento pessoal e a ressignificando as experiências de vida (SAMPAIO; SIQUEIRA, 2016).

A espiritualidade e a religiosidade são importantes recursos utilizados no enfrentamento do câncer em todo o mundo, embora sejam pouco exploradas nas diferentes culturas. Estudos evidenciam que a dimensão espiritual de pessoas com CA deve ser incluída nas intervenções de saúde, visto que parece estar relacionada a um maior crescimento existencial, adaptação à doença, bem-estar funcional e QV (NEJAT, 2019; CHENG, 2019; PAREDES, 2019).

Com a expansão do modelo de assistência em saúde, as dimensões biopsicossocioespirituais tem ganhado força nos serviços de saúde, ao compreender que o alívio do sofrimento não se limita apenas ao físico, mas se estende ao mental e espiritual. Em busca de incluir essa dimensão, a Associação Americana de Faculdades de Medicina junto a OMS propõe a inclusão da espiritualidade na prática médica e na educação dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2018).

O termo espiritualidade tem sido debatido no meio científico, voltado para crenças pessoais, automotivação, propósito de vida e relacionamentos pessoais, sem depender de rituais, símbolos ou outras práticas, no qual as pessoas podem unir-se pela ideologia e percepções em comum, sem a formação de uma rede organizada em hierarquias, enquanto a religiosidade é uma manifestação da espiritualidade e ambas podem ser abordadas na assistência como na dimensão de cuidado do paciente (GONÇALVES, 2018; GILLILAN et al., 2017; PUCHALSKI et al., 2014)

Nos últimos anos, houve um crescimento por parte dos seres humanos na integração de corpo, mente e espírito para o alcance de níveis cada vez mais elevados de QV. Portanto, fortalecendo a necessidade de incluir a dimensão espiritual como um cuidado em saúde. Entretanto, devido às concepções de espiritualidade e religiosidade serem constantemente tratadas como sinônimos e à fragilidade na capacitação de profissionais de saúde para incluir a espiritualidade nas práticas em saúde, tal aspecto ainda é pouco considerado no cuidado (EVANGELISTA, 2016; SILVA, 2018).

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association (Nanda)*, as necessidades espirituais significam “a necessidade de encontrar um sentido para a vida no momento da doença e do sofrimento; a necessidade de confirmar a relação consigo mesmo, com os outros, com Deus, com a natureza, a necessidade de realizar valores supremos como esperança, empatia, fé, paz, confiança, coragem e amor” (HERDMAN, 2014).

Na dimensão espiritual, os sintomas estão relacionados à falta de esperança e perda de sentido; dessa forma, esclarecer o sentido da vida é fundamental para o paciente e melhora da QV, integrando o melhor bem-estar espiritual, psicológico, ajuste mental e sensações de satisfação com a vida, favorecendo um melhor equilíbrio emocional diante da enfermidade (MONCAYO; BREITBART, 2013).

A espiritualidade e a religiosidade demarcam seu papel no ser humano como estratégia de resiliência utilizada diante das adversidades impostas pelo adoecimento, podendo ressignificar o sentido da vida e despertar para atitudes otimistas e superação (FRANKL, 2016).

Ao receber o diagnóstico de câncer, a pessoa sente-se sentenciada à morte e ao sofrimento, gerando muitos sentimentos que permeiam ao defrontar-se com esta doença, como impotência, desesperança e medo, transformam-se em sofrimento de um futuro incerto. Nesses casos, a dimensão espiritual oportuniza o desenvolvimento da esperança, como um propósito e sentido para a vida, e um olhar positivo para sua vivência (PRADO, 2020).

Casos clínicos onde possibilidades terapêuticas de cura biológica ou psicológica já foram exploradas e esgotadas, ainda sim existe a possibilidade e necessidade de resolução de questões existenciais de cunho espiritual, permeando à integralidade e alternativas de cuidado psicológico que abordem esta dimensão do ser, tornam-se fundamentais no tratamento do paciente com CA em todos os estágios da doença (MEDEIROS, 2019.; VASCONCELOS; AQUINO, 2015).

O ato de cuidar inclui o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos baseados em conhecimentos científicos, experiências e pensamento crítico com intuito de promoção, manutenção ou recuperação da saúde e visa garantir o bem-estar físico e emocional e dever ser baseado numa relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento entre o profissional e o ser cuidado (SANTOS, 2017; FERNANDES et al., 2013).

O papel do profissional não implica em envolver crenças ou incentivar mudanças de visão, mas em escutar, entender, promover potencialidades e possibilitar um cenário menos adverso para a recuperação do paciente, proporcionando o fortalecimento, tanto do indivíduo, como da sua família, visto que a espiritualidade está ligada positivamente aos indicadores de bem-estar psicológico e, fisiologicamente, diminui o estresse e seus impactos (OLIVEIRA, 2013).

Humanizar a assistência em clínica cirúrgica é um desafio, entretanto, possível e essencial na prática da profissão, uma vez que o paciente demanda de uma atenção biopsicossocioespíritual e cuidado holístico, para assim suprir suas necessidades, que refletirá diretamente em seu processo de recuperação e bem-estar (BENDIN et al., 2005).

Estar ciente dos aspetos espírituais e religiosos do paciente, nos contextos de saúde e de doença, significa compreender as suas percepções mais profundas, relacionadas com a sua forma de ser e estar no mundo, permitindo ao profissional de saúde uma visão e entendimento mais amplo das necessidades do ser doente (COSTA et al., 2019).

A espíritualidade e a religiosidade relacionam-se ao CA por ser uma forma estratégica de enfrentamento à doença, visto que o próprio paciente poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença e buscar na espíritualidade uma forma de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento (GUERRERO, et al.,2011).

A espíritualidade e religiosidade são dimensões valorizadas em diversas culturas e atualmente existe uma crescente valorização destas perspectivas e sua influência no processo de saúde-doença. Estudos destacam essas dimensões como uma fonte de força, conforto e esperança em tempos de dificuldades, e, portanto, a necessidade de incluí-las para uma abordagem mais holística da saúde e bem-estar (PANZINI et al. 2011.; MALONE; DADSWELL, 2018).

Acredita-se que, a partir destas dimensões, os serviços de saúde valorizem os pacientes considerando seu contexto biopsicossocioespíritual e contribua para o processo de humanização da saúde.

O processo de adoecimento causa sofrimento e transformações, onde os valores espírituais colaboram com a construção de um alicerce para vencer o sofrimento e a dor, atuando como instrumento de força para enfrentar todo o processo de tratamento do câncer, pois quando o paciente já não tem forças para lutar, a fé é primordial para a continuidade do tratamento (SORATTO, 2016).

A espíritualidade age como meio de contribuição na adesão ao tratamento, enfrentamento dos problemas de saúde, redução do estresse e ansiedade de pacientes com CA (FORNAZARI, 2010).

O apego à espíritualidade e à religiosidade influenciam positivamente na saúde biopsicossocial do paciente com câncer, podendo melhorar sua QV, bem-estar, vitalidade, redução do estresse e a percepção de ameaça à vida. Observa-se que pacientes dotados de

espiritualidade e religiosidade podem apresentar maior aceitação do tratamento, impacto da dor e fadiga, maior esperança e positividade (FERREIRA et al., 2020).

Um estudo de meta-análise realizado por Xing et al. (2018) avaliou os efeitos da espiritualidade em pacientes com câncer e concluiu que ela é uma dimensão capaz de melhorar a QV.

Os pacientes em tratamento oncológico podem apresentar redução na QV, devido aos problemas psicológicos, dor, pensamentos sobre morte, abandono e alterações na autoestima, visto que, questões como o medo do diagnóstico e da cirurgia, os efeitos do tratamento, o enfrentamento da possibilidade do reaparecimento do CA e a morte afetam o cotidiano do mesmo, devido essa questão, é importante acompanhar a QV desses pacientes e buscar medidas que possam amenizar as consequências psicológicas, físicas, sociais e espirituais desse momento (GOMES et al., 2019).

Apesar dos avanços no tratamento do CA, a prevalência de sintomas físicos e emocionais ainda é elevada e pode afetar a QV desses pacientes, portanto a equipe multiprofissional deve estar atenta a essas manifestações e desenvolver estratégias de saúde a fim de reduzir estes sintomas e melhorar a qualidade da assistência prestada (SALVETTI et al., 2020).

A promoção de uma assistência integral de qualidade exige que as necessidades biopsicossociais e espirituais destes pacientes sejam atendidas, e diante deste ponto, os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para oferecer cuidado integral e humanizado, visando para além da cura, a QV do indivíduo (LEITE et al., 2015).

A relação do homem com a espiritualidade e religiosidade está intimamente ligada à saúde, bem-estar e QV, visto que este relacionamento influencia de forma positiva na forma como as pessoas enfrentam os desafios da vida, principalmente questões relacionadas a problemas de saúde, podendo colaborar inclusive com a forma em que lida com essa experiência e colaborando com a sua recuperação física e mental (MALONE, 2018).

O paciente com CA deve ser compreendido em sua totalidade e seus aspectos espirituais e religiosos devem ser considerados, para que ele seja respeitado em sua singularidade bem como em suas crenças e valores (FORNAZARI, 2010).

A dimensão espiritual no período pré-operatório deve ser valorizada, seja de forma isolada ou ligada à religiosidade, pois auxilia os pacientes a adquirir um significado à doença, à dor e ao sofrimento, exercendo influência significativa sobre a vida da pessoa adoecida e daquelas com as quais ela compartilha esse momento (BARROS, 2018).

O tratamento oncológico retira o indivíduo do seu contexto social e hábitos de vida, gerando perda da autonomia. Na medida em que o paciente é atendido em suas necessidades biopsicossociais e espirituais, cria-se uma relação de confiança e a equipe de saúde torna-se elemento facilitador que colabora com o resgate do verdadeiro sentido de cuidar dos indivíduos em sua totalidade (BRANDI; CAVASINI, 2013).

O câncer ameaça o sentido de integridade, mesmo quando os sintomas físicos se tornam menos preocupantes, as questões espirituais, surgidas no processo da doença permanecem, fortalecendo a necessidade dos serviços e profissionais de saúde estarem cientes de quão fortes são as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes, reconhecendo que a atuação nesse campo integram e humanizam o cuidado e geram maior satisfação nos pacientes, família e cuidadores (VIDAL, 2018).

É fundamental a melhoria da comunicação equipe-paciente-família, com objetivo de desenvolver intervenções adequadas centradas nas necessidades do paciente (SANTOS, 2017).

E necessário proporcionar e desenvolver um cuidado humanizado e integral ao paciente e seus familiares, levando em consideração todas as suas dimensões, visto que participam do processo saúde-doença, o qual é complexo e singular (REGINATO, BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

O valor que os pacientes atribuem à sua dimensão espiritual e como gostariam de receber apoio nessa perspectiva, demonstra a importância desse aspecto na construção de um plano terapêutico e de cuidados (FREIRE et al., 2017).

Conhecer a espiritualidade do paciente e a influência na sua vida é um ato de humanização e auxilia na captação das reais necessidades e anseios contribuindo para a melhora do quadro clínico (FREIRE, 2017).

Em busca de preencher as lacunas referentes à assistência em saúde e ao paciente, estudos incentivam incorporação de novas evidências, a fim de fortalecer a necessidade de gerar novos protocolos assistenciais que considerem dimensões do ser humano, que até então são negligenciadas na atenção à saúde, como a espiritualidade e religiosidade (BEZERRA, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

Sendo o câncer considerado um problema de saúde pública e o impacto da hospitalização e intervenções cirúrgicas no bem-estar biopsicossocial e espiritual dos indivíduos, justifica-se este estudo devido à necessidade de pesquisas que busquem aprofundar a compreensão sobre o papel da espiritualidade e religiosidade, a fim de desenvolver ferramentas para triagem, avaliação e intervenções em saúde, ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática e implementar a espiritualidade como uma dimensão ao cuidado em saúde do paciente com CA.

Desta forma, o presente estudo pretende investigar na literatura, como a espiritualidade e a religiosidade têm sido abordadas no cuidado pré-operatório de pacientes com câncer, analisando tais resultados criticamente a fim de obter informações relevantes que possam contribuir para uma assistência integrada e humanizada.

3 OBJETIVO

Para o presente estudo foram levantados os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências científicas sobre espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a produção científica nacional e internacional quanto às características metodológicas;

Categorizar a produção científica quanto aos aspectos relacionados à espiritualidade e a religiosidade no cuidado em saúde aos pacientes com câncer no período pré-operatório.

4 MÉTODO

Para responder às questões norteadoras e os objetivos do presente estudo foi utilizando o seguinte método:

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa (RI) da literatura. O propósito deste método de pesquisa é obter entendimento de um determinado fenômeno baseado em estudos anteriores, seguindo padrões de rigor metodológico e clareza dos resultados (BROOME, 2000; BEYA, 1998).

Este método reúne, avalia de forma crítica e sintetiza de maneira sistemática os resultados de múltiplos estudos sobre um tema específico, dessa forma, contribui para aprofundamento do conhecimento acerca da questão investigada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O revisor/pesquisador pode elaborar uma RI com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE, 2014).

Este estudo permite realizar uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos, resultados e a reflexões sobre a realização de futuros estudos (BROOME, 2000; BEYA, 1998).

Por meio da combinação de dados da literatura, permite a definir conceitos, identificar lacunas nas áreas de estudos, revisar teorias e metodologias, pois a partir da combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na RI amplia possibilidades de análise da literatura (UNESP, 2015).

Portanto permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre determinado tema ou questão de pesquisa de forma sistemática e ordenada, e denominada integrativa porque fornece amplas informações sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE, 2014).

É importante seguir um método específico a fim de evitar vieses e conduzir uma revisão integrativa relevante. Diante disso, percorreu-se as seis etapas preconizadas para a realização de um RI, a saber: 1) selecionar a hipótese ou questão norteadora; 2) estabelecer os critérios para a amostragem (critérios de inclusão e exclusão); 3) definir as informações

a serem extraídas dos estudos (categorização); 4) analisar os estudos incluídos na revisão; 5) interpretar os resultados; e 6) apresentar a revisão ou síntese do conhecimento (GANONG, 1987; BEYEA; NICOLL, 1998; MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

4.2 PROCEDIMENTO PARA A SELEÇÃO DOS ARTIGOS

4.2.1 Questão norteadora do estudo

Para norteio da presente RI foi elaborada estratégia *Population, Variables and Outcomes* (PVO), acrônimo para as palavras População, Variável e Desfecho (*outcomes*), os quais são elementos fundamentais para questão da pesquisa. Desse modo, foi elaborada a seguinte pergunta: “Qual é o conhecimento científico já produzido, relacionado à espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório?”.

A estratégia PVO está representada no quadro abaixo.

Quadro 1- Estratégia PVO. Uberaba, Minas Gerais, 2021

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Paciente com câncer no período pré-operatório
V	Variável	Espiritualidade e Religiosidade
O	Desfecho	A espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

4.2.2 Critérios para a seleção da amostra

Para a seleção da amostra foi realizada uma busca na literatura de forma minuciosa seguindo o rigor da metodologia aplicada, garantindo assim a qualidade do estudo. Para o levantamento bibliográfico foram incluídas as seguintes fontes de dados eletrônicas *US National Library of Medicine National Institutes Database Search of Health* (Medline/PubMed®), *Web Of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane*, *Embase*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A conexão foi realizada através do acesso remoto ao conteúdo assinado do Portal de Periódicos da CAPES disponível para instituição de pesquisa, através do site <<http://www.capes.gov.br>>; entrando nos seguintes links “Acesso CAFe”, digitado e selecionado a instituição, realizado *login* e realizado a busca nas fontes de dados citadas acima.

A seleção dos termos/descriptores de busca foi adaptada conforme as ferramentas de busca de cada fonte de dados. Desta forma, utilizou-se termos *Medical Subjects Headings* (MeSH) para busca na PubMed, *Web of Science* e *Cochrane*; *Emtree* para *Embase*; *Cinahl Headings* para CINAHL; e os termos dos-Descriptores em Ciências da Saúde (DeCS) para LILACS e BVS.

Os termos utilizados como descritores da estratégia de busca foram: *espiritualidade*, *religião*, *neoplasia* e *período pré-operatório*.

Os termos foram isolados, analisados e combinados com o auxílio dos operadores booleanos “AND” entre os descritores e “OR” entre seus sinônimos e código(s) hierárquico(s). Ressalta-se que nem todos os descritores foram utilizados em todas as fontes de dados devido à divergência de nomenclatura. Toda a estratégia de busca foi realizada com apoio da bibliotecária local.

Quadro 2 - Descritores de acordo com as fontes Pubmed, *Web Of Science*, CINAHL, *Cochrane*, *Embase*, LILACS e BVS. Uberaba, Minas Gerais, 2021

Fonte de dados	MeSH/ DeCS	MeSH/ DeCS	MeSH/ DeCS
Pubmed	Spirituality / Spiritualities / Religion / Religions / Religious Beliefs / Beliefs, Religious / Religious Belief / Religious Ethics / Ethic, Religious / Prayer / Prayers.	Neoplasms / Neoplasia / Neoplasias / Neoplasm Tumors / Tumor Cancer / Cancers / Malignancy Malignancies / Malignant Neoplasms / Malignant Neoplasm / Neoplasm, Malignant / Neoplasms, Malignant / Benign Neoplasms / Neoplasms, Benign / Benign Neoplasm / Neoplasm, Benign.	Preoperative Period / Period, Preoperative.
Web Of Science	Spirituality / Spiritualities / Religion / Religions / Religious Beliefs / Beliefs, Religious / Religious Belief / Religious Ethics / Ethic, Religious / Prayer / Prayers.	Neoplasms / Neoplasia / Neoplasias / Neoplasm/ Tumors / Tumor / Cancer / Cancers / Malignancy / Malignancies / Malignant Neoplasms / Malignant Neoplasm /	Preoperative Period / Period, Preoperative.

		Neoplasm, Malignant /Neoplasms, Malignant/ Benign Neoplasms / Neoplasms, Benign/ Benign Neoplasm/ Neoplasm, Benign.	
CINAHL	Spirituality / Spiritualities / Religion Religions / Religious Beliefs / Beliefs, Religious / Religious Belief / Religious Ethics / Ethic, Religious / Prayer / Prayers.	Neoplasms / Neoplasia / Neoplasias / Neoplasm / Tumors / Tumor / Cancer / Cancers / Malignancy/ Malignancies / Malignant Neoplasms / Malignant Neoplasm / Neoplasm, Malignant / Neoplasms, Malignant/ Benign Neoplasms / Neoplasms, Benign / Benign Neoplasm / Neoplasm, Benign.	Preoperative Period / Period, Preoperative.
Cochrane	Spirituality / Religion.	Neoplasms.	Preoperative Period.
Embase	Religion church / prayer religion / medicine religion / psychology / religion and science / religion and sex / religious belief / religious scruple / spirituality.	neoplasm / acral tumor / acral tumour / embryonal / mixed neoplasms / germ cell / embryonal / neoplasms / glandular / epithelial neoplasms/ hormone-dependent / neoplasms / neoplasia / neoplasms / neoplasms by / histologic type / neoplasms, cystic, mucinous, / serous neoplasms / embryonal and mixed neoplasms, germ cell and embryonal neoplasms / glandular and epithelial neoplasms / hormone-dependent neoplasms, post-traumatic / neoplastic disease / neoplastic entity / neoplastic mass post-traumatic neoplasms / tumor / tumoral entity / tumoral mass / tumorous entity / tumorous mass / tumour / tumoural entit / tumoural mass / tumorous entity / tumorous mass.	'preoperative / period'/exp.
LILACS	Espiritualidade / Spirituality / Spiritualities / Espiritualidad / Religião / Orador / Crenças Religiosas / Oração / Ética Religiosa / Religion Beliefs / Religious Ethic, / Religious Prayer / Prayers Religions / Religious Belief / Religious Beliefs / Religious Ethics / Religi6n / Creencias Religiosas.	Neoplasias / Câncer / Neoplasia / Neoplasia Benigna / Neoplasia Maligna / Neoplasias Malignas / Neoplasmas Tumor / Tumor Maligno / Tumores / Tumores Malignos / Neoplasms Benign / Neoplasm Benign / Neoplasms Cancer / Cancers / Malignancies / Malignancy / Malignant / Neoplasm / Malignant / Neoplasms /	Período pré-operatório/ Preoperative Period / Period, Preoperative / Periodo Preoperatorio.

		Neoplasia / Neoplasias / Neoplasm / Neoplasm, Benign / Neoplasm Malignant / Neoplasms, Benign / Neoplasms, Malignant / Tumors / Câncer / Neoplasma.	
BVS	Espiritualidade / Spirituality / Spiritualities / Espiritualidad / Religião / Orador / Crenças Religiosas / Oração / Ética Religiosa / Religion Beliefs / Religious Ethic / Religious Prayer / Prayers Religions / Religious Belief / Religious Beliefs / Religious Ethics / Religi3n / Creencias Religiosas.	Neoplasias / Câncer / Neoplasia / Neoplasia Benigna / Neoplasia Maligna / Neoplasias Malignas / Neoplasmas / Tumor / Tumor Maligno / Tumores / Tumores Malignos / Neoplasms Benign / Neoplasm Benign / Neoplasms / Cancer / Cancers / Malignancies / Malignancy / Malignant Neoplasm / Malignant / Neoplasms / Neoplasia / Neoplasias / Neoplasm / Neoplasm, Benign / Neoplasm / Malignant / Neoplasms, Benign / Neoplasms / Malignant / Tumors / Neoplasma.	Período pré-operatório / Preoperative Period / Period, Preoperative / Período Preoperatorio.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

Foi estabelecido para esta RI, os seguintes critérios de inclusão: artigos que retratassem a espiritualidade e a religiosidade no cuidado assistencial ao paciente com câncer no período pré-operatório; publicados no período de 2011 a 2021; em português, inglês e espanhol; e com resumos disponíveis.

Para a exclusão, os critérios utilizados foram: artigos de revisão narrativa ou revisão tradicional de literatura; editorial; carta resposta; livros, dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso.

Os estudos levantados em cada fonte de dados foram importados para o *software Endnote* para gerenciamentos das bibliografias e organização em grupos conforme bases de dados e assuntos.

Em seguida, foram exportados para a plataforma *Rayyan*, ferramenta utilizada para organização e auxílio de pesquisas de revisão sistemática, no qual foi realizada a exclusão de duplicadas, a leitura dos títulos e resumos e a decisão de inclusão dos estudos, classificando-os como incluído, excluído, indeciso e talvez.

Para análise e seleção do artigo, reduzindo o risco de viés, dois pesquisadores realizaram análise e julgamento dos estudos, de forma independente, baseado nos itens das ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (AROMATIS, 2020; POLMANN, 2019).

Os estudos que demonstraram conflito foram selecionados por um terceiro pesquisador. Após esse procedimento, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos e foram selecionados para o presente estudo.

4.2.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos (categorização)

Para extração das informações do estudo, utilizou-se os itens 1 e 3 de instrumento de Nicolussi (2008), contendo os seguintes itens: identificação da fonte de dados, título, periódico/volume/número/ano, autores, formação e afiliação do autor principal, país, idioma, tipo de publicação quanto ao delineamento de pesquisa, objetivos, população/amostra, tratamento de dados/análise estatística, intervenções (se houveram), resultados, conclusões e nível de evidência (ANEXO A).

A análise do nível de evidência foi classificada em sete níveis, sendo elas: 1- Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC; 2- evidências de pelo menos um ECRC; 3- ensaios clínicos bem delineados sem aleatorização; 4- evidências oriundas de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; 5- RS de estudos descritivos ou qualitativos; 6- evidências provenientes de único estudo descritivo ou qualitativo; e 7- opinião de autoridades e/ou parecer de comitê de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2018).

4.2.4 Análise os estudos incluídos na revisão

Nesta etapa foi realizada a análise e categorização dos estudos por meio da Análise Temática (MINAYO, 2017), correspondendo as três etapas propostas: pré-análise, evidenciada pela leitura flutuante das evidências; organização das informações convergentes e exploração do material, com agrupamento das confluências; e tratamento dos dados, elencando-se as possíveis categorias.

4.2.5 Interpretação dos resultados

Nesta etapa foi realizada a interpretação dos resultados.

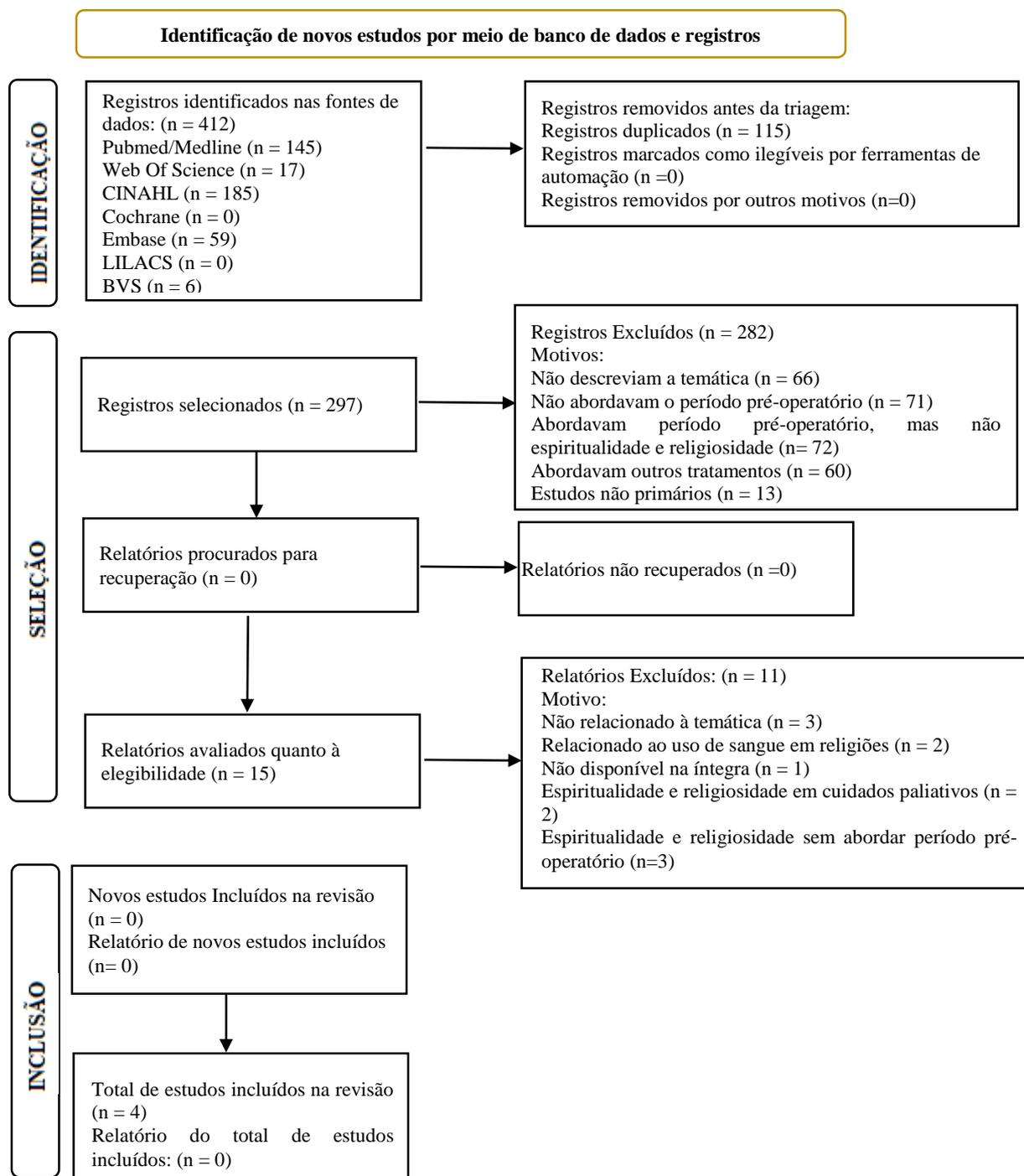
4.2.6 Apresentação da revisão ou síntese do conhecimento

Na última etapa, foi apresentada a síntese do conhecimento.

5 RESULTADOS

Para a elaboração da RI, foram identificados, a priori, 412 estudos. No entanto, após exclusão de artigos duplicados e leitura minuciosa dos títulos, resumos e análise na íntegra, quatro compuseram a amostra final. O processo de seleção encontra-se sintetizado, baseado no fluxograma do *Transparent Reporting Of Systematic Reviews And Meta-Analyzes (PRISMA)* apresentado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado conforme a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Minas Gerais, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pelas Autoras, 2022

Após a aplicação dos critérios de inclusão e leitura dos títulos e resumos, foram 15 estudos lidos na integralidade, dentre eles, foram excluídos 11 por não atenderem a pergunta de pesquisa, restando quatro estudos.

Cada referência recebeu um código com uma sequência alfanumérica (A1, A2, A3 e A4), em ordem crescente do ano de publicação, com o objetivo de facilitar a identificação. O quadro 3 apresenta os estudos incluídos nesta RI de acordo com título, autores, ano e país de publicação.

Quadro 3- Distribuição dos estudos selecionados segundo código do artigo, título, autores, ano e país. Minas Gerais, Brasil, 2022

Código	Título	Autores	Ano	País
A1	The Role of Religion and Spirituality in Psychological Distress Prior to Surgery for Urologic Cancer	Kelly Biegler, Lorenzo Cohen , Shellie Scott, Katherine Hitzhusen , Patricia Parker, Chelsea D. Gilts, Andrea Canada and Louis Pisters	2012	Estados Unidos
A2	Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study	Ji-Eun Jang,Sung-Wan Kim,Seon-Young Kim,Jae-Min Kim,Min-Ho Park,Jung-Han Yoon,Hee-Young Shin,Hee-Ju Kang,Kyung-Yeol Bae,Il-Seon Shin,Jin-Sang Yoon	2012	Coreia
A3	Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing	Marina Soares Mota; Giovana Calcagno Gomes; Vilma Madalosso Petuco; Rita Maria Heck; Edaiane Joana Lima Barros; Vera Lúcia de Oliveira Gomes	2015	Brasil
A4	The religious/spiritual beliefs and needs of cancer survivors who underwent cancer-directed surgery.	Palmer Kelly, Elizabeth; Paredes, Anghela Z; DiFilippo, Stephanie; Hyer, Madison; Tsilimigras, Diamantis I; Rice, Daniel; Bae, Junu; Pawlik, Timothy M.	2020	Estados Unidos

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

Observa-se que dois (50,0%) estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, e um (25,0%) no Brasil e um (25%) na Coreia. Quanto ao ano, foram publicados dois (50,0%) em 2012, e um (25,0%) em 2015 e 2020 cada.

O quadro 4 mostra as informações quanto à fonte de dados, revista, idioma, delineamento e nível de evidência. Todos os artigos foram publicados em revistas conhecidas internacionalmente, no idioma inglês e considerados com nível 6 de evidência – provenientes de estudo descritivo ou qualitativo.

Quadro 4 - Distribuição dos estudos selecionados segundo fonte de dados, revista, idioma, delineamento e nível de evidência. Minas Gerais, Brasil, 2022

Código	Fonte de Dados	Revista	Idioma	Delineamento	Nível de Evidência
A1	<i>Embase</i>	Integrative Cancer Therapies.	Inglês	Exploratório, quantitativo	Nível 6
A2	Pubmed	Journal Psycho-Oncology	Inglês	Quantitativo, Descritivo.	Nível 6
A3	CINAHL	Revista Escola de Enfermagem da USP	Inglês	Descritivo, qualitativo	Nível 6
A4	Pubmed	Palliat Support Care	Inglês	Transversal	Nível 6

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

O quadro 5 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na amostra da presente pesquisa com relação à amostra, objetivos, resultados e conclusões.

Quadro 5- Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo amostra, objetivos, resultados e conclusões. Minas Gerais, Brasil, 2022

Código	Amostra	Objetivo	Resultados	Conclusões
A1	115 homens agendados para cirurgia de câncer urológico	Examinar as associações entre religião e espiritualidade, sofrimento pré-cirúrgico e outros fatores psicossociais, como enfrentamento	A religião e a espiritualidade foram positivamente associadas ao enfrentamento do engajamento. Elas ponderaram a associação entre enfrentamento do engajamento e escores de angústia, de modo que a associação entre enfrentamento do engajamento e angústia não foi	Embora a espiritualidade e religiosidade tenham sido associadas ao enfrentamento do engajamento, não foram associadas a nenhuma das medidas de sofrimento.

		do engajamento, enfrentamento evitativo e suporte social.	significativa para homens com maior crença religiosa. A espiritualidade e religiosidade moderaram a associação entre suporte social e sofrimento/ angústia. Houve uma associação inversa entre o apoio social e os escores de estresse percebido e estado de humor, significativa apenas para os homens que pontuaram alto em espiritualidade e religiosidade.	Percebeu-se que a associação entre espiritualidade e religiosidade, estilo de enfrentamento, suporte social e ajustamento a situações de vida estressantes não é simplista, e associações indiretas devem ser exploradas.
A2	284 mulheres com câncer de mama para tratamento cirúrgico participaram com cinco dias no pré-operatório e após um ano da cirurgia.	Investigar a associação entre religiosidade e depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.	Os grupos religiosos não diferiram significativamente em relação à prevalência de depressão ou pontuações em medidas psiquiátricas no pré-operatório (baseline) ou após um ano. A prevalência de depressão diminuiu significativamente apenas no grupo protestante de 30,1% para 15,7%. As pontuações na subescala de atividade religiosa foram significativamente correlacionadas positivamente com as pontuações na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar no pré-operatório (baseline) ou após um ano entre os participantes católicos.	A religiosidade mostrou-se importante no estado emocional e na QV das mulheres, contudo seu significado clínico pode variar de acordo com o tipo de afiliação religiosa e o estágio da doença.
A3	27 pessoas com estomias permanentes por câncer.	Conhecer os fatores facilitadores do processo de transição da dependência para o autocuidado da pessoa com um estoma.	Identificaram duas categorias: Condicionantes relacionados à pessoa e condicionantes relacionados à comunidade. Na primeira categoria encontraram como facilitadores do autocuidado relacionados à pessoa: a significação positiva da estomização; o preparo para essa experiência ainda no pré-operatório; a estabilidade emocional; a fé; a religiosidade; e a sensação de normalidade adquirida a partir de uma imagem próxima da anterior. Como facilitadores relacionados à comunidade: receber equipamentos pelo Governo de forma gratuita; apoio da família e da equipe multiprofissional, em especial do enfermeiro; e contato com outras pessoas com estomas.	O processo de transição para o autocuidado é complexo, carregado de subjetividades e dificuldades, sendo que as interações com a família, os amigos e os serviços de saúde podem auxiliar na retomada da autonomia. Esses fatores condicionantes permitem o direcionamento das intervenções terapêuticas de Enfermagem eficazes e eficientes para o (re)desenvolvimento de competências e habilidades para o autocuidado, resultando em um viver independente e saudável.
A4	236 sujeitos em perioperatório de cirurgia para câncer. Foram	Caracterizar as preferências dos pacientes quanto ao papel das crenças e	55,9% dos pacientes se identificaram como Religiosos, enquanto outros se identificaram	O acesso a recursos de espiritualidade e religiosidade é importante durante o tratamento do

	organizados em três grandes categorias: Religioso (aqueles que se referiam como religioso e espiritual); Espiritual, mas não religiosos; e nem religioso nem espiritual ("Nenhum").	práticas religiosas e espirituais durante o tratamento do câncer e descrever os recursos desejados por eles durante o período perioperatório.	apenas como Espirituais (27,9%) ou Nenhum (16,2%). Os identificados como religiosos queriam a práticas religiosas e espirituais integrada em seus cuidados com mais frequência do que os pacientes que eram apenas espirituais ou nenhum ($p < 0,001$); 49,6% queriam recursos de espiritualidade e religiosidade quando admitidos no hospital, como a oportunidade de falar com um líder (por exemplo, rabino - 72,1%), textos (64,0%) e materiais de leitura (54,1%). Independentemente da categorização, 68,0% dos pacientes queriam que o médico conversasse com eles sobre tópicos de espiritualidade e religiosidade.	câncer e esta incorporação das práticas religiosas e espirituais podem ser especialmente importantes para os pacientes que se identificam como religiosos. Estas necessidades da espiritualidade e religiosidade devem ser abordadas como parte do plano de tratamento do câncer.
--	---	---	---	---

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

Com base na análise dos estudos, determinou-se três categorias temáticas, a saber:

1) Associações entre espiritualidade e religião com sofrimento pré-cirúrgico e outros fatores psicossociais e com qualidade de vida; 2) Fé e religiosidade como fatores facilitadores no período pré-operatório; e 3) Necessidade de recursos materiais e de espiritualidade e religiosidade no pré-operatório.

5.1 ASSOCIAÇÕES ENTRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO COM SOFRIMENTO PRÉ-CIRÚRGICO E OUTROS FATORES PSICOSSOCIAIS E COM QUALIDADE DE VIDA

Os resultados do estudo A1 sugerem que vários fatores estão associados ao aumento do sofrimento durante o período pré-operatório e que as crenças e atividades espirituais e religiosas podem ajudar a diminuir o sofrimento neste ambiente. Neste estudo também associa-se a espiritualidade e religião com enfrentamento e identifica uma importante relação com os fatores psicossociais que podem prevenir ou aliviar o sofrimento pré-cirúrgico.

O estudo A1 evidencia que o fornecimento de suporte social adicional (por exemplo: por meio de intervenções individuais ou em grupo) pode ser benéfico para os pacientes antes da cirurgia. O apoio social (exemplo: paróquia local) é fator impulsionador da associação entre o apoio social e a diminuição do sofrimento. Este fato impulsiona a evidencia do estudo

A4 que afirma que as necessidades de espiritualidade e religiosidade devem ser abordadas como parte do plano de tratamento do câncer.

Identificou-se, no estudo A2, a religiosidade como um importante papel no estado emocional e na QV dos pacientes, mas foi influenciada pelo tipo de afiliação religiosa, origem cultural, etnia e estágio da doença. Evidenciou-se também que a QV pode ser melhorada pela religiosidade intrínseca ou pela participação ativa na religião, independentemente dos sintomas físicos vivenciados, assim como, mostrou um efeito positivo na saúde mental e enfrentamento à doença.

5.2 FÉ E RELIGIOSIDADE COMO FATORES FACILITADORES NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

O estudo A3 indica as condições que facilitam o autocuidado relacionado à pessoa e como forma de construção de um sentido positivo e preparo para essa vivência no pré-operatório, como a estabilidade emocional, a fé, a religião. A fé e a religião atuam no processo de transição, trazem conforto e tornam a pessoa mais centrada e focada em seu processo de cuidado e saúde. Resultado semelhante ao estudo A4, no qual muitos pacientes relataram que as práticas espirituais e religiosas faziam parte da rotina de suas vidas e desempenhou um importante papel em seus cuidados com o câncer.

5.3 NECESSIDADE DE RECURSOS MATERIAIS E DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO

O estudo A4 identificou que cerca de oito em cada 10 pacientes com câncer se identificaram como religiosos ou espirituais e mais da metade dos participantes acreditaram que a espiritualidade e a religiosidade desempenharam um papel no tratamento do câncer e devem ser incorporados em seu plano de tratamento e expressaram o desejo de serem oferecidos recursos relacionados durante a hospitalização por câncer, desde a admissão.

Entre os recursos desejados, estava a capacidade de falar com um líder de sua religião prática (por exemplo: rabino e padre), acesso a materiais de leitura, acesso a cultos de adoração, objetos materiais e outros relataram desejar uma oportunidade de falar diretamente sobre espiritualidade e religiosidade com a equipe de saúde.

Coletivamente, os dados do estudo A4 sugerem que a espiritualidade e a religião foram importantes para muitos pacientes com câncer e o fácil acesso aos recursos e materiais deve ser incorporado nos serviços de atendimento e enfatizar que o atendimento ideal nos serviços deve ser centrado no paciente considerando suas as crenças associadas ao procedimento cirúrgico. Enquanto o estudo A2 evidencia a necessidade deste apoio como método para aumentar sua capacidade de lidar com a doença e o estresse relacionado.

O estudo A3 identificou que foi importante receber equipamentos pelo Governo de forma gratuita, tais como bolsas coletoras e adjuvantes mediante cadastramento no serviço. Além de outros recursos como o acesso a um espaço de referência em atendimento especializado, apoio familiar e assistência por uma equipe multiprofissional.

6 DISCUSSÃO

Apesar de o presente estudo ter identificado na literatura resultados positivos quanto à importância da espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório em ambiente hospitalar, observou-se escassa produção científica sobre a temática e tais pesquisas ainda são predominantemente sustentadas em manuscritos com baixo nível de evidência.

Na primeira categoria: “Associações entre espiritualidade e religião com sofrimento pré-cirúrgico e outros fatores psicossociais e com qualidade de vida”, destaca-se que as crenças e atividades espirituais e religiosas podem colaborar na diminuição do sofrimento e possuem efeitos positivos na saúde mental, QV e enfrentamento à doença.

No que se refere ao sofrimento pré-cirúrgico, os procedimentos operatórios associam-se a sentimentos de incerteza levando o indivíduo ao questionamento sobre significado e propósito de vida, sentimentos de medo, possibilidade de morte, isolamento, perda de controle e falta de esperança, vulnerabilidade e, em grandes cirurgias, podem ocorrer perda da identidade, ansiedade e raiva (SELDER, 1989; GRIFFIN; YANCEY; 2009; DAVIDSON ET. AL 2007; KRALIK; VISENTIN; VAN LOON, 2006; MORRIS ET. AL 2006).

Além disso, sabe-se que qualquer procedimento cirúrgico acarreta mudanças temporárias ou definitivas que afetam a qualidade de vida (GOMES, 2016).

Os pacientes com CA no contexto clínico apresentam particularidades, sendo comum apresentarem um maior caráter religioso e espiritual, quando comparados à população em geral, com a fé desempenhando um papel importante no tratamento e na QV (LONGHINOTI, 2021).

Miura et al. (2020) correlacionaram QV e experiências religiosas/espirituais em pacientes com CA em um serviço de emergência, e identificaram que quanto menor a frequência de experiências religiosas/espirituais, mais comprometida a QV.

O câncer possui um estigma social ligado à morte e ao sofrimento, e por isso constitui-se em momento de grande procura às questões espirituais como instrumento de busca do conforto através da fé, sentido da vida e paz (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018., FERRÃO; BETTINELLI; PORTELLA, 2017).

Para que os profissionais contribuam com a melhora da QV destes pacientes nos serviços de saúde, é necessário prestar um cuidado seguro e humanizado a eles, considerando

aspectos importantes bem como a valorização e o respeito da espiritualidade e religiosidade na prática assistencial (MIURA et al. 2020).

Estudo mostrou que 53% dos pacientes que aguardavam cirurgia se apresentaram ansiosos e tiveram sinais e sintomas que repercutiram no seu bem-estar e induziram a um sofrimento psicobiológico (MELCHIOR, 2018).

A ansiedade do doente no pré-operatório é variável, dependendo da individualidade e personalidade de cada indivíduo, e sua ocorrência de forma excessiva e contínua deste desequilíbrio psicológico repercute na recuperação e QV. No período pré-operatório, aqueles que apresentam níveis elevados de ansiedade desenvolvem sentimentos negativos e tornam-se mais vulneráveis (GONÇAVES et al., 2016).

Deste modo, com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade e melhorar o bem-estar do paciente, é de extrema importância humanizar os ambientes voltados aos cuidados cirúrgicos e torná-los espaços acolhedores, privativos, auxiliando o paciente a tornar-se apto para enfrentar com maior eficiência o procedimento cirúrgico (FELZMANN, 2017).

O acolhimento humanizado, a empatia e a escuta ativa do paciente com câncer é essencial para a adesão ao tratamento e melhoria da QV, além de reduzir a ansiedade, o medo e complicações no pós-operatório (BALEIZÃO, 2018).

A partir deste contexto, a atenção à dimensão espiritual torna-se fundamental para a compreensão do paciente com câncer como um ser integral, portanto durante a avaliação profissional, deve-se identificar necessidades espirituais dos pacientes, compreender suas experiências e objetivos, e dar suporte aos seus recursos de enfrentamento (SILVA et al. 2016).

A espiritualidade e a religiosidade tornam-se estratégias de enfrentamento predominantemente utilizadas por pacientes com câncer, pois auxilia na busca por alívio do sofrimento, sentido para os acontecimentos, respostas para as questões da vida, integridade, paz, harmonia e individualidade (FORNAZARI, 2010., SILVA, 2014.; SILVA, 2020.)

Ao se avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes em pré-operatório, a espiritualidade foi utilizada em 50% dos casos e a religiosidade atuou na redução da ansiedade e depressão pré-operatórias e colaborou com manifestações positivas, como forma de encorajamento e motivação para em submeter-se à cirurgia (UMANN; GUIDO; LINCH, 2010; AI, 2011; GOMES; ESPINHA; BEZERRA, 2015).

Estudo exalta a importância da espiritualidade e religiosidade na vida de pacientes com câncer e o uso desse instrumento como uma importante estratégia de enfrentamento

(SILVA, 2020) e que pacientes que utilizam deste recurso possuem melhores prognósticos (LUZ et. al., 2016).

Segundo Borges (2017), o uso da espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento de situações estressantes tem sido foco de estudos que buscam compreender de que forma os pacientes utilizam esse recurso para adaptação psicológica no período pré-operatório.

Lacerda (2020) realizou um estudo com mulheres em tratamento para câncer de mama e percebeu que 70% delas utilizaram a religião como método para enfrentamento da doença e forças para continuar. Devido a trajetória do tratamento ser marcada por incertezas quanto à cura, sofrimentos e sentimentos diversos, sendo o medo de morrer predominante entre elas, a maioria buscou enfrentar a doença com o uso da fé em uma religião e do apoio familiar.

Ao analisar relatos de pacientes com CA diante do procedimento cirúrgico, estudo observou a ocorrência de sentimentos e expectativas relacionadas ao processo de adoecimento e enfrentamento do procedimento cirúrgico e muitos deles destacaram a importância da família, amigos e religiosidade como estratégias de enfrentamento e suporte (SAMARA; AQUINO, 2016).

O sofrimento e a incerteza no futuro foram identificados em estudo internacional com diferentes grupos de pacientes idosos com CA, no qual consideraram o apoio da família e a atividade religiosa como as principais estratégias para os adoecidos, porque possibilitaram segurança e esperança para a sobrevivência (KARLSSON et al., 2014).

Estudo evidenciou outros meios de enfrentamento ao câncer como a confiança, esperança, valores familiares, vontade de viver e as experiências pessoais (CORDEIRO, 2018).

No decorrer do tratamento do câncer, os pacientes vivenciam vários sentimentos e experiências que afetam de forma significativa suas vidas e conseqüentemente buscam por sentimentos positivos, para o fortalecimento e o alívio do sofrimento pela fé (SILVA, 2020).

O paciente com câncer independente de sexo, idade, classe social, raça e religião que vivencia a espiritualidade como instrumento terapêutico afirma a importância do apego espiritual e seu forte impacto positivo em suas vidas (SILVA, 2020).

A religião foi considerada uma intervenção terapêutica no auxílio de pessoas em situações limítrofes para a compreensão e aceitação da situação atual de adoecimento, em

busca de um sentido espiritual que as incentive a lidar com as adversidades da doença e dos tratamentos (LOPES; NASCIMENTO; ZAGO, 2016).

A prática religiosa é considerada uma forma de suporte crucial para o sucesso no tratamento convencional e superação da doença (SPADACCIO; BARROS, 2009).

Cayana et al. (2017) destacaram em seu estudo de revisão narrativa que a espiritualidade e a fé são ou foram poderosos recursos para o enfrentamento do câncer e minimização do sofrimento físico e psíquico.

Dessa forma, o bem-estar espiritual e crenças religiosas relacionam-se a desfechos positivos de saúde e fornecem subsídios para o empoderamento, enfrentamento, paz interior, esperança e bem-estar físico e emocional (HAMMERMEISTER; PETERSON, 2001; MAHLUNGULU; UYS; 2004; AI et al., 2009; HOLLYWEL et al., 2008).

Em uma análise da relação entre a espiritualidade e o enfrentamento do câncer, ocorrências baseadas no apego espiritual, fé em Deus, esperança por meio da fé, força, amparo e esperança, evidenciando-se ainda o significado que a religião, deixa de ser algo somente cultural, e a importância da influência de líderes e membros religiosos, na construção de um pensamento positivo e na utilização da espiritualidade como prática terapêutica de cura (SILVA, 2020).

Referente à categoria: “Fé e religiosidade como fatores facilitadores no período pré-operatório”, a fé ou a busca pela ajuda divina fazem com que o ser humano busque recursos para o enfrentamento dos desafios diários e suas crenças religiosas influenciam na forma como os seres humanos encaram seus problemas e colaboram para melhor aceitação e enfrentamento das dificuldades, facilitando a reflexão acerca do viver e possibilitando a ressignificação da vida (ROCHA et al., 2019., SILVA et al., 2017).

Segundo Harbache (2018), a fé reforça a crença no sucesso da cirurgia, bem como no bom desempenho dos profissionais envolvidos, reduzindo sentimentos de medo e apoio ao enfrentamento do processo.

Evidenciou-se em um estudo de revisão que a fé em Deus, com ênfase ao apego espiritual gerou força, amparo e esperança aos pacientes, que afirmaram maior garra e disposição no enfrentamento à doença (SILVA, 2020).

Discursos encontrados em outro estudo mostram religião, fé, crença religiosa e esperança como uma forma facilitadora e de conforto (ROSADO et al., 2020).

Segundo Correia et al. (2016), as crenças religiosas e espirituais do indivíduo podem ser vistas como fatores facilitadores e que a assistência espiritual aos pacientes é tão importante quanto aquela voltada aos problemas de ordem biológica.

Para Moreira (2020) independentemente do período operatório em que os pacientes se encontram, o cuidado deve estar baseado em conhecimentos técnicos e fundamentos científicos visando à segurança, qualidade do cuidado e que a eficácia das intervenções que vão muito além de demandas apenas biológicas desses indivíduos.

A prática da espiritualidade com suas crenças, valores e rituais durante o processo de adoecimento traz benefícios, tais como, força, tranquilidade e confiança; promove autocuidado ajudando na recuperação e restaurando a saúde, contribuir para sentimentos de pertencimento a uma comunidade dando significado à vida (SOUZA et al., 2015).

Nesta categoria, evidencia-se também a importância do auto-cuidado, relata-se que o objetivo deste é a execução de atividades realizadas pelos indivíduos em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar propondo o encorajamento dos pacientes para cuidarem de si mesmos com autonomia e participarem ativamente no processo de cuidado (RIBEIRO et al., 2019).

O desenvolvimento de habilidades para o auto-cuidado é diretamente influenciado pela cultura, crenças, estilos de vida e aspectos físicos e emocionais de cada indivíduo sendo este aspecto fundamental no ambiente hospitalar (COSTA et al., 2016; FREIRE et al., 2017).

Outro estudo também considerou como facilitador do processo, além da fé e religião, o auto-cuidado no preparo psicológico no pré-operatório (SILVA et al., 2017), enquanto Ogle et al., (2016) evidenciaram a presença da espiritualidade e da religiosidade como estratégias para enfrentar também o período pós-operatório.

Lopes; Nascimento; Zago (2016) apontaram como métodos facilitadores para o pré-operatório: o auto-cuidado, atribuição de significado à doença, estabilidade psicológica e a busca do conforto na fé e na religiosidade.

Schimiguel et al. (2015) evidenciaram em seu estudo de revisão integrativa sobre pacientes com CA, que a equipe interdisciplinar foi considerada como um fator facilitador e uma ferramenta estratégica para o processo do cuidar, de modo a considerar toda a complexidade do ser humano, atentando para suas dimensões biológica, psicológica, espiritual, social, política, cultural e ecológica.

Castellanos; Jouclas (1990) detectaram a necessidade de uma interação junto ao paciente de forma eficiente e personalizada atendendo às suas necessidades bio/psico/sociais/emocionais/espirituais.

Com relação a categoria: “Necessidade de recursos materiais e de espiritualidade e religiosidade no pré-operatório”, Haghghi (2013) demonstrou que em uma amostra de 150 pacientes com câncer que o estímulo às crenças e práticas religiosas e a confiança em Deus favoreceram a aceitação da doença, confrontação aos problemas psicológicos e mostrou-se eficaz na redução dos níveis de depressão.

Freitas e Moretto (2017) evidenciaram que a maior parte dos entrevistados em sua pesquisa expressou a importância de considerar a espiritualidade em seus cuidados e que as necessidades espirituais, por vezes, são expressas de forma sutil.

Camargos et al. (2015) demonstraram que 94,1% dos pacientes com CA consideravam importante que os profissionais de saúde abordassem suas crenças espirituais e 99,2% dos pacientes utilizavam a espiritualidade e religiosidade para o enfrentamento do câncer. Aproximadamente 99,6% dos pacientes relataram que o suporte espiritual e religioso é necessário durante o tratamento do câncer e 98,3% dos profissionais de saúde concordaram que o apoio espiritual e religioso era necessário para os pacientes oncológicos.

Em estudo de Salsman et al. (2015), os pacientes referiram utilizar a prática espiritual e religiosa durante o tratamento de câncer e este uso estava associado a menores índices de ansiedade e de depressão, maior bem-estar emocional e maiores escores de QV.

O paciente traz consigo ao ambiente hospitalar sua história, seus contextos, experiências, vivências e não apenas o seu adoecimento, portanto, desenvolver um olhar humanizado ao seu cuidado deve permitir que o paciente ao ser admitido no hospital possa expressar a sua história de vida, suas necessidades e também suas práticas espirituais (FREITAS; MORETTO, 2017).

Os profissionais da saúde devem se preocupar com a inserção da assistência espiritual em sua rotina e almejar o bem-estar daqueles que necessitam deste cuidado, lembrando que, nesse contexto, a família é parte integrante e importante na recuperação do paciente (SCHLEDER et al., 2013; MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015).

Conhecer a espiritualidade do paciente e a influência na sua vida é um ato de humanização e ajuda a levar as reais necessidades e anseios dos pacientes, contruindo assim para a melhora dos quadros clínicos (FREIRE et al. 2017).

A dimensão espiritual é um recurso interno importante que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, eventos traumatizantes e estressantes, por isso a importância que os pacientes dão à sua dimensão espiritual no processo saúde-doença e como gostariam de receber apoio espiritual se faz relevante para que este aspecto seja incluído na elaboração de seu plano terapêutico e de seus cuidados (PERES et al., 2007, FREIRE et al., 2017).

A espiritualidade está associada a melhor adesão ao tratamento propostos e contribui na confiança entre paciente e equipe de saúde, revelando a necessidade de exploração dessa dimensão como uma importante ferramenta no desenvolvimento do cuidado singular (BENITES; NEME; SANTOS, 2015).

A capelania hospitalar no Brasil é um dos recursos utilizados para o atendimento espiritual em diversos setores públicos e privados, ela é importante porque as pessoas podem usufruir de seu direito de obter assistência espiritual, amparado por lei e oferece assistência espiritual às pessoas que estão passando por momentos de dificuldade na área da saúde (ANTUNES; SOUZA; AUGUST, 2021).

Outro recurso pensado para a abordagem espiritual, consiste na implementação de um questionário desde a internação, sobre a sua espiritualidade, com isso, o profissional instigaria o paciente a conversar acerca dos seus sentimentos e incentivar a lutar pela sua vida, não desistir de tratamentos e proporcionar ânimo e força para o enfrentamento do adoecimento (CRIZEL et al. 2014).

O adoecimento, sobretudo no período pré-cirúrgico requer a atenção dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado que deverão ter um olhar especial às questões da religiosidade e espiritualidade, visto que são aspectos subjetivos do paciente e dimensões negligenciadas, apesar de sua relevância para o enfrentamento das doenças (GOMES; ESPINHA; BEZERRA, 2015).

Com vista à integralidade da assistência à saúde, a dimensão espiritual no período pré-operatório deve ser valorizada devido seu valor clínico para o paciente, seja de forma isolada ou ligada à religiosidade, corrobora para que o indivíduo de significado à doença, exercendo influência significativa sobre a vida da pessoa adoecida e aquelas com as quais ela compartilha esse momento (BARROS, 2018.; JESUS, 2017)

A espiritualidade é um novo caminho em ascensão para promoção de uma assistência de qualidade a pacientes internados nos serviços de saúde, devido a tendência moderna de unir a ciência e espiritualidade na busca de melhorar o processo de cura e reabilitação de

pacientes, o que tem sido fundamental para a entrada do discurso da espiritualidade do atendimento em saúde (PINTO et al., 2015).

Considerando as características transcendentais da sociedade brasileira e o surgimento de maior número de casos de câncer nos próximos anos, a espiritualidade e a religiosidade devem ser fortalecidas e fomentadas no âmbito de políticas públicas e agentes de saúde como forma de humanizar os tratamentos, transformando a realidade em favor da população afetada, pois quanto mais sensibilizados esses profissionais estiverem para integrar essas dimensões no tratamento e recuperação do paciente, melhores serão os resultados alcançados (NUNES, 2020).

Ao final da análise e discussão dos estudos, foi possível evidenciar na literatura os efeitos da espiritualidade e religiosidade na assistência prestada ao paciente com CA durante o período pré-operatório. Neste contexto, ressalta-se sua importância no enfrentamento e alívio do sofrimento frente à hospitalização e ao procedimento cirúrgico. As práticas espirituais e religiosas são instrumentos capazes de reduzir o estresse e a ansiedade, melhorando a QV e bem-estar, fatores que colaboram na recuperação do paciente e são estratégias para aceitação e incentivo frente à condição atual.

O apego espiritual, a fé em Deus, a esperança é considerada fator facilitador pois reduz o medo, aumentam a confiança, autocuidado e dão significado à vida.

A integralidade e individualidade dos seres humanos nos estudos, e dessa forma, a responsabilidade dos serviços de saúde e das políticas públicas de buscarem desenvolver e incluir ações relacionadas à temática no tratamento e acolhimento dos pacientes visando atender suas necessidades bio/psico/sociais/emocionais/espirituais, possibilitam oferecer um cuidado humanizado e singular.

7 CONCLUSÃO

No intuito de responder a questão sobre o conhecimento científico produzido, relacionado à espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório e na busca realizada nesta revisão integrativa, quatro estudos foram incluídos e analisados, sendo apenas um estudo brasileiro. Todos os artigos foram considerados com nível 6 de evidência – provenientes de estudo descritivo ou qualitativo, considerados como de evidência fraca.

Foi possível elencar três categorias temáticas: 1) Associações entre espiritualidade e religião com sofrimento pré-cirúrgico e outros fatores psicossociais e com qualidade de vida; 2) Fé e religiosidade como fatores facilitadores no período pré-operatório; e 3) Necessidade de recursos materiais e de espiritualidade e religiosidade no pré-operatório.

Evidenciou-se associações entre espiritualidade e religiosidade com a diminuição do sofrimento e outros fatores psicossociais (como ansiedade, depressão, estresse), capacidade de enfrentamento e melhora da QV.

Detectou-se a importância do suporte e apoio social e abordagem da espiritualidade e religiosidade como um importante papel no estado emocional e saúde mental frente a doença e conseqüentemente como processo facilitador ao procedimento cirúrgico.

Aponta-se que os pacientes desejavam recursos como acesso a materiais de leitura, cultos, objetos religiosos e uma oportunidade de falar diretamente sobre espiritualidade e religiosidade com um pastor/ padre ou mesmo com a equipe de saúde; além de que, os pacientes estomizados consideraram importante receber recursos materiais gratuitamente do Governo no pós-operatório.

Diante do presente estudo e das mudanças que vem ocorrendo na área da saúde em busca do desenvolvimento de serviços que oferecem assistência integral e humanizada que englobe todas as dimensões dos seres humanos, é possível identificar que a espiritualidade e religiosidade são importantes recursos a serem utilizados devido seu grande potencial de proporcionar capacidade de enfrentamento, alívio, esperança, suporte, apoio durante o tratamento, hospitalização e no período pré-operatório, além de reduzir ansiedade, depressão e estresse, fatores que impactam diretamente na qualidade de vida e recuperação dos pacientes.

Observa-se que incluir a espiritualidade e religiosidade nos tratamentos e cuidados é um desafio e existem lacunas importantes relacionando espiritualidade e religiosidade no

período pré-operatório de cirurgia oncológica e, portanto a necessidade de novos estudos e um maior aprofundamento da temática são fundamentais para fomentar práticas clínicas, incentivar e capacitar profissionais de saúde e impulsionar políticas, regimentos e protocolos nos serviços de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se como as limitações desta RI, a presença de poucos estudos na literatura que englobam a temática espiritualidade e religiosidade no cuidado ao paciente com câncer no período pré-operatório. No decorrer do desenvolvimento deste trabalho, observou-se um número significativo de estudos relacionados à espiritualidade e religiosidade, mas com foco em doenças e tratamentos diferentes, mostrando a variedade de campo de pesquisa sobre os aspectos espirituais e religiosos e sua relevância científica atual.

O ser humano é único e singular, composto por várias dimensões que excedem a física e biológica. Na busca por estudos, foi possível detectar que ainda é insuficiente a inclusão da temática nos serviços de saúde, políticas públicas e na formação dos profissionais.

Espera-se que a partir desta RI surjam novos estudos mais robustos com nível de evidência forte e que contribuam para mudanças positivas na assistência ao paciente com câncer durante o período pré-operatório, visto que este paciente passa por um momento de fragilidade que exige uma grande capacidade dos serviços de saúde oferecerem um cuidado integral e humanizado, que valorize e respeite as individualidades, crenças, e prática de espiritualidade e religiosidade.

Nos estudos em geral, constatou-se que os profissionais de saúde reconhecem a importância da espiritualidade e religiosidade durante a prática clínica e assistencial, porém relatam suas dificuldades, como a pouca abordagem do tema durante sua formação, ser um tema pouco presente nas grades curriculares das universidades, causando dificuldade e falta de aptidão na abordagem e inclusão da temática dentro dos serviços de saúde.

Dessa forma, faz-se necessário buscar formas de incentivar universidades, políticas, estudantes, profissionais de saúde e comunidade em discussões e reflexões sobre a inclusão de ações que permitam a inclusão destes aspectos na assistência em saúde.

Sugere-se como estratégias o desenvolvimento de novas pesquisas, extensões e eventos, inclusão da temática nas grades curriculares, educações permanentes dentro dos ambientes hospitalares, ação de uma equipe multidisciplinares a fim de colaborar com o aperfeiçoamento das habilidades, competências e atitudes na formação universitária e profissional.

9 IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A partir dos resultados encontrados neste estudo, considera-se importante o incentivo à discussão e reflexão desta temática no ensino e formação dos profissionais de enfermagem devido seu papel essencial neste contexto de busca constante da integralidade e humanização da assistência em saúde, assim como incentivar pesquisas robustas e impulsionar a implantação de práticas holísticas nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AI, A. H. Divine love and deep connections: a long-term followup of patients surviving cardiac surgery. **J Aging Res.**, London, 2011. DOI: 10.4061/2011/841061. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21748012/>. Acesso em: 02 dez. 2022.

ANTUNES, M. F.; SOUZA, C.L.; MELO, M. E A. Fundamentos e aplicação da Capelania hospitalar. **Revista Cognito.**, v. 3, n. 1, p. 22-39, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53546/2674-5593.cog.2021.33> . Disponível em: <https://revista.fidelis.edu.br/index.php/cognito/article/view/33>. Acesso em: 09 nov. 2021.

ARAÚJO, D. A.; DA SILVA, L. G.; DE ARAÚJO, G.D.; LEMOS, I. C. S.; KERNTOPF, M. R.; ALBUQUERQUE, G. A. **Rev Cuidarte.**, v. 7, n. 2, p. 1318-1324, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790003>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ARAÚJO, L. G. *et al.* Cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma abordagem do conhecimento dos enfermeiros. **REAS.**, v. 12, n. 11, e4663, 2020. <https://doi.org/10.25248/reas.e4663.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4663>. Acesso em: 15 out. 2021.

AROMATARIS E.; MUNN, Z (EDITORS). **JBI**. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 6 eds. rev. e atual. São Paulo: SOBECC; Manole, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE). Movimento Todos Juntos Contra o Câncer. **Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil**. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER (ABC DO CÂNCER). 2008. **Definição de Câncer**. 2008. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. (ABC DO CÂNCER). 2012. **Abordagens básicas para o controle do câncer**. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br/>. Acesso em: 14 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – APECIH. **Prevenção de infecção de sítio cirúrgico**. 3rd ed. São Paulo: APECIH; 2009.

BAI, J.; BRUBAKER, A.; MEGHANI, S. H.; BRUNER, D. W.; YEAGER, K. A. Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. **Journal of Pain and Symptom Management.**, v. 5, n. 3, p. 390-398, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020>. Disponível em:

[https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30287-2/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(18)30287-2/fulltext). Acesso em: 17 out. 2021.

BALEIZÃO, A.B.C. **Promoção do acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório**. 2018. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24664>. Acesso em: 26 out. 2021.

BARBOSA, A. C.; TERRA, F. S.; CARVALHO, J. B. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 699-704, 2014. DOI:10.12957/reuerj.2014.2605. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16460>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BARBOSA, M.S.; FRANÇA, G.S. **Enfermagem e espiritualidade/religiosidade na assistência ao paciente em tratamento oncológico: revisão integrativa**. 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios – AL. 2019. Disponível em: <https://ri.cesmac.edu.br/handle/tede/548..> Acesso em: 02 dez. 2021.

BARROS, E.A. Ajustar-se, criativamente, é preciso: experiências e enfrentamentos em leitos da pré-cirurgia ortopédica. **Rev. NUFEN.**, v. 10, n. 2, p. 1-19, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v10n2/a02.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2021.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; DA SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **REUFMS.**, v.5, n.3, p. 499–510. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769215709>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/15709>. Acesso em: 12 out. 2021.

BECK, A.H.U. **Psico-Oncologia: a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul. Ijuí, RS, 2017. Disponível em <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/4849>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BEDIN, E.; RIBEIRO, LBM; BARRETO, RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **REE.**, v. 07, n. 01, p. 118 – 127, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BENITES, A.C.; NEME C.M.B.; SANTOS M.A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estud. Psicol.** (Campinas, Online). [Internet], v. 34, n. 2, p. 269-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n2/0103-166X-estpsi-34-02-00269.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998. DOI: 10.1016/s0001-2092(06)62653-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9616108/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BEZERRA, S.M.M.D.S.; GOMES, E.T.; GALVÃO, P.C.D.C.; SOUZA K.V. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 2. p. 398-405, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0642. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vBBMwXXgn4H7PR4F7hbBqsD/?lang=en>. Acesso em: 12 out. 2021.

BORGES, C.A. **Coping religioso-espiritual, depressão e ansiedade em pacientes em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio**. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina). Universidade Federal do Maranhão. São Luiz, MA, 2017.

BRANDI A.C.; CAVASINI S.M. **Psicologia como suporte de apoio ao paciente, à família e à equipe em oncologia**. In: Fonseca SM, Pereira SR. Enfermagem em oncologia. São Paulo: Atheneu; 2013. p.305-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia (USA): **W.B Saunders Company.**, p.231-50, 2000.

CAMARGOS, M. G.; PAIVA, C. E.; BARROSO, E. M.; CARNESECA, E. C.; PAIVA, B. S. R. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: A cross-sectional study. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 47, p. 1-15, 2015. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26632743/>. Acesso em: 17 out. 2021.

CAMBRICOLI, Fabiana. **Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%**. Estado de São Paulo. São Paulo, sem paginação, 2016.

CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 24, n. 3, p. 43-170, 1990. DOI: 10.1590/0080-6234199002400300359. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/DX3FYK89SqPWHXw445j6Drd/abstract/?lang=en>. Acesso em: 08 dez. 2021.

CASTRO, S. R. O. S. (2008). **A espiritualidade em idosos institucionalizados com doença crônica**. [Tese não publicada]. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

CAYANA, E.G.; LUCENA, J; ARENHARDT, C.R.; LEAL F. **Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer: Uma Revisão Narrativa de Estudos Qualitativos**. In: Atas do 6º Congresso IberoAmericano de Investigação Qualitativa e 2nd International Symposium on Qualitative Research. Salamanca, Espanha, 2017, v. 2, p. 791-5, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1275>. Acesso em: 19 out. 2021.

CHAAR, E. A. *et al.* Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Support Care Cancer*, v. 26, n. 8, p. 2581-2590, 2018. DOI: 10.1007/s00520-018-4089-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29453604/>. Acesso em: 09 nov. 2021.

CHENG, Q.; LIU, X.; LI, X.; WANG, Y.; MAO, T.; CHEN, Y. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Support Care Cancer*, v. 27, n. 1, p. 1-7, 2019. DOI: 10.1007/s00520-019-4636-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30648209/>. Acesso: 17 dez. 2021.

CHISTÓFORO, B.E.B.; ZAGONEL, I.P.S.; CARVALHO, D. Relacionamento enfermeiro paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *COGITARE ENFERM*, v. 11, n. 1, p. 55-60, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i1.5977>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5977>. Acesso: 08 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COFEN). **Enfermagem em Cuidados Paliativos**. Florianópolis: Letra Editorial; 2016; 60 p.

CORDEIRO, V.S. **O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico: narrativas de vida**. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

CORREIA, D.S.; CAVALCANTI, S.L.; FREITAS, D.A.; OLIVEIRA, B.C.; TOCHETTO, T.M.D.B. A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva dos pacientes oncológicos. *Rev en-ferm UFPE on line.*, v. 10, n.8, p. 2895-905, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11358>. Acesso em: 07 nov. 2021.

COSTA, A.T.; SANTANA, P.P.C.; TEIXEIRA, P.A.; SANTO, F.H.E.; FLACH, D.M.A.M.; ANDRADE, M. Evidências científicas de enfermagem sobre idosos estomizados. *Rev Enferm Atual*, V. 79. n. 17, p. 41-9, 2016. <https://doi.org/10.31011/reaid-2016-v.79-n.17-art.336>

COSTA, D. T.; SILVA, D. M. R.; CAVALCANTI, I. D. L.; GOMES, E. T.; VASCONCELOS, J. L. A.; CARVALHO, M. V. G. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*, v.72, n.3, p. 640-645. 2019. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>

CRIZEL L.B.; NOGUEZ P.T.; OLIVEIRA S.G.; BEZERRA B.C.C. Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Salusvita (Online)**, v. 37, n. 3, p; 577-97, 2014. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2. Acesso em: 19 nov. 2021.

DAIAN, M.; PETROIANU, A.; JEUNON, E. Estresse em Procedimentos Cirúrgicos. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v. 25, n.2, p. 118-124, 2012.

DAVIDSON P.M.; DRACUP K.; PHILLIPS J.; PADILLA G.; DALY J. Maintaining hope in transition: a theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. **J Cardiovasc Nurs**. v. 22, n. 1, p. 58-64, 2007. DOI: 10.1097/00005082-200701000-00009.

DELGADO-GUAY, M. O. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. **Current opinion in supportive and palliative care**, v. 8, n. 3, p. 308-313, 2014.

DI PRIMIO, A.O.; SCHWARTZ E.; BIELEMANN, V.L.M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J.G.V.; FEIJÓ, A.M. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto Enferm**, v. 19, n. 2, p. 334-42, 2010.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001

EVANGELISTA, C.B.; LOPES, M.E.L.; COSTA, S.F.G.; BATISTA P.S.S.; BATISTA, J.B.V.; OLIVEIRA, A.M.M. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev. bras. enferm**, v.69, n. 3, p.554-63, 2016. Disponível em . http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0591.pdf. Acesso em: 07 dez. 2021.

FELZMANN, K.I.W. . **Fatores pessoais, familiares e dos serviços de saúde que podem interferir no momento pré-operatório em cirurgias eletivas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia). Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, RS, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2008>

FERNANDES, M.A.; EVANGELISTA, C.B.; PLATEL, I.C.S.; AGRA, G.; LOPES, M.S.L.; RODRIGUESM F.A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

FERRÃO, L.; BETTINELLI, L.A.; PORTELLA, M.R. Vivências de homens com câncer de próstata. **Rev en-ferm UFPE on line.**, v. 11, n. 10, p. 4157-64, 2017.

FERREIRA L.F. *et al.* A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n.2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>

FORMIGOSA, L. A. C.; SILVA M. V. S. Políticas Públicas de Saúde voltadas ao Câncer de Colo de Útero no Brasil: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n.5, e7165, 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e7165.2021>

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic. Teor. e Pesq**, v. 26, n.2, p. 265-72, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>

FRANKL, V.F. **Em busca e sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 40 ed. São Leopoldo (SP): Sinodal; Petrópolis (RJ): Vozes. 2016. p. 184. Disponível https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/58/o/Em_Busca_de_Sentido_-_Viktor_Frankl.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

FREIRE, D.A.; ANGELIM, R.C.M.; SOUZA, N.R.; BRANDÃO B.M.G.M.; TORRES, K.M.S.; SERRANO, S.Q. **Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da Enfermagem**. *Rev Min Enferm*, v. 21, p. 1-7, 2017.

FREIRE, M.E.M.; VASCONCELOS, M.F.; SILVA, T.N. Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 356-362, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4906>. Acesso em: 17 set. 2021.

FREIRE, M.E.M.; VASCONCELOS, M.F.; SILVA, T.N.; OLIVEIRA, K.L. Spiritual and religious assistance to cancer patients in the hospital contexts. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 9, n. 2, p. 356-62, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754109009>>

FREITAS, C.R.; MORETTO, C.C. Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. **Rev. SPAGESP**, v. 15, n. 2, p. 77-93, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a07.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

FREITAS, M.L.F. *et al.* **História familiar de câncer, perfil sociodemográfico e estilo de vida da população assistida em um programa de prevenção ao câncer**. Unimontes, p. 93-100, 2019.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GEORGE, L.K.; KINGHORN, W.A.; KOENIG, H.G.; GAMMON, P.; BLAZER, D.G. Por que os gerontologistas deveriam se preocupar com a pesquisa empírica sobre religião e saúde: Perspectivas transdisciplinares. **Gerontologista**, v. 53, p. 898-906, 2013. Disponível em <https://academic-oup-com.ez33.periodicos.capes.gov.br/gerontologist/article/53/6/898/634831>. Acesso em: 09 dez. 2021.

GIACOMELLI, I.P.; STEIDLE, L.J.M.; GIACOMELLI, I.L.; NESI, W.M.; DEL MORAL, J.A.G.; PINCELLI, M.P. Câncer de pulmão: dados de três anos do registro hospitalar de câncer de um hospital do sul do Brasil. **Arq. Catarin Med**, v. 46, n.3, p. 129-146, 2017. Disponível em:

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/314/195>. Acesso em: 29 out. 2021.

GILLILAN, R.; QAWI, S.; WEYMILLER, A. J.; PUCHALSKI, C. Spiritual distress and spiritual care in advanced heart failure. **Heart Fail Rev**, v. 22, n. 5, p. 581-591, 2017. DOI: 10.1007/s10741-017-9635-2

GLOBOCAN, 2018. Cancer Tomorrow. **Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base** no. 11 2018. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso em: 05 nov. 2021.

GOMES, C.A. **Qualidade de vida relacionada à saúde e uso de tecnologia de comunicação alternativa por pessoas com câncer de cabeça e pescoço**. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06062016-205738/en.php>. Acesso em: 11 dez. 2021.

GOMES, E.T.; ESPINHA, D.C.M.; BEZERRA, M.M.S. Religiosidade e crença em Deus no período pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 273-283, 2015. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155138>

GOMES, M.C.A.; CONTIM, V. R.; SILVA, B.S.; BARROS, P.P.; RODRIGUES B.S.S.L. Qualidade de vida em pacientes oncológicos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.28, n.2, p. 61-65, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191115_074102.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.

GONÇALVES, K.K.N.; SILVA, J.I.; GOMES, E.T.; PINHEIRO, L.L.S.; FIGUEIREDO, T.R.; BEZERRA, S.M.M.S. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. **Rev. bras. enferm**, v. 69, n. 2, p.374-80, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en_0034-7167-reben-69-02-0397.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

GONÇALVES, L.S. **Influência da espiritualidade/religiosidade no infarto agudo do miocárdio: gravidade e fatores associados**. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina), Universidade do Sul de Santa Catarina, 2018. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9316/1/final%20final%20final.pdf>

GONÇALVES, M. A. (2016). Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória. **Escola Superior em Enfermagem de Coimbra. Coimbra**.

GONÇALVES, M.A.; CEREJO, M.Z.R.; MARTINS, J.C.A. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 14, p. 17-25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

GONÇALVES, T.F.; MEDEIROS, V.C.C. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 22-7, 2016.

GOZZO, T.O.; SOUZA, S.G.; MOYSÉS, A.M.B.; PANOBIANCO, S.M.; ALMEIDA, A.M. Incidence and management of chemotherapy-induced nausea and vomiting in women with breast cancer. **Rev. gaúcha enferm. (Online)**, v. 35, n. 3, p. 117–123, 2014. DOI:10.1590/1983-1447.2014.03.42068 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FZhv7jZCrGMrq6KsQr4LB7d/?lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GRIFFIN, A.T.; YANCEY V. Spiritual dimensions of the perioperative experience. **AORN J**, v. 89, n. 5, p. 875-81, 2009. DOI: 10.1016/j.aorn.2009.01.024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19422945/>. Acesso em: 16 out. 2021.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N.O.; PINTO, M.H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente, **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p. 53-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf> . Acesso em: 29 out. 2021.

HAGHIGHI, F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr. Danub.*, v. 25, n. 3, p.236-240, 2013.

HAMMERMEISTER, J.; PETERSON M. Does spirituality make a difference? Psychosocial and health-related characteristics of spiritual well-being. **Am J Health Educ**, v. 32, n. 5, p. 293-297, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2001.10603485.17>.

HARBACHE, L.M.A. **Enquanto a cirurgia não chega: a experiência dos pacientes na fila de espera de Artroplastia total de quadril**. 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Eds.). (2014). **NANDA International Nursing. Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017**. Oxford: Wiley Blackwell.

HOLLYWELL, C.; WALKER, J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalized patients: a critical review of the literature. **J Clin Nurs**, v. 18, n. 2, p. 637-51, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02510.x

INCA. **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. 4º ed. Rio de Janeiro, 2018. 111 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>. Acesso em: 18 dez 2021.

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino aprendizagem.** (INCA). 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/115/55>. Acesso em: 29 nov. 2021.

INCA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 122 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

INCA. **Estimativas de Câncer para o Brasil - Biênio 2016-2017.** Rio de Janeiro: INCA; 2015. 126 p. Disponível: <https://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

JESUS, A. D. F. **A influência da espiritualidade no cuidado de enfermagem no pré-operatório do hospital municipal de Santarém/PA: uma pesquisa qualitativa.** Mestrado. Faculdades EST. São Leopoldo, RS, 2017. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/handle/BR-SIFE/829>

KARLSSON, M.; FRIBERG, F.; WALLENGREN, C.; ÖHLÉN, J. Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. **BMC Palliat Care**, v. 13, n. 28, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059734/>

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: a literature review. **J Adv Nurs**, v. 55, n. 3, p.320-9, 2006. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>.

LACERDA, C.S.; BALBINO, C.M.; SÁ, S.P.C; SILVINO, Z.R.; SILVA, J.P.F.; GOMES, E.N.F.; JOAQUIM, F.L. Confrontation of women with breast cancer. **Res., Soc. Dev.**, v. 9, n. 7, p. 1-18, e165974018, 2020.

LEITE M.A.C.; NOGUEIRA, D.A.; TERRA, S.F. Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service. **Rev Rene (Online)**, v. 16, n. 1, p. 38-45, 2015.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela.** Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1998. 87 p.

LONGHINOTI, L. N. B. **Avaliação da percepção dos oncologistas com relação a aspectos de espiritualidade e religiosidade.** Dissertação (Mestrado em Medicina: Ciências Médicas.) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2021.

LOPES, M.; NASCIMENTO, L. C.; ZAGO, M. M. F. Paradoxo da vida entre sobreviventes do câncer de bexiga e tratamentos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, p. 0224-0231, 2016.

- LUZ, K.R.; VARGAS, O.A.M.; BARLEM, E.L.D.; SCHMITT, P.H.; RAMOS, F.R.S.; MEIRELLES, B.H.S. **Coping strategies for oncology nurses in high complexity**. *Rev. Bras. Enferm*, v. 69, n. 1, p. 59-63, 2016.
- MAHLUNGULU, S.N.; UYS, L.R. Spirituality in nursing: an analysis of the concept. *Curationis*, v. 27, n. 2, p.15-26, 2004. Disponível em: <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/96618>. Acesso em: 04 nov. 2021.
- MALONE, J.; DADSWELL, A. The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*. 2018, v. 3, n.2, p. 28. Disponível em <<https://www-ncbi-nlm-nih.ez33.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6319229/>>
- MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Câncer na População Brasileira com Idade entre 35 e 74 Anos, 1996-2017. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 117, n. 2, p. 329-340, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200233>.
- MARAKAMI, R.; CAMPO, C.J.G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm*, v. 65, n.2, p. 361-67, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65_n2/v65n2a24.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.
- MEDEIROS, A.Y.B.B.V. **A percepção do sentido da vida para o paciente com câncer: um olhar logoterapêutico**. 141 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
- MELCHIOR, L. M. R.; BARRETO, R. A. D. S. S.; DE ALENCAR, L. K. B., NUNES, D. S., SILVA, T. M.; DE OLIVEIRA, I. F. R. **Avaliação do estado de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados**. *Rev. Enf. da UFJF*, v. 4, n. 2, 2018.
- MELLO, B. S.; LUCENA, F.A.; ECHER, I.C; LUZIA, M.F. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 31, n. 4, p. 803-11, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400026>
- MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Pippincott Williams & Wilkins; 2018. 823p.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, v.17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual*, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 11 dez. 2021
- MIRANDA, S.L.; LANNA, M.A.L.; FELIPPE, W.C. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicol Cienc Prof.*, v. 35, n. 3, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>

MIURA, C.R.M.; CAMPANHARO, C.R.V.; BATISTA, R.E.A.; LOPES, M.C.B.T.; BARROS, P.F. OKUNO, M.F.P. Qualidade de vida e experiências religiosas/espirituais de pacientes com câncer em um serviço de emergência. **Cogitare enferm.** 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67474>

MONCAYO, F. L.G.; BREITBART, W. Psicoterapia centrada en el sentido: “vivir con sentido” Estudio piloto. **Psicooncología**, v. 10, n. 2-3, p. 233- 245, nov. 2013. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446

MOREIRA, J.L.S. **Enfermeiros no cuidado de idosos com estomas de eliminação: estratégias educativas realizadas no pré-operatório e o impacto no autocuidado.** 2020. 31 p. Monografia (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso) – Programa de Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde do Idoso, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020.

MORRIS, D.B. *et al.* Identification of domains relevant to health-related quality of life in patients undergoing major surgery. **Qual Life Res**, v. 15, n. 5, p. 841-54, 2006. DOI: 10.1007/s11136-005-5506-8

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Spirituality in Cancer Care (PDQ®)–Patient Version.** 2006. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faith-and-spirituality/spirituality-pdq>> . Acesso em: 11 nov. 2021.

NEJAT, N.; WHITEHEAD, L.; CROWE, M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. **Contemp Nurse [Internet]**, v. 53, n. 1, p. 48-59, 2017. DOI: 10.1080/10376178.2016.1276401

NICOLUSSI, A.C. Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa da literatura. 2008. 29f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

NUNES, R. R. *et al.* **Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a experiência dos pacientes com câncer.** **REVER**, v. 20, n. 2, p. 47-59, 2020.

OGLE, P. J.; PARK, J.; DAMHORST, M. L.; BRADLEY, L.A. Social support for women who have undergone bariatric surgery. **Qual Health Res**, v. 26, n. 2, p. 176-93, 2016. DOI: 10.1177/1049732315570132.

OLIVEIRA, D. S.; FURTADO, L.N.S.; AZEVEDO, F.B.; RAMOS, S.B.; BITTAR, C.M.L. Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. **Revista Temas em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 76-102, 2018. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/07/18206.pdf>>

OLIVEIRA, G.R. *et al.* Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.** [Internet], v. 11, n.2, p. 140-14, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>

OLIVEIRA, J.M.; REIS, J.B.; SILVA, R.A. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Rev en-ferm UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 938-46, 2018. DOI: doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231359p938-946-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231359>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. MetaArXiv Preprints**. p. 1-36, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PANZINI, R. G.; MAGANHA, C.; DA ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade religião e crenças pessoais. **Rev. saúde pública.**, v. 45, n. 1, p. 153-65, 2011. DOI: doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ywHgmcdNdGbtsTwkSKnkccp/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

PAREDES, A.C.; PEREIRA, M.G. Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. **J Relig Health.**, v. 57, n. 5, p. 1606-17, 2017. DOI: [10.1007/s10943-017-0452-7](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28725952/>. Acesso em: 08 dez. 2021.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A.C. L.Q. LESSA, P.S.; CAOUS, C.A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/Fm8XHkdQd8Rz5cp5dbvfNlf/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2021.

PIACENTINI, A.B.; MENEZES, H. Recentes aspectos sobre a biologia do câncer e das metástases. **Rev. Saúde Públ.**, v. 5, n. 3, p. 593-604, 2012.

PINTO A.C.; MARCHESINI, S.N.; ZUGNOM P.I.; ZIMMERMANN, K.G.; DAGOSTIN, V.S.; SORATTO, M.T. A Importância da Espiritualidade em Pacientes com Câncer. **Rev.Saúde.Com.**, v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/download/351/283/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

POLMANN, H. *et al.* Prevalence of dentofacial injuries among combat sports practitioners: A systematic review and meta-analysis. **Dent Traumatol.**, v. 36, n. 2, p. 1-17, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/edt.12508>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/edt.12508>. Acesso: 01 dez. 2021.

PRADO, E. D.; SALES, C. A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; MATSUDA, L. M.; BENEDETTI, G. M. D. S.; MARCON, S. S. Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica. **Escola Anna Nery.**, v. 24, n. 2, 2020. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2019-011](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-011). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/ZwBNrNHNmcNDztn3hW5kYCC/?lang=en>. Acesso em: 01 jan. 2022.

PUCHALSKI, C. M. Spirituality in cancer trajectory. **Ann. oncol.**, v. 23, n. 3, p. 49-55, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>. Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)38892-1/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)38892-1/fulltext). Acesso em: 08 nov. 2021.

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. 642-656, 2014. DOI: 10.1089/jpm.2014.9427. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24842136/>. Acesso em: 02 dez. 2021.

REGINATO, V. BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab. educ. saúde. [Internet]**, v. 14, n. 1, p. 237-55, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0237.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

RIBEIRO, S.L.; SCHWARTZ, E.; FEIJÓ, A.M.; SANTOS, P.B.; GARCIA, R.P.; LISE, F. Incidentes críticos experiência dos no tratamento da doença oncológica. **Rev de Enferm O Min.**, v. 5, n. 3, p. 9805-19, 2015. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v5i3.898>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/898>. Acesso em: 17 nov. 2021.

RIZZARDI, C. D.; TEIXEIRA, M. J.; DE SIQUEIRA, S. R. D. T. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 34, n. 4, p. 483-487, 2020. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021

ROCHA, D.M.; GONÇALVES, L.C.S.; COSTA, J.G.M.; SILVA, JUNIOR R.F. Conhecendo melhor indivíduo com ostomia ou ostomizado: com relação à imagem corporal e o psicológico. **UNINGÁ Rev.**, v. 56, n. 2, p. 94-9, 2019.

ROCHA, L. G.; DE SOUZA, A.Q.; DE OLIVEIRA ARRIEIRA, I.C. Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica. **J. nurs. health.**, v. 10, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i2.17868>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17868>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ROSADO, S. R.; ALVES, J. D.; PACHECO, N. F.; ARAÚJO, C. M. Cuidados de Enfermagem a pessoa com estomia: Revisão Integrativa. **E-Scientia**, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2662/pdf> . Acesso em> 26 dez. 2021.

SALSMAN, J. M. *et al.* A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. **Cancer**, v. 121, n. 21, p. 3769-3778, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.29350>

SALVETTI, M. G.; MACHADO, C. S.P.; DONATO, S.C.T.; SILVA, Ad. M. **Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer.** *Rev. Bras. Enferm.* [online] v.73, n.2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180287.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

SAMARA, A. O.; DE AQUINO, G.B. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. **Rev. cient. FAMINAS.**, v. 10, n. 1, 2016.

SAMPAIO, A.D.; SIQUEIRA, H.C.H. Influência da Espiritualidade no Tratamento do Usuário Oncológico: Olhar da Enfermagem. **Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saúde [Internet]**, v. 20, n. 3, p.151-8, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26049965006.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021

SAMPAIO, C.E.P.; RIBEIRO, D.A.R.; MARTA, C.B; SEABRA, JÚNIOR, H.C.; ROSE, E., FRANCISCO M.T.R. Determinant Factors of the Anxiety and Mechanisms of Coping on General Surgical Procedures. **RPCFO [Internet]**, v. 05, n .4, p. 547-55, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3070/pdf_922

SANTOS, M.; MARTINS, J.; OLIVEIRA, L.A. Ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. **Rev. Enf. Ref.**, v. 4, n. 3, p. 7-15, 2014. DOI: 10.12707/RIII1393. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2461&id_revista=24&id_edicao=68. Acesso em: 08 nov. 2021.

SANTOS, M.A. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 9, p. 3061-3075, 2017.

SANTOS, R. R.; PICCOLI, M.; CARVALHO, A.R.S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enfermagem.**, v. 12, n. 1, p. 52-61, 2007.

SCHIMIGUEL, J. CENCIARELLI, E.A, NUNES, L.C, LUCENA, A.M.F, NOSOW, V. O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Saúde Rev [internet].**, v. 2015, p. 15, n. 39, p. 47-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n39p47-57>. Disponível em: <http://www.bibliotekevvirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/1670-sr/v15n39/17398-o-acolhimento-de-pacientes-oncologicos-uma-revisao-bibliografica.html>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SCHLEDER, L.P.; PAREJO, L.S.; PUGGINA, A.C.; SILVA, M.J. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 71-8, 2013.

SELDER, F. Life transition theory: the resolution of uncertainty. **Nurs Health Care.**, v. 10, n .8, p. 437-40, 449-51, 1989.

SILVA, A. N. *et al.* Política nacional de atuação oncológica: dificuldades e desafios. **Braz. J. of Dev.**, v. 6, n. 9, p. 68354-68368, 2020.

SILVA, A.C.C.; GIARDINETTO, A.R.S.B. Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional. **Rev.Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 297-308, 2012.

SILVA, A.F. *et al.* Experiência espiritual de um idoso em pré-operatório oncológico: relato de caso / Spiritual experience of an elder in oncological preoperative care: case report. **Rev Med (São Paulo)**, v. 95, n. 4, p.183-6, 2016.

SILVA, A.F.; BRASIL, A.Q.; FREIRE, J.F.; DE OLIVEIRA, A.C.D.; FERREIRA, A.G.C.; LOPES, J.M.P. "Experiência espiritual de um idoso em cuidados pré-operatórios oncológicos: relato de caso / Experiencia espiritual de um idoso em pré-operatorio oncologico: relato de caso". **Revista de Medicina**, v. 25, n. 4, pp. 183, 2016. Disponível em:

<https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=anon~a5f60ec3&id=GALE|A488820354&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=7d7c68c6>. Acesso em: 17 dez. 2021.

SILVA, B.W.A.C.; MEDEIROS, MBC.; MESQUISA, S.K.C.; COSTA, I.K.F. **Análise da adaptação de idosos com estomias intestinais do Rio Grande Do Norte**. Editora CIEH. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2017. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA2_ID675_10062019165336.pdf . Acesso em: 08 dez. 2021.

SILVA, D. A. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. **Revista Cuidarte.**, v. 11, n. 3, e1107, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1107>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1107>. Acesso em: 11 dez. 2021.

SILVA, G.M.; KAMEO, S.Y.; SAWADA, N.O. Percepções da criança e do adolescente com câncer frente ao diagnóstico e tratamento da doença. **Rev. iberoam. educ. invest. enferm.**, v. 4, n. 4, p. 15-24, 2014.

SILVA, L.A.S.R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 43, n. 3, p. 139-140, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf. Acesso em: 14 dez. 2021.

SILVA, M.A.; RODRIGUES A.L.; CESARETTI, I.U.R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. São Paulo: EPU; 1997.

SILVA, N.M.; SANTOS, M.A.; ROSADO, S.R.; GALVÃO, C.M.; SONOBE, H.M. Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 25, p. 1- 11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jTTPKyzjQKFtPgWHPvJBvm/?lang=en>. Acesso em: 08 dez. 2021.

SILVA, S. D. S.; AQUINO, T. A. A. D.; SANTOS, R. M. D. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras. ter. cogn.**, v. 4, n.2, p. 73-89, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006. Acesso em: 12 nov. 2021.

SILVA, T.C.V.; DE MAZZI, N.R. A espiritualidade no cuidado perioperatório: a perspectiva do paciente. **J. nurs. Health**, v. 9, n. 2, e199205, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA (SBCO). **Cirurgia Oncológica**. 2021. Disponível em: <https://sbco.org.br/cirurgia-oncologica/>. Acesso em: 02 de dezembro de 2021.

SORATTO, M.T.; DA SILVA, D.M.; ZUGNO, P.I.; DANIEL, R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p53-63>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831994/6.pdf>. Acesso em: 08 out, 2021.

SOUSA, F. F. P. R. D.; FREITAS, S. M. F. M.; FARIAS, A. G. S.; CUNHA, M. C. S. O.; ARAÚJO, M. F. M.; VERAS, V. S. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog.**, v. 13, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/126497>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SOUZA, K.A.; SOUZA, S.R.; TOCANTINS, F.R.; FREITAS, T.F.; PACHECO, P.Q.C. The Therapeutic itinerary of patient in oncological treatment: Implications for nursing practice. **Rev Cienc Cuid Saúde [Internet]**, v;15, n. 2, p. 259-67, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.229896>.

SOUZA, V.M.; FRIZZO, H.C.F.; PAIVA, M.H.P.; BOUSSO, R.S.; SANTOS, A.S. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. **Rev Bras Enferm**, p. 68, n. 5, p. 509-14, 2015.

SPADACCIO, C.; BARROS, N.F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface Comun Saúde Educ [Internet]**, v. 13, n. 30, p. 45-52, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a05.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

UMANN, J.; GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Cienc Cuid Saude [internet]**, v. 9, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10531/5738>. Acesso em: 16 nov. 2021.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP). **Tipos de Revisão de Literatura**. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. Botucatu. 2015.

VASCONCELOS, S.X.P.; AQUINO, T.A.A. **Cuidados Paliativos e Logoterapia: O modo humano de morrer**. Editora UFPB. João Pessoa, PB, 2015.

VELOSO, C.S.; DA SILVA, D.S. Desafios e descobertas sobre o atendimento interdisciplinar em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos.**, v. 10, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1968>. Acesso em: 15 dez. 2021.

VIDAL, A. L. P., FERREIRA, A. C., SOUZA, L. G. P., CAETANO, M. E. S., CHAVES, T. A., GONÇALVES, S. H. R. Espiritualidade e cuidados paliativos no tratamento de pacientes oncológicos. **CIPEEX.**, v. 2, p. 1149-1160, 2018.

WANDERBROOCKE, A.C.N.S.; BAASCH, C., ANTUNES, M.C, MENEZES, M. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trab. educ. saúde.**, v. 16, n. 3, p. 1157-76, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00155.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Genomics. In: International Agency for Research on Cancer (IARC).** World Cancer Report. Lyon: IARC, 2014. p. 184.

XING, L.; GUO X, BAI L, B.N.; QUIAN, J.M.; CHEN, J.M.N. Are spiritual interventions beneficial to patients with canceret?: a meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. **Medicine (Baltimore)**, v. 97, n. 35. 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000011948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30170390/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
DE NICOLUSSI, A. C. (2008)**

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do Artigo	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE QUALIDADE DE VIDA

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Definição utilizada: <input type="checkbox"/> QV Geral <input type="checkbox"/> QV relacionada à Saúde <input type="checkbox"/> outra: _____ Especificar a definição utilizada: _____ _____ _____
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico/ Mental <input type="checkbox"/> Nível de Independência <input type="checkbox"/> Relações Sociais <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais <input type="checkbox"/> Sexualidade e Interesses Sexuais <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____ _____ _____
Quanto ao instrumento utilizado:	Qual é(são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)? _____ _____ _____ O pesquisador justifica a escolha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Justificativa: _____ _____ _____ O instrumento utilizado é validado para a população do estudo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Tratamento dos Dados (Análise estatística)	
Nos estudos de intervenção, qual(is) a(s) intervenção(ões) usada(s)?	<p>Variáveis:</p> <p>() Independente (intervenção): _____</p> <p>_____</p> <p>() Dependente _____</p> <p>_____</p> <p>Grupos:</p> <p>Experimental _____</p> <p>Controle _____</p>
Resultados	
Conclusões	
Nível de evidência (Segundo MELNIK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., 2005)	<p>() I – Revisão Sistemática (RS) ou metanálise de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC) relevantes ou diretrizes clínicas baseadas em RS de ECRC</p> <p>() II – pelo menos um ECRC bem delineado</p> <p>() III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização</p> <p>() IV – estudos de caso-controle e de coorte bem delineados</p> <p>() V – RS de estudos descritivos ou qualitativos</p> <p>() VI – único estudo descritivo ou qualitativo</p> <p>() VII – opinião de autoridades e/ ou relatório de comitês de especialistas</p>