

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ERICA MARIA BELMIRO DOS SANTOS**

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE  
PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

**JOÃO PESSOA**

**2024**

ERICA MARIA BELMIRO DOS SANTOS

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE  
PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

**Projeto de Pesquisa vinculado:** Cuidado ao Adulto e Idoso com Doenças Crônicas, Incapacidades e Deficiências

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa

JOÃO PESSOA

2024

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S237e Santos, Erica Maria Belmiro dos.

Espiritualidade e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico / Erica Maria Belmiro dos Santos. - João Pessoa, 2024.

110 f. : il.

Orientação: Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem oncológica. 2. Câncer de pulmão. 3. Câncer - Espiritualidade. 4. Câncer - Qualidade de vida. I. Costa, Kátia Neyla de Freitas Macedo. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083:616-006(043)

**ERICA MARIA BELMIRO DOS SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

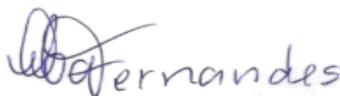
**Aprovada em: 29/02/2024**

**BANCA EXAMINADORA:**



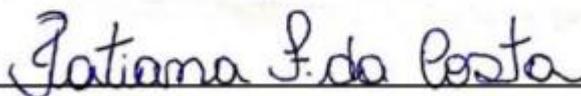
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa – Presidente  
Universidade Federal da Paraíba



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes - Membro Interno Titular  
Universidade Federal da Paraíba



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Ferreira da Costa – Membro Externo Titular  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kaisy Martins de Albuquerque Madruga – Membro Externo Suplente  
Unifuturo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Serpa de Souza Batista – Membro Interno Suplente  
Universidade Federal da Paraíba

*Dedicatória*

Dedico a minha mãe – avó, eterno amor da minha vida, Maria José da Conceição.

*“E disse-me: A minha graça te basta, porque o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza. De boa vontade, pois, me gloriarei nas minhas fraquezas, para que em mim habite o poder de Cristo. Pelo que sinto prazer nas fraquezas, nas injúrias, nas necessidades, nas perseguições nas angústias, por amor de Cristo. Porque, quando estou fraco, então, sou forte”.*

2 Coríntios 12:9-10.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a **Deus** por ter me sustentado e permitido essa experiência.

À minha mãe **Maria José da Conceição**, por todo amor, carinho, zelo, educação, companheirismo e cuidados dedicados a mim e a nossa família, por tanto contemplo a todos através do seu nome.

À **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa**, por todo conhecimento compartilhado e oportunidades concedidas em minha trajetória acadêmica. Às professoras membros da Banca Examinadora **Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes, Dr.<sup>a</sup> Tatiana Ferreira da Costa, Dr.<sup>a</sup> Patrícia Serpa de Souza Batista e Dr.<sup>a</sup> Kaisy Martins de Albuquerque Madruga**, pelas contribuições a este trabalho.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelos ensinamentos compartilhados com muito zelo e amor, durante o Curso de Mestrado.

Aos **amigos da Turma de Mestrado 2022.1**, especialmente a **Deborah Helena Batista Leite, Isabella Martelleto Teixeira de Paula e Daiana Beatriz de Lira e Silva**, pela cumplicidade, partilhamento de conhecimentos e ideias, bons momentos e amizade.

Aos amigos do **Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso**, por toda contribuição, aprendizagem e carinho durante este processo de mestrado acadêmico.

Aos **Pacientes com Câncer de Pulmão e Profissionais do Hospital Napoleão Laureano**, pela compreensão, acolhimento, carinho e participação voluntária nesta pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**, pelo apoio financeiro durante o curso, mediante concessão de bolsa de estudo.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das características sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	39
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das características clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	40
<b>Tabela 3</b>	Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023. (n=74)	42
<b>Tabela 4</b>	Associação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	43
<b>Tabela 5</b>	Correlação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	44
<b>Tabela 6</b>	Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	46
<b>Tabela 7</b>	Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	47
<b>Tabela 8</b>	Correlação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	47
<b>Tabela 9</b>	Correlação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	49
<b>Tabela 10</b>	Correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil 2023. (n=74)	50

## LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>CCS</b>	Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	Conselho de Ética e Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CP</b>	Câncer de Pulmão
<b>CPPC</b>	Câncer de Pulmão de Pequenas Células
<b>CPCNP</b>	Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não-transmissíveis
<b>DNA</b>	Ácido desoxirribonucleico
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>EORTC</b>	European Organization For Research And Treatment of Cancer
<b>GLOBOCAN</b>	Global Cancer Observatory
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>MEEM</b>	Mini Exame do Estado Mental
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada á Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WHOQOL</b>	The World Health Organization Quality of Life
<b>WHOQOL-SRPB</b>	World Health Organization Quality of Life Espiritualidade - Religiosidade - Crenças Pessoais

## RESUMO

**Introdução:** O câncer é uma doença complexa e configura-se como uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, dentre os tipos de câncer, destaca-se o de pulmão, por afetar profundamente a vida dos pacientes e suas famílias com sintomas incapacitantes, inespecíficos e altas taxas de mortalidade. Diante dos desafios inerentes ao diagnóstico e tratamento, diversos fatores podem influenciar o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos. Entre esses fatores, a espiritualidade tem emergido como um aspecto relevante, capaz de fornecer suporte emocional, sentido e resiliência diante da adversidade oncológica, trazendo benefícios a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer de pulmão. **Objetivo:** Avaliar a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. **Método:** Pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, realizada em um serviço de referência no tratamento de câncer, localizada no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população do estudo foi composta por adultos e idosos com câncer de pulmão em tratamento oncológico no referido serviço (quimioterapia e/ou radioterapia) há no mínimo um mês. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o *software* R versão 4.2.3, desta forma obtivemos uma amostra de 74 pacientes. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico, o *World Health Organization Quality of Life Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais – WHOQOL-SRPB*, e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire – EORTC QLQ-C30*. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel, posteriormente analisados estatisticamente pelo programa *software* R versão 4.3.1, por meio de análise descritiva e inferencial. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer de nº 70379523.4.0000.5188. **Resultados:** A espiritualidade apresentou média elevada na faceta fé. A QVRS teve como maiores médias na escala de sintomas constipação, dificuldade financeira, fadiga, dor, perda do apetite, insônia e dispneia. Na escala funcional da QVRS as maiores médias foram na função cognitiva, emocional, funções físicas, social e funcional. Na relação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico podemos observar que houve correlação positiva fraca entre o escore conexão e dificuldade financeira ( $r = 0,29$  e  $p$ -valor =  $0,012$ ), bem como com o escore social ( $r = 0,27$  e  $p$ -valor =  $0,028$ ), correlação fraca positiva entre sentido e escala de saúde global ( $r = 0,25$  e  $p$ -valor =  $0,041$ ), Em relação a admiração, observou-se uma correlação negativa fraca com o escore funcional ( $r = -0,24$  e  $p$ -valor =  $0,044$ ). Observou-se também uma correlação positiva fraca entre insônia e escore inteireza ( $r = -0,27$  e  $p$ -valor =  $0,024$ ). No que tange a força, houve correlação negativa fraca com insônia ( $r = -0,25$  e  $p$ -valor =  $0,037$ ) e uma correlação fraca positiva com perda de apetite ( $r = 0,24$  e  $p$ -valor =  $0,044$ ). Observamos uma correlação negativa fraca entre o escore cognitiva e o paz ( $r = -0,31$  e  $p$ -valor =  $0,011$ ). Em relação a esperança, houve uma correlação fraca positiva com dificuldade financeira ( $r = 0,26$  e  $p$ -valor =  $0,036$ ) e correlação negativa fraca/moderada com o escore cognitiva ( $r = -0,42$  e  $p$ -valor =  $0,001$ ). Por fim podemos observar uma correlação negativa fraca entre Espiritualidade Total e insônia ( $r = -0,27$  e  $p$ -valor =  $0,025$ ) e cognitiva ( $r = -0,27$  e  $p$ -valor =  $0,024$ ). Houve também uma correlação negativa fraca entre dificuldade financeira e idade ( $r = -0,33$  e  $p$ -valor =  $0,005$ ), como também renda ( $r = -0,34$  e  $p$ -valor =  $0,004$ ), observamos o mesmo tipo de correlação entre renda e o escore emocional ( $r = -0,29$  e  $p$ -valor =  $0,016$ ). Temos ainda uma correlação fraca positiva entre dispneia e tempo de diagnóstico ( $r = -0,26$  e  $p$ -valor =  $0,035$ ). Por fim, quanto ao tempo de tratamento, houve correlação negativa fraca com fadiga ( $r = -0,25$  e  $p$ -valor =  $0,041$ ), náuseas e vômitos ( $r = -0,27$  e  $p$ -valor =  $0,028$ ), constipação ( $r = -0,30$  e  $p$ -valor =  $0,012$ ) e funções físicas ( $r = -0,32$  e  $p$ -valor =  $0,007$ ). Observamos uma correlação negativa fraca entre renda e admiração ( $r = -0,25$  e  $p$ -valor =  $0,042$ ), bem como uma correlação fraca positiva entre fé e tempo de diagnóstico ( $r = 0,42$  e  $p$ -valor =  $0,001$ ). **Conclusão:** A espiritualidade contribui positivamente na QVRS de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico.

**Descritores:** Espiritualidade. Qualidade de vida. Câncer de pulmão. Enfermagem oncológica.

DOS SANTOS, Érica Maria Belmiro. **Spirituality and health-related quality of life of lung cancer patients undergoing oncological treatment.** Dissertation (Master's in Nursing) – Federal University of Paraíba, 2024.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is a complex disease and is one of the main causes of morbidity and mortality in the world, among the types of cancer, lung cancer stands out, as it profoundly affects the lives of patients and their families with disabling, non-specific symptoms and high mortality rates. Given the challenges inherent to diagnosis and treatment, several factors can influence the well-being and quality of life of these individuals. Among these factors, spirituality has emerged as a relevant aspect, capable of providing emotional support, meaning and resilience in the face of oncological adversity, bringing benefits to the health-related quality of life of patients with lung cancer. **Objective:** To evaluate the spirituality and health-related quality of life of patients with lung cancer undergoing oncological treatment. **Method:** Cross-sectional research, with a quantitative approach, carried out in a reference service for cancer treatment, located in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The study population was made up of adults and elderly people with lung cancer undergoing oncological treatment at the aforementioned service (chemotherapy and/or radiotherapy) for at least one month. The sample size calculation was performed using the R software version 4.2.3, thus obtaining a sample of 74 patients. Data were collected using a structured instrument to obtain data regarding the sociodemographic and clinical profile, the World Health Organization Quality of Life Spirituality/Religiosity/Personal Beliefs – WHOQOL-SRPB, and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire – EORTC QLQ-C30. The data were stored in an electronic spreadsheet in the Microsoft Excel program, subsequently analyzed statistically using the R software program version 4.3.1, through descriptive and inferential analysis. The project was approved by the Ethics and Research Committee, under opinion number 70379523.4.0000.5188. **Results:** Spirituality presented a high average in the faith facet. HRQoL had the highest means on the symptom scale of constipation, financial difficulties, fatigue, pain, loss of appetite, insomnia and dyspnea. In the HRQoL functional scale, the highest averages were in cognitive, emotional, physical, social and functional functions. In the relationship between spirituality and the health-related quality of life of patients with lung cancer undergoing oncological treatment, we can observe that there was a weak positive correlation between the connection score and financial difficulty ( $r = 0.29$  and  $p\text{-value} = 0.012$ ), as well as with the social score ( $r = 0.27$  and  $p\text{-value} = 0.028$ ), weak positive correlation between sense and global health scale ( $r = 0.25$  and  $p\text{-value} = 0.041$ ), In relation to admiration, it was observed- if a weak negative correlation with the functional score ( $r = -0.24$  and  $p\text{-value} = 0.044$ ). A weak positive correlation was also observed between insomnia and completeness score ( $r = -0.27$  and  $p\text{-value} = 0.024$ ). Regarding strength, there was a weak negative correlation with insomnia ( $r = -0.25$  and  $p\text{-value} = 0.037$ ) and a weak positive correlation with loss of appetite ( $r = 0.24$  and  $p\text{-value} = 0.044$ ). We observed a weak negative correlation between the cognitive score and peace ( $r = -0.31$  and  $p\text{-value} = 0.011$ ). Regarding hope, there was a weak positive correlation with financial difficulty ( $r = 0.26$  and  $p\text{-value} = 0.036$ ) and a weak/moderate negative correlation with the cognitive score ( $r = -0.42$  and  $p\text{-value} = 0.001$ ). Finally, we can observe a weak negative correlation between Total Spirituality and insomnia ( $r = -0.27$  and  $p\text{-value} = 0.025$ ) and cognitive ( $r = -0.27$  and  $p\text{-value} = 0.024$ ). There was also a weak negative correlation between financial difficulty and age ( $r = -0.33$  and  $p\text{-value} = 0.005$ ), as well as income ( $r = -0.34$  and  $p\text{-value} = 0.004$ ), we observed the same type of correlation between income and emotional score ( $r = -0.29$  and  $p\text{-value} = 0.016$ ). We also have a weak positive correlation between dyspnea and time since diagnosis ( $r = -0.26$  and  $p\text{-value} = 0.035$ ). Finally, regarding treatment time, there was a weak negative correlation with fatigue ( $r = -0.25$  and  $p\text{-value} = 0.035$ ).

value = 0.041), nausea and vomiting ( $r = -0.27$  and  $p\text{-value} = 0.028$ ), constipation ( $r = -0.30$  and  $p\text{-value} = 0.012$ ) and physical functions ( $r = -0.32$  and  $p\text{-value} = 0.007$ ). We observed a weak negative correlation between income and admiration ( $r = -0.25$  and  $p\text{-value} = 0.042$ ), as well as a weak positive correlation between faith and time since diagnosis ( $r = 0.42$  and  $p\text{-value} = 0.001$ ). **Conclusion:** Spirituality contributes positively to the HRQoL of patients with lung cancer undergoing oncological treatment.

**Descriptors:** Spirituality. Quality of life. Lung cancer. Oncology nursing.

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer es una enfermedad compleja y es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, entre los tipos de cáncer se destaca el cáncer de pulmón, ya que afecta profundamente la vida de los pacientes y sus familiares con enfermedades incapacitantes, inespecíficas. síntomas y altas tasas de mortalidad. Dados los desafíos inherentes al diagnóstico y tratamiento, varios factores pueden influir en el bienestar y la calidad de vida de estas personas. Entre esos factores, la espiritualidad ha surgido como un aspecto relevante, capaz de brindar apoyo emocional, significado y resiliencia ante la adversidad oncológica, trayendo beneficios para la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer de pulmón. **Objetivo:** Evaluar la espiritualidad y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer de pulmón en tratamiento oncológico. **Método:** Investigación transversal, con enfoque cuantitativo, realizada en un servicio de referencia para el tratamiento del cáncer, ubicado en la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil. La población de estudio estuvo constituida por adultos y ancianos con cáncer de pulmón en tratamiento oncológico en el servicio antes mencionado (quimioterapia y/o radioterapia) durante al menos un mes. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante el software R versión 4.2.3, obteniendo así una muestra de 74 pacientes. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento estructurado para obtener datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico, el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, Espiritualidad/Religiosidad/Creencias Personales – WHOQOL-SRPB, y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cuidado del Cáncer. – EORTC QLQ-C30. Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo electrónica en el programa Microsoft Excel, posteriormente analizados estadísticamente mediante el software R versión 4.3.1, mediante análisis descriptivo e inferencial. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, bajo dictamen número 70379523.4.0000.5188. **Resultados:** La espiritualidad presentó un promedio alto en la faceta fe. La CVRS tuvo las medias más altas en la escala de síntomas de estreñimiento, dificultades financieras, fatiga, dolor, pérdida de apetito, insomnio y disnea. En la escala funcional CVRS los promedios más altos se encontraron en funciones cognitivas, emocionales, físicas, sociales y funcionales. En la relación entre la espiritualidad y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer de pulmón en tratamiento oncológico, podemos observar que hubo una correlación positiva débil entre el puntaje de conexión y la dificultad financiera ( $r = 0,29$  y valor  $p = 0,012$ ). , así como con el puntaje social ( $r = 0,27$  y  $p$ -valor =  $0,028$ ), débil correlación positiva entre sentido y escala de salud global ( $r = 0,25$  y  $p$ -valor =  $0,041$ ), en relación a la admiración se observó- si existe una correlación negativa débil con la puntuación funcional ( $r = -0,24$  y valor  $p = 0,044$ ). También se observó una correlación positiva débil entre el insomnio y la puntuación de integridad ( $r = -0,27$  y valor de  $p = 0,024$ ). En cuanto a la fuerza, hubo una correlación negativa débil con el insomnio ( $r = -0,25$  y valor  $p = 0,037$ ) y una correlación positiva débil con la pérdida de apetito ( $r = 0,24$  y valor  $p = 0,044$ ). Observamos una correlación negativa débil entre la puntuación cognitiva y la paz ( $r = -0,31$  y valor  $p = 0,011$ ). En cuanto a la esperanza, hubo una correlación positiva débil con la dificultad financiera ( $r = 0,26$  y valor  $p = 0,036$ ) y una correlación negativa débil/moderada con la puntuación cognitiva ( $r = -0,42$  y valor  $p = 0,001$ ). Finalmente, podemos observar una débil correlación negativa entre la Espiritualidad Total y el insomnio ( $r = -0,27$  y valor  $p = 0,025$ ) y cognitivo ( $r = -0,27$  y valor  $p = 0,024$ ). También hubo una correlación negativa débil entre la dificultad financiera y la edad ( $r = -0,33$  y valor  $p = 0,005$ ), así como el ingreso ( $r = -0,34$  y valor  $p = 0,004$ ), observamos el mismo tipo de

correlación entre puntuación de ingresos y emocional ( $r = -0,29$  y valor  $p = 0,016$ ). También tenemos una correlación positiva débil entre disnea y tiempo desde el diagnóstico ( $r = -0,26$  y valor de  $p = 0,035$ ). Finalmente, en cuanto al tiempo de tratamiento, hubo una correlación negativa débil con fatiga ( $r = -0,25$  y valor  $p = 0,041$ ), náuseas y vómitos ( $r = -0,27$  y valor  $p = 0,028$ ), estreñimiento ( $r = -0,30$  y valor  $p = 0,012$ ) y funciones físicas ( $r = -0,32$  y valor  $p = 0,007$ ). Observamos una correlación negativa débil entre ingresos y admiración ( $r = -0,25$  y valor  $p = 0,042$ ), así como una correlación positiva débil entre fe y tiempo desde el diagnóstico ( $r = 0,42$  y valor  $p = 0,001$ ). **Conclusión:** La espiritualidad contribuye positivamente a la CVRS de pacientes con cáncer de pulmón en tratamiento oncológico.

**Descriptores:** Espiritualidad. Calidad de vida. Cancer de pulmon. Enfermería oncológica.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>23</b>
3.1 Câncer: um problema de saúde pública	23
3.2 Câncer de pulmão	26
3.3 Espiritualidade: significado e benefícios no cuidado a pessoa com câncer	28
3.4 Qualidade de vida relacionada à saúde e o câncer	31
<b>4 MÉTODO</b>	<b>35</b>
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Cenário de estudo	35
4.3 População e delineamento amostral	36
4.4 Critérios de inclusão e de exclusão	37
4.5 Procedimentos para coleta de dados	37
4.6 Instrumentos de coleta de dados	37
4.7 Processamento e análise dos dados	38
4.8 Posicionamento ético	39
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>36</b>
5.1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	40
5.2 Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	43
5.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	48
5.4 Correlação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	50
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>52</b>
6.1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	52
6.2 Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	57
6.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	60
6.4 Correlação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico	66

<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, o cenário epidemiológico mundial e brasileiro tem sofrido significativas alterações, caracterizadas pela diminuição das doenças transmissíveis e um incremento notável nas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre as mais prevalentes estão a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares e os cânceres (Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2022; WHO, 2020).

A Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) estimou para 2023, um total de 1.958.310 casos novos de câncer nos Estados Unidos, com maior probabilidade de diagnóstico em homens (40,9%) do que em mulheres (39,1%), entre os cânceres mais comuns em ambos os sexos está o de pulmão que ocupa o segundo lugar, perdendo apenas para os cânceres de próstata e de mama (Siegel; Miller; Wagle, 2023).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) prever para o triênio 2023-2025 a ocorrência de aproximadamente 704 mil novos casos no Brasil, desses 32 mil serão de câncer de pulmão. Em 2022 foram registrados 18.020 mil casos nos homens e 14.540 mil nas mulheres, sendo responsável por altas taxas de mortalidade, com destaque na região nordeste, sendo o segundo câncer mais frequente na Paraíba, Ceará, Maranhão, Pernambuco e Piauí (Santos et al., 2023; INCA, 2022).

O câncer de pulmão é uma doença maligna que se origina nas células dos pulmões, podendo ocorrer nos brônquios ou alvéolos, tendo uma facilidade de disseminação por meio do sistema linfático que o torna um dos cânceres mais agressivos, devido à propensão na formação de metástases em órgãos distantes (Santos et al., 2023). É classificado em câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) e câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) para fins terapêuticos e prognósticos, ambos possuem alta letalidade, baixa taxa de cura e sobrevida (Souza et al., 2022).

Um fator que corrobora com a baixa taxa de cura é a presença de sintomas inespecíficos como tosse, dor no peito, dispneia, inapetência, perda de peso e fraqueza que contribuem para o diagnóstico tardio no estágio avançado, o que diminui as chances de sobrevivência, além de causar sofrimento e angústia ao indivíduo com repercussões no estado físico, psicológico e social (Cassim et al., 2019; Lee, 2021; Valencia Rico et al., 2022). Nesse cenário, o uso de estratégias que visem à promoção do bem-estar, adaptação no processo de adoecimento, recuperação e reabilitação dos pacientes e seus familiares são essenciais durante o itinerário da doença oncológica.

O tratamento oncológico depende principalmente do tipo do tumor e das condições da pessoa para definir o esquema terapêutico, dentre os mais comuns destacam-se a quimioterapia que é o tratamento sistêmico por meio de medicamentos quimioterápicos, a radioterapia que consiste na aplicação local de radiação ionizante para redução ou destruição do tumor e a cirurgia, em associação ou de forma isolada (Silveira et al., 2021).

No processo da quimioterapia os pacientes enfrentam diversos efeitos colaterais sistêmicos dentre eles anemia, náuseas, vômitos, astenia, leucopenia, diarreia, alopecia, fadiga, alterações de concentração e memória (INCA, 2022). A radioterapia pode causar perda de pelo local, febre, radiodermatite, alterações cardíacas, cansaço, entre outros (INCA, 2022).

Portanto, o tratamento do câncer resulta na imunidade enfraquecida levando o paciente a um estado crítico com repercussões no padrão do sono, nas condições emocionais, medo e sintomas ansiosos, promovendo o declínio das atividades de vida diária, da qualidade de vida e conseqüentemente, da qualidade de vida relacionada à saúde (Yu et al., 2022; Mota et al., 2021; Corrêa; Oliveira; Taets, 2020).

A qualidade de vida (QV) é definida como a compreensão que a pessoa tem em relação a sua posição na vida, no contexto cultural e do sistema de valores do meio em que habita, relacionado aos padrões, objetivos e expectativas (The Whoqol Group 1995). Enquanto que o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é uma definição associada a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e o impacto desta em sua vida cotidiana quando à presença de patologias e intervenções de saúde (Braga et al, 2019; Corrêa; Oliveira; Taets, 2020).

Nesse sentido, a literatura aponta que os aspectos existenciais e espirituais do paciente oncológico são estratégias que se configuram em uma forma de ressignificar o sentido da vida e da morte, assim como das dificuldades advindas do câncer de pulmão, como mudanças na rotina, dificuldades financeiras, medo da morte, mudança no emprego entre outros que causam insegurança e dúvidas sobre o futuro (Brandes et al., 2023).

A espiritualidade pode se expressar através de crenças, valores, tradições e práticas (Esperandio; Caldeira, 2022) sendo definida como um aspecto intrínseco da humanidade, em que o indivíduo busca um significado e propósito na vida, uma transcendência e experiência no relacionamento consigo, com a família, a sociedade, a natureza e o sagrado, ultrapassando o mundo material (Trindade et al., 2022; Esperandio; Caldeira, 2022).

Estudos retratam que a espiritualidade está associada à redução do estresse e sintomas de depressão, oportunizando um enfrentamento positivo nas situações de sofrimento e dor, o que favorece uma melhor qualidade de vida (Moosavi et al., 2019; Manzini et al., 2020).

Nesse contexto, a espiritualidade se configura como uma ferramenta a ser considerada na assistência aos pacientes oncológicos.

E embora as necessidades psicoespirituais sejam mencionadas pela enfermagem, essa abordagem ainda é escassa, uma pesquisa realizada em um hospital federal na capital do Sul do Brasil, que teve como objetivo fazer um levantamento dos problemas de enfermagem, frequentemente identificados nos históricos dos pacientes internados em unidades clínicas, obteve como resultado que não foi identificado diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades psicoespirituais dos pacientes (Ubaldo; Matos; Salum, 2015).

No processo do cuidar frente ao câncer de pulmão, as pesquisas apontam a espiritualidade como recurso utilizado para auxiliar o enfrentamento da doença, contribuindo para a redução dos sentimentos negativos e ansiedade, bem como a influência positiva do bem-estar espiritual na presença dos sintomas perda do apetite, dispneia, fadiga e dor melhorando a qualidade de vida (Lee, 2021; Fradelos et al., 2021).

Os pacientes com câncer de pulmão têm a sua QVRS afetada pelos diferentes fatores como o impacto psicológico e emocional, a presença de sintomas debilitantes, dificuldades financeiras e no contexto familiar e agressividade do tratamento oncológico que pode comprometer o desempenho físico e bem-estar geral (Johnson et al., 2019).

Portanto, identificar estratégias como a espiritualidade que possibilitam suporte e conforto durante o adoecimento pelo câncer, representa um subsídio importante para o desenvolvimento de intervenções que melhorem a QVRS. A associação entre espiritualidade e qualidade de vida relatada na literatura constata que intervenções psicológicas espirituais e técnicas de relaxamento influenciam positivamente na QV, enquanto que necessidades espirituais não satisfeitas repercutem negativamente, podendo levar a sintomas negativos relacionados a saúde mental (Fradelos et al., 2021; Lee, 2021).

Desta forma, a espiritualidade pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer, favorecendo a presença de sentimentos de raiva de Deus, revolta, compreensão do adoecimento como punição ou castigo, acarretando prejuízos na adesão terapêutica e piora na evolução da doença (Mendes et al., 2020; Urtiga et al., 2022).

Convém salientar que o enfermeiro é o profissional que lida diretamente com os pacientes com câncer de pulmão, em todas as fases do tratamento oncológico, sendo capaz de identificar as necessidades espirituais desses pacientes, por meio das consultas de enfermagem, intervindo através da realização de orientações, educação em saúde e avaliação do estado clínico geral antes e após as sessões de quimioterapia e radioterapia, ouvindo as dificuldades relatadas, fornecendo apoio emocional e psicológico.

Desta forma, o bem-estar espiritual deve ser considerado no plano de cuidados, com a finalidade de estabelecer e promover a espiritualidade, identificando e incluindo na prática assistencial diagnósticos de enfermagem como a angústia espiritual ou o risco para angústia espiritual, e posteriormente incluir o uso de intervenções que visem apoiar as práticas espirituais da pessoa ou família (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021), a fim de abranger a pessoa como um ser biopsicossocioespiritual.

Ao basear o seu cuidado em um plano com diagnósticos e intervenções que contemplem as dimensões espirituais e religiosas, o profissional de enfermagem poderá obter melhores resultados no enfrentamento da doença e restabelecimento da saúde dos pacientes oncológicos, por meio do aumento da resiliência (Silva et al., 2019; Moosavi et al, 2019).

Vale ressaltar que o despertar em desenvolver esta pesquisa surgiu na Graduação em Enfermagem/UFPB, através do desenvolvimento de um projeto de pesquisa realizado em um hospital de referência em oncologia no estado da Paraíba, o que possibilitou a vivência com pacientes oncológicos no itinerário terapêutico, sendo perceptível os efeitos adversos e as fragilidades desses pacientes, fazendo-me refletir sobre medidas de enfrentamento positivo, e o quanto os profissionais de enfermagem podem aprimorar as técnicas e intervenções de forma humanizada em prol dessa população.

Frente ao exposto, esse trabalho busca contribuir com a produção de conhecimento da área da Enfermagem, visto que há necessidade de investigações que tratem a temática da espiritualidade e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com câncer de pulmão, haja vista que o respectivo câncer tornou-se objeto deste estudo devido às altas taxas de morbimortalidade e impacto nos serviços de saúde (Mota et al., 2019).

A relevância deste estudo caracteriza-se pela possibilidade de informar sobre a espiritualidade no paciente com câncer de pulmão no contexto do tratamento oncológico, evidenciando a dimensão da qualidade de vida, uma vez que busca responder às seguintes questões: Os pacientes com câncer de pulmão têm a sua qualidade de vida relacionada à saúde afetada? Existe relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Associar a vivência espiritual e a qualidade de vida relacionada à saúde com os fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico;
- Relacionar a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O câncer: um problema de saúde pública

O câncer é um problema de saúde pública, definido como o conjunto de mais de 100 patologias que têm por característica o crescimento desordenado de células com tendência a invadir tecidos e órgãos subjacentes, emergindo com um impacto global, devido às altas taxas de morbimortalidade, hospitalizações e gastos relacionados à saúde (INCA, 2020; Sung et al., 2021).

Segundo o INCA (2019), estimou-se para cada ano do triênio 2020-2022 a ocorrência de 625 mil novos casos de câncer, excluindo os cânceres de pele não melanoma, são 450 mil, sendo os mais incidentes mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).

Classificam-se em tumores malignos e benignos. Os tumores malignos se espalham e invadem tecidos próximos e podem chegar a locais distantes do corpo para formar novos tumores (um processo denominado metástase). Diferentemente, os benignos não se espalham nem invadem os tecidos próximos e quando removidos, geralmente não voltam a crescer, apesar de comprimir órgãos e tecidos adjacentes, sendo chamados de lipoma, com origem no tecido gorduroso, mioma, no tecido muscular liso e adenoma das glândulas (INCA, 2020; Barroso-Sousa; Fernandes, 2022).

Os tumores malignos podem ser denominados como câncer não invasivo ou carcinoma *in situ*, quando está em seu estágio inicial e não se espalharam para outras camadas do órgão de origem, enquanto que o câncer invasivo alcança outras camadas celulares do órgão, por meio da corrente sanguínea e linfática, tendo a capacidade disseminação, produzindo metástases (INCA, 2020).

Trata-se de uma morbidade de caráter genético, isto é, causada por alterações nos genes que controlam a forma como as células crescem e se dividem. As mudanças genéticas que causam câncer podem acontecer devido a erros que ocorrem à medida que as células se dividem por danos ao ácido desoxirribonucleico (DNA) causados em decorrência de diversos fatores ambientais, sociais e biológicos (Chammas et al., 2022).

Geralmente, não é possível saber exatamente “porque” uma pessoa desenvolve câncer, porém fatores de risco podem aumentar as chances para ocorrência, como a exposição a produtos químicos ou outras substâncias, o tabaco, infecções por vírus da hepatite B (HBV)

e hepatite C, papilomavírus humano (HPV) e *Helicobacter pylori*; dieta rica em alimentos processados e industrializados, obesidade e inatividade física; consumo de álcool; exposições ocupacionais; poluição; medicamentos; fatores hormonais e reprodutivos; radiação ionizante; radiação ultravioleta (UV); imunossupressão e suscetibilidade genética (Chammas et al., 2022; INCA, 2020).

O câncer afeta todos os grupos populacionais, mas devido a desvantagens sociais e econômicas, certos grupos suportam uma carga desproporcional em comparação a outros que podem sofrer disparidades relacionadas à raça/etnia, deficiência, identidade de gênero, localização geográfica, renda, educação, idade, orientação sexual, origem nacional e/ou outras características (Silva; Silva, 2022).

A mortalidade por neoplasias no Brasil vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas, constituindo-se a segunda causa de óbitos no país, à medida que as mortes por doenças infectoparasitárias diminuem (INCA, 2020). Os cânceres de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama, são as cinco principais causas de morte por neoplasias na população brasileira (INCA, 2020).

Portanto, a detecção precoce por meio de estratégias de diagnóstico e rastreamento possibilita mais efetividade ao tratamento, aumenta as chances de cura e melhoram a qualidade de vida do paciente. O Programa Nacional para o Controle do Câncer recomenda medidas de informação para a população e profissionais de saúde, conscientizando sobre os sinais e sintomas de alerta, a fim de evitar que a identificação ocorra no período mais avançado da doença, onde as chances de cura são mínimas (INCA, 2020).

O rastreamento (*screening*) é realizado através do encaminhamento de pessoas para a realização de exames sem que apresentem sinais e sintomas, ofertado à população de duas maneiras: rastreamento organizado (oferecido de forma sistemática para um público-alvo) e oportunístico (quando o paciente procura o serviço por outro motivo e o profissional oferece o exame para detectar o risco, condição ou mesmo a doença) (INCA, 2022).

A partir da identificação de uma neoplasia o próximo passo é o tratamento. O recurso terapêutico oncológico tem como metas a cura, proporcionar melhor qualidade ou prolongar a vida do paciente, as principais modalidades são a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia (INCA, 2020).

No que se refere à cirurgia - remoção física do tumor - pode ser a primeira opção dependendo da localização do tumor e do acometimento aos tecidos próximos. Já a quimioterapia, tratamento sistêmico administrado em intervalos regulares, segundo o esquema terapêutico, pode ser neoadjuvante indicada para a redução do tumor e adjuvante após o

tratamento cirúrgico curativo sem evidência de neoplasia maligna detectável, para controle temporário da doença indicado para recidivas ou neoplasias hematopoiéticas de evolução crônica, curativa com a finalidade de curar o paciente com tumor maligno e paliativa para amenizar sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente (INCA, 2020).

E por fim, a radioterapia, intervenção que faz uso da radiação para destruir as células cancerígenas. Realiza-se na fase pré-operatória, visando reduzir o tumor; pós-operatória ou pós- quimioterapia; curativa; paliativa; anti-álgica e anti-hemorrágica. A hormonioterapia é considerada um tipo de quimioterapia que inibe hormônios responsáveis pelo crescimento de determinados tumores, a exemplo do câncer de próstata (INCA, 2020).

A prevenção primária no contexto do câncer se configura como um conjunto de medidas com a finalidade de evitar ou reduzir a exposição a fatores que aumentam a possibilidade de um indivíduo ter a doença, esses fatores podem ser definidos como modificáveis (hábitos alimentares inadequados, uso de tabaco e álcool, agentes infecciosos, radiação ultravioleta e ionizante, exposições ocupacionais, inatividade física, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica) e não modificáveis (hereditariedade, raça, etnia e gênero) (Sarpa; Friedrich, 2022; INCA, 2020). A educação em saúde ocupa um papel fundamental para a conscientização da população, através dessas medidas os profissionais estimulam a adoção de hábitos de vida saudável, promoção da vacinação e estimular medidas governamentais e políticas públicas de saúde (INCA, 2020).

Apesar da visibilidade alcançada pela dimensão da doença oncológica, identifica-se algumas fragilidades, como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, dificultando o diagnóstico precoce e conseqüentemente início do tratamento influenciando no agravamento do quadro clínico do paciente (Pereira; Queiroz, 2019). Como forma de amenizar esse tipo de situação foi instituída a Lei nº 12.732/2012 que estabelece o início do tratamento no limite máximo de 60 dias após o diagnóstico de neoplasia maligna pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012).

O estatuto da pessoa com câncer criado em novembro de 2021 por meio da lei de nº 14.238 preenche uma lacuna no arcabouço regulatório nacional assegurando aos pacientes oncológicos condições de igualdade, acesso adequado ao tratamento e exercício dos seus direitos, com o intuito de garantir o respeito à cidadania, à dignidade e a inclusão social (Brasil, 2021).

Ao longo dos anos, muitos avanços foram alcançados, incluindo também os cuidados paliativos, diante da necessidade de ofertar um cuidado holístico e integral. O cuidado

paliativo tem como finalidade otimizar a qualidade de vida em todas as fases de doenças que ameaçam a vida com foco na prevenção e alívio do sofrimento, tratamento da dor, falta de ar, fadiga, ansiedade entre outros sintomas, oferecendo ao mesmo instante apoio emocional, social e espiritual ao paciente e seus familiares (INCA, 2020; Ortiz-Mendoza et al., 2022).

### 3.2 Câncer de pulmão

O câncer de pulmão ou carcinoma broncogênico refere-se a tumores originados no parênquima pulmonar ou nos brônquios, é uma das principais causas de mortes relacionadas ao câncer nos Estados Unidos, e tem sido responsável por mais mortes em mulheres do que o câncer de mama, reflexo dos padrões de iniciação e cessação do tabagismo (Lortet-Tieulent et al., 2015).

Estima-se que haja 225.000 novos casos de câncer de pulmão nos Estados Unidos anualmente, e aproximadamente 160.000 pessoas morrem em decorrência da doença (Oliver, 2022). Na Colômbia, estimou-se que 9,2% das mortes por 100.000 habitantes são devido a patologia, dados similares foram encontrados no Chile, Paraguai e Venezuela (Sung et al., 2021).

No Brasil, foi responsável por 28.618 mortes em 2020 e no fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis no mundo (Santos et al., 2023; Valério et al., 2023).

O principal fator de risco apontado nos estudos é o tabagismo, bem como a exposição passiva, estima-se que 85% dos casos de câncer de pulmão sejam atribuídos ao tabaco. É ainda agravado por outros agentes cancerígenos, como o amianto, sílica, poeira do couro e madeira. Não há correlação entre o câncer de pulmão e o número de maços fumados por ano devido à complexa interação entre o tabagismo e os fatores ambientais e genéticos. Outros fatores incluem radiação para tratamento de câncer não pulmonar, especialmente linfoma não-Hodgkin e câncer de mama. A exposição a metais como cromo, níquel, arsênico e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos também foram relacionados. Ademais, doenças pulmonares como a fibrose pulmonar idiopática aumentam o risco de desenvolver a neoplasia maligna do pulmão, independentemente do tabagismo (Provencio et al., 2023; Wood et al., 2022; INCA, 2022).

A fisiopatologia do câncer de pulmão é complexa e pouco compreendida. Existe a hipótese de que a exposição repetida a agentes cancerígenos, como a fumaça do cigarro, leva à displasia do epitélio pulmonar. Se a exposição continuar, leva a mutações genéticas e afeta a

síntese protéica. Isto, por sua vez, altera o ciclo celular e promove a carcinogênese. As mutações genéticas mais comuns responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de pulmão são *MYC*, *BCL2* e *p53* para câncer de pulmão de pequenas células e *EGFR*, *KRAS* e *p16* para câncer de pulmão de células não pequenas (Provencio et al., 2023).

Estudo desenvolvido no Brasil, sobre o rastreamento do câncer de pulmão por meio da realização de exames de tomografia computadorizada de baixa dosagem, tem apresentado o potencial desta técnica para evitar mortes pela patologia, sugerindo que a implementação de um programa de rastreamento em 15 capitais brasileiras poderiam prevenir mais de 2500 mortes, rastreando 500.000 fumantes e ex-fumantes (Miranda-Filho *et al.*, 2021).

Esse tipo de rastreamento avança em diversos países, nos Estados Unidos, desde 2013 foi recomendado a realização da tomografia computadorizada de baixa dosagem para indivíduos entre 55 e 80 anos de idade com histórico de tabagismo pelo menos 30 marcos-ano, fumantes ou que tenham parado de fumar a 15 anos em média. Esses critérios foram ampliados em decorrência dos resultados da eficácia desse rastreio na diminuição da mortalidade pela doença (Choi; Mazzone, 2022). A adoção de medidas como estas favorecem a identificação precoce da doença, proporcionando ao paciente o acesso ao tratamento com maiores chances de cura.

Os tratamentos mais comuns para câncer de pulmão de pequenas células são: quimioterapia; radioterapia; cirurgia (lobectomia); quimioterapia com radioterapia (quimiorradioterapia); radioterapia no cérebro (irradiação craniana profilática); e quimioterapia com ou sem imunoterapia. Enquanto, que para o câncer de pulmão de células não pequenas são: cirurgia (lobectomia); radioterapia; quimioterapia; quimioterapia com radioterapia (quimiorradioterapia); Imunoterapia; e medicamentos direcionados (Xavier et al., 2023).

Estudo realizado em Minas Gêrias apontou que a maioria dos tratamentos de câncer de pulmão foram iniciados em até de 60 dias após o diagnóstico, conforme estabelece a lei nº12.732/2012, e os fatores relacionados a esse achado foram ser do sexo masculino e o tumor em estadiamento IV. Já o aumento da idade, iniciar o tratamento por radioterapia e o local da residência reduziam as chances de iniciar o tratamento antes de 60 dias (Souza *et al.*, 2022). Na Espanha, os dados são similares com mediana de 56 dias entre o intervalo de início do tratamento e o diagnóstico (León et al., 2022).

Em países como África do Sul, Ásia Ocidental e Europa Oriental, considerados de baixa e média renda, a acessibilidade aos serviços especializados para diagnóstico e

tratamento do câncer de pulmão são difíceis, principalmente para moradores da zona rural, o que se torna uma barreira para a obtenção de cuidados oncológicos (Lubuzo et al., 2020).

As dificuldades enfrentadas pelos pacientes com câncer de pulmão são inúmeras, e estudo realizado na Turquia, evidenciou que conforme a doença vai progredindo o nível de desesperança aumenta, sendo as taxas das perdas de motivação mais elevadas em mulheres do que nos homens (Dogan; Hanife, 2022). Nos Estados Unidos, a qualidade do sono dos pacientes era deficiente, o que afetou significativamente a qualidade de vida, bem como a gravidade dos sintomas (Martin et al., 2021). Esses achados permitem uma reflexão sobre a atuação dos profissionais de saúde para proporcionar cuidados mais abrangentes, logo os cuidados paliativos é um recurso que deve ser considerado, pois são apropriados em todas as fases da doença oncológica.

Na China, os efeitos da aplicação dos cuidados paliativos de forma precoce combinado com os demais cuidados oncológicos padrão, proporcionou melhora da qualidade de vida, estado nutricional, controle da dor, nível psicológico e taxas de sobrevivência (Chen et al., 2023). Dados significativos, pois à medida que o estágio da doença aumenta a taxa de sobrevida diminui, sendo necessário refletir nos cuidados de fim de vida (Monteiro et al., 2022).

Ademais, os dados nos setores da saúde acerca do câncer de pulmão ainda são escassos, com a necessidade de estudos regionais que favoreçam o desenvolvimento de programas e políticas públicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e diretrizes de triagem no Brasil. As novas drogas e tecnologias permitiram a individualização do tratamento oncológico, todavia a acessibilidade econômica não oportunizou ao público geral, sendo a população com câncer de pulmão heterogênea. Portanto, é de extrema importância que os mais diversos cenários sejam explorados para propor condutas que venha sanar as dificuldades da prática clínica direcionada a este público, a fim de promover um cuidado considerando os aspectos biológico, social, psicológico e espiritual do indivíduo (Gellati; Lorandi, 2020).

### **3.3 Espiritualidade: significado e benefícios no cuidado à pessoa com câncer**

O termo espiritualidade vem do latim *spiritus* ou *spirituali*, significa “sopro”, “sopro de vida”, respiração, ar ou vento, e nela se reflete a busca de significados, de conceitos que transcendem o visível, num sentido de conexão com algo maior que si próprio, um ser ou uma

força superior, o que pode incluir ou não a religiosidade (McGrath, 2020; Monteiro et al., 2020).

Assim, a religiosidade difere da espiritualidade por esta relacionada a práticas, rituais, símbolos, dogmas, cerimônias e crenças expressas pelo indivíduo para ter uma conexão com o sagrado, essa adesão a doutrinas específicas contribuem para o desenvolvimento de uma vida moral e ética baseadas nos ensinamentos dessa fé, podendo variar de pessoa para pessoa com diferentes níveis de devoção e interpretação dos princípios religiosos (Monteiro et al., 2020; Silva; Braga; Borges Neto, 2022).

A espiritualidade envolve uma construção complexa e multifacetada, que se relaciona com sentimentos de fé e significado. A fé ao fortalecer a crença em algo transcendental, possibilita a experiência da transcendência, permeando o âmago de cada indivíduo, conectando-se às necessidades de dar e receber amor, nutrir esperança, estimular a criatividade, exercer o perdão e cultivar a solidariedade, tanto com as pessoas quanto com a divindade (Nogueira et al., 2023).

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a espiritualidade como uma dimensão no conceito multidimensional da saúde, remetendo a questões de sentido da vida, não se limitando à prática religiosa ou tipo específico de crença (Oliveira; Junges, 2012).

Nesse sentido, a integração entre saúde e espiritualidade têm apontado contribuições significativas, como uma fonte de apoio, ressignificação do sofrimento e concepção da vida (Batista et al., 2021; Freitas et al., 2020). Existem evidências de que pessoas com a espiritualidade bem desenvolvida possuem melhor percepção da saúde e qualidade de vida (Silva et al., 2019).

Sua contribuição para a promoção e melhora da saúde ocorre devido à presença de um estado psicológico positivo (por trazer amor, esperança, altruísmo e perdão) e, por conseguinte, melhor estrutura para enfrentamento dos problemas e diminuição do estresse, o que gera equilíbrio do desempenho orgânico controlado pelo sistema nervoso, como a produção de imunidade e hormônios (Rodrigues-Sobral, 2022).

No contexto do câncer, a literatura científica tem evidenciado que a espiritualidade pode desempenhar um papel relevante na experiência de pacientes oncológicos, influenciando positivamente nos aspectos psicológicos, emocionais e sociais (Brandão et al., 2021; Chen et al., 2021; Feng et al., 2021). Pois, o processo de adoecimento e tratamento da doença oncológica é repleto de períodos de ansiedade e extremo sofrimento (Ribeiro; Campos; Anjos, 2019).

É considerado um recurso no enfrentamento da doença, por auxiliar no combate à ansiedade e depressão. Além disso, a crença em um relacionamento com o divino sustenta a esperança e o sentido diante dos desafios (Silva, 2020; Manzini et al., 2020; Chen; You; Liu; Kong; Lei; Guo, 2021).

Estudo de revisão sistemática apontou que os sentimentos positivos relacionados à crença em algo superior contribuíram para um bom prognóstico da doença, maior adesão ao tratamento e conseqüentemente, melhora da qualidade de vida (Urtiga et al., 2022). Também, confere bem-estar e a redução do estresse, da fadiga e do isolamento social, na readaptação à vida depois do adoecimento, sendo esta ajuda emocional um incentivo para os pacientes na convivência com familiares e amigos (Urtiga et al., 2022; Almeida Filho et al., 2023).

As pesquisas evidenciam a espiritualidade como fonte de vigor natural que alimenta a paz e a força interna, promovendo outros benefícios como melhora do humor, tranquilidade e confiança e segurança (Duque-Ortiz; Tirado-Otalvaro; Guarín- Cardona, 2023; Nunes *et al.*, 2020).

Na China, pesquisas apontam que o bem-estar espiritual de pacientes com câncer ginecológico apresenta correlações positivas nas subescalas funcional e de saúde global da qualidade de vida, e quanto menor a ansiedade da morte mais elevado é o nível de bem-estar espiritual (Cheng; You; Liu; Kong; Lei; Guo, 2021 ; Feng et al., 2021).

Logo, o modo com os pacientes com câncer lidam com o sofrimento por meio do uso de *coping* positivo de base religiosa e espiritual, ampliam um horizonte diante de si, sendo sustentação, calma e aceitação, ressignificando o sentido da vida (Araújo et al., 2022; Freitas et al., 2020). Identifica-se, portanto, quão necessário é que os profissionais promovam um cuidado integral com uso dos construtos espiritualidade e religiosidade.

No Brasil a Lei nº 9.982 de 14 de Julho de 2000, assegura a assistência religiosa em hospitais públicos e privados, justifica-se pela existência histórica de grupos religiosos nesses espaços (Brasil, 2000), todavia, pouco se percebe a presença de serviços de capelania hospitalar, na maioria das vezes a assistência religiosa é realizada por representantes religiosos voluntários (Araújo et al., 2022). Logo, o cuidado espiritual e religioso pode ser ofertado pelos profissionais de enfermagem, por meio de um plano de cuidado que englobe essas necessidades.

Os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International-Nanda I* (2021) abordam a dimensão espiritual com diagnósticos de enfermagem no domínio 10 – princípios da vida, que por ser algo subjetivo ainda é de difícil implementação e reconhecimento na prática, exemplos, desses estão na classe 3, e são a

angústia espiritual, risco de angústia espiritual, religiosidade prejudicada, risco para religiosidade prejudicada e prontidão para maior religiosidade (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). A identificação de alterações desse fenômeno não é algo fácil, mas, se faz necessário uma vez que a saúde espiritual é importante e também deve ser restabelecida.

Sabe-se que os cuidados em saúde não deve se limitar apenas aos aspectos biológicos do indivíduo, portanto os profissionais em saúde, especialmente os enfermeiros, devem implementar em sua assistência diagnósticos e intervenções que contemplem as dimensões religiosas e espirituais, a fim de obter melhores resultados na saúde e QV dos pacientes com câncer (Freitas et al., 2020).

### **3.4 Qualidade de vida relacionada à saúde e o câncer**

A relação entre qualidade de vida e saúde teve início com a medicina social no século XVIII e XIX, tornando-se mais viva a partir do novo conceito de saúde não como ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, psíquico e social da *World Health Organization* (WHO) (Silva; Schraiber; Mota, 2019).

À medida que o conceito de saúde tornou-se mais abrangente, considerando os diversos aspectos do indivíduo, a *The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL* (1995) forneceu impulso através de suas pesquisas para considerar a qualidade de vida como uma experiência relevante para os profissionais da saúde, o que culminou para o conceito da QVRS no sentido de avaliar a qualidade das mudanças como resultado das intervenções médicas, experiências de diagnósticos, tratamento, manutenção e promoção da saúde (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Assim, a QVRS trata-se de um construto subjetivo e multidimensional, duas dimensões que foram destacadas por pesquisadores na década de 1990 na qual, a subjetividade engloba a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, enquanto que a multidimensionalidade abrange a saúde física, estado psicológico, nível de independência, interações sociais com o meio ambiente e as crenças religiosas (De Vasconcelos et al., 2020).

Na atualidade, a QVRS tem sido afetada principalmente pela presença de condições crônicas, pois estas implicam adaptações, limitações e incapacidades ao indivíduo (Becker; Heidemann, 2020), sendo o câncer uma das mais prevalentes (WHO, 2020).

Nessa perspectiva, a QVRS representa um marcador fundamental para as avaliações clínicas, capacitando a mensuração do impacto físico, psicológico, social e espiritual resultante do câncer e suas disfunções. Essa ferramenta possibilita uma compreensão mais ampla do paciente, incluindo sua adaptação à condição em questão (Jesus; Ajala; Saldanha; Spexoto, 2019).

A mensuração da QVRS é complexa, uma vez que esta é subjetiva. Todavia, tem sido cada vez mais utilizada para a busca de melhores avaliações e alternativas no tratamento oncológico. Pesquisadores têm se debruçado na construção e aplicabilidade de instrumentos que identifique este fenômeno, e dentre os instrumentos mais utilizados para esta avaliação temos o questionário criado pelo grupo EORTC, denominado *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ C-30), que já está em sua 3.0 versão (The Eortc Group, 2018).

O estigma do diagnóstico de câncer está associado à morte, gerando sofrimento e o risco de desequilíbrio psicológico e emocional, associado a isto o tratamento interfere nas condições físicas do paciente com agravamento dos sintomas como insônia, fadiga, alopecia, náuseas, vômitos, perda do apetite, perda de peso, diarreia, interferindo no desenvolvimento das atividades de vida diária, relações interpessoais e o medo de recorrência (Silveira et al., 2021; Salvetti et al., 2020).

Pesquisa realizada em João Pessoa-PB, composto por pacientes com câncer de mama e próstata em tratamento oncológico apontou que os diversos esquemas terapêuticos afetam negativamente a QVRS dos pacientes, com repercussões físicas, psicológicas e sociais que interferem na adesão terapêutica (Viana et al., 2021).

Outro estudo, realizada no Mato Grosso do Sul (2021), utilizando o questionário EORTC QLQ C-30, identificou que após três meses de tratamento quimioterápico os domínios mais afetados foram a função emocional e os sintomas de fadiga, náuseas, perda do apetite, diarreia, dispneia e preocupações financeiras (Silveira et al., 2021). Semelhantemente ao achado descrito, pesquisa realizada em São Paulo, obteve resultados acrescidos de insônia e dos sintomas de ansiedade e depressão que mostraram correlação negativa com a qualidade de vida e a funcionalidade (Salvetti et al., 2020).

Em pacientes com câncer colorretal em tratamento de quimioterapia a QVRS apresentou pior desempenho na função emocional e prevalência dos sintomas fadiga, dor, insônia e perda do apetite. A presença da fadiga nesses pacientes pode impactar negativamente na rotina e ocasionar alterações psicoemocionais bem como na sua capacidade

de tomar decisão, portanto é essencial realizar a escuta ativa para identificar sua presença e influência na QVRS (Silva et al., 2022).

Estudos realizados na Suécia, Noruega, Dinamarca e Finlândia investigou a QVRS em pacientes com linfoma identificando que após seis meses de tratamento os escores da escala funcional emocional e cognitiva foram deteriorados, estabilizando-se após doze meses de tratamento (Rosenthal, 2022). Na Bulgária, as dimensões de dor, ansiedade e depressão tiveram um impacto significativo na QVRS (Djambazov; Giammanco; Gitto 2022).

Uma *scoping review* apontou que no câncer de pulmão, sintomas como a fadiga causa impactos na QVRS por influenciar na realização das atividades de vida diária, redução da sobrevida, recidiva da doença e atendimentos emergenciais gerando internações hospitalares (Mota et al., 2019).

Portanto, a superposição dos sintomas relacionados à doença oncológica, requer atenção e manejo adequado, pois quando não tratados adequadamente prejudicam a funcionalidade, o autocuidado e a qualidade de vida em seus diversos aspectos (Salveti *et al*, 2020; Silva et al., 2022).

Nesse tocante, as enfermeiras Carol Ferrans e Marjorie Powers criaram em 1984 um modelo conceitual de QV, o qual busca compreender e medir a qualidade de vida a partir da perspectiva dos indivíduos, levando em consideração suas próprias experiências e valores, esta teoria é baseada em três componentes principais que contribuem para a QV: saúde/estado funcional, bem-estar psicológico/emocional e bem-estar social/relacionamentos (Kimura; Silva, 2009).

Ferrans e Powers argumentam que a qualidade de vida constitui uma experiência multidimensional que abrange vários aspectos da vida de uma pessoa. Além disso, eles enfatizam que a avaliação da qualidade de vida deve ser feita a partir da perspectiva individual, considerando suas próprias percepções e valores, essa abordagem mais holística e centrada no indivíduo é valiosa para compreender a qualidade de vida em sua complexidade (Kimura; Silva, 2009).

Por conseguinte, a QVRS é parte de extrema importância no plano de cuidado global por fornecer subsídios para intervenções, possibilitando um atendimento integral ao paciente oncológico (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

Nesse tocante, a qualidade de vida torna-se uma métrica essencial como preditora do sucesso do tratamento oncológico, avaliando o bem-estar global do paciente, com uma abordagem centrada na formulação de estratégias terapêuticas personalizadas e orientando a formulação de políticas públicas, aprimorando a melhor experiência do paciente e otimizando

resultados a longo prazo, contribuindo com uma visão abrangente e humanizada da pessoa com câncer.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo transversal detém dimensão epidemiológica e almeja delimitar uma doença ou condição relacionada à saúde e a pesquisa descritiva busca retratar as características de um deliberado fenômeno ou população, assim como indicar ligações existentes entre variáveis. Propõe-se a identificar a regularidade com que um acontecimento ocorre, suas características, sua natureza, razões e conexões com outros fatos (Marconi; Lakatos, 2022).

A pesquisa exploratória é realizada quando se tem o propósito de examinar uma temática ou um problema não muito estudado, permitindo a familiarização com eventos parcialmente desconhecidos, autorizando o alcance de conhecimento sobre novos problemas, concepções ou aspectos (Alexandre, 2021; Marconi; Lakatos, 2022).

Por sua vez, a abordagem quantitativa, emprega instrumentos aptos para determinar fatos que serão aprimorados estatisticamente com base nas amostras. Essa categoria de estudo é benéfica quando se tem o objetivo de descrever a dificuldade de definir problema, denominar e compreender sistemas dinâmicos de conjuntos sociais e permitir a interpretação das singularidades dos comportamentos ou condutas dos indivíduos (Marconi; Lakatos, 2022).

### **4.2 Cenário de estudo**

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência estadual no tratamento de câncer, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A Instituição é composta por serviços oncológicos, tais como hemato-oncologia, oncologia pediátrica, radioterapia, quimioterapia, bem como, unidade de terapia intensiva, urgência oncológica, bloco cirúrgico, clínica geral e serviços ambulatoriais com inúmeras especialidades (HLaureano, 2022).

### **4.3 População e delineamento amostral**

A população do estudo foi composta por adultos e idosos com diagnóstico de câncer de pulmão que realizavam tratamento oncológico nas modalidades de quimioterapia e/ou radioterapia no serviço de referência.

O delineamento amostral foi baseado no estudo “*Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy*” (Brandão et al., 2021), com base no quantitativo de pacientes atendidos no ambulatório do serviço de referência, de janeiro a junho de 2023, que totalizou 253 pacientes. Partindo do pressuposto de que a população de pacientes é homogênea em relação às principais variáveis do estudo, o cálculo amostral, considerou um tamanho de amostra capaz de detectar correlações fracas, moderadas ou fortes entre as variáveis, com coeficiente de correlação linear mínimo de 0,32. Além disso, o nível de significância considerado foi de 5% (ou seja, a confiança é de 95%) e o poder foi de 80%. Podemos então calcular o tamanho da amostra de acordo com a expressão:

$$n = \left( \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{\frac{1}{2} \log\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right) + 3,$$

Em que  $\alpha$  é o nível de significância,  $1 - \beta$  é o poder,  $z_{(\alpha)}$  é o quantil da distribuição normal padrão e  $r$  é a estimativa do coeficiente de correlação linear. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o *software* R versão 4.2.3, livre e gratuito, disponível para *download* em <https://www.r-project.org/>. Obtendo-se então uma amostra de 74 pacientes.

#### 4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão definidos para os participantes foram: idade maior ou igual a 18 anos, ter diagnóstico de câncer de pulmão primário, secundário e/ou metástase e estar em tratamento quimioterápico (mínimo 4 sessões, período de um mês) e/ou radioterápico (mínimo 20 sessões, período de um mês) há pelo menos um mês.

Definiram-se como critérios de exclusão: possuir déficits graves de comunicação e/ou audição, pacientes em cuidados paliativos e que não possuem condição cognitiva para responder as perguntas, avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A), esse exame tem a pontuação total de 0 a 30 pontos, com ponto de corte de 18 pontos para analfabetos e 26 pontos para pessoas com 8 anos ou mais de escolaridade (MEEM) (Folstein; Folstein; Mchugh, 1975), ou apresentar complicações clínicas, físicas e/ou emocionais no

momento da coleta de dados que impeçam a sua realização.

#### **4.5 Procedimentos para coleta de dados**

Os dados foram coletados pela pesquisadora entre os meses de julho a dezembro de 2023, através de entrevistas individuais. Os participantes eram abordados nas salas de espera dos respectivos setores, quimioterapia e radioterapia, nos turnos da manhã e/ou tarde. A abordagem incluiu um momento inicial, para explicação ao paciente sobre os objetivos e a finalidade da pesquisa e após isso, foi solicitado a assinatura do TCLE.

#### **4.6 Instrumentos de coleta de dados**

Foi utilizado um questionário estruturado (Apêndice B) para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer de pulmão, apresentando informações acerca do sexo, faixa etária, procedência, estado civil, religião, ocupação/profissão, escolaridade, raça, renda familiar, tipo de tratamento, tempo de tratamento, tempo de diagnóstico, hábitos de vida, histórico familiar e pessoal para câncer, entre outros aspectos. Esse questionário passou, primeiramente, pela avaliação prévia de pesquisadores mestres e doutores da área, antes de ser introduzido em campo. Durante a coleta não foi necessário alterações por contemplar todas as características necessárias à população estudada.

O *World Health Organization Quality of Life Espiritualidade – Religiosidade – Crenças Pessoais – WHOQOL-SRPB* (Anexo B) foi utilizado para avaliação da espiritualidade. Trata-se de um instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS), validado no Brasil em 2011, com 32 itens, divididos em oito facetas: conexão a um ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança, otimismo e fé. As respostas são do tipo escala de likert de 5 pontos, em que “1= nada” e “5= extremamente”, em que escores mais elevados indicam melhor qualidade de vida espiritual. O  $\alpha$  de Cronbach para a SRPB-Geral foi de  $r= 0,96$ , atestando sua fidedignidade e confiabilidade (Panzini *et al.*, 2011).

O *European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire – EORTC QLQ-C30* (Anexo C) mensurou a QVRS, validada e adaptada à população brasileira (Michels; Latorre; Maciel, 2013). O questionário é constituído por 30 itens, distribuídos em cinco escalas funcionais (desempenho emocional, físico, cognitivo,

funcional e social), três escalas de sintomas (fadiga, vômito, náusea e dor) e escalas de qualidade de vida e estado de saúde global. O escore varia de 0 a 100, em que 0 retrata pior estado de saúde e 100 melhor estado de saúde, com efetivação das escalas de sintomas nas quais maiores escores representam mais sintomas e pior qualidade de vida (Aaronson *et al.*, 1993).

#### **4.7 Processamento e análise dos dados**

Os dados foram armazenados em planilhas no Programa *Excel* versão 2019, posteriormente organizado, codificado, importado e processado pelo *software* R versão 4.3.1, disponível livre e gratuitamente em <https://www.r-project.org/>. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial.

Foram utilizadas como medidas a frequência simples e o percentual, para descrever as variáveis qualitativas e para descrever as variáveis quantitativas foram utilizadas a média e o desvio padrão. O teste não-paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* foi utilizado para verificar a relação entre qualidade de vida, espiritualidade e as principais variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo. A escolha do teste se deu pela rejeição da hipótese de normalidade dos dados, utilizando o teste de *Lilliefors*.

Para correlacionar, foi aplicado o Teste de Correlação de *Spearman* por se tratarem de variáveis não paramétricas, sendo a classificação da magnitude das correlações fraca se  $|r| < 0,3$ ; moderada se  $0,3 \leq |r| < 0,7$ ; e forte se  $|r| \geq 0,7$  (Munro, 2001). O nível de significância adotado em todo estudo foi de 5%.

#### **4.8 Posicionamento ético**

Conforme a recomendação da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS (BRASIL, 2012), a pesquisa foi fundamentada nas normas de estudos com seres humanos, em vigor no país (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) sob parecer nº 6.137.865 e CAAE nº 70379523.4.0000.5188 (Anexo D). Solicitou-se o consentimento aos participantes da pesquisa, mediante a assinatura do TCLE.

Destaca-se que os participantes foram orientados e esclarecidos sobre a finalidade desta pesquisa, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados posteriormente a coleta

de dados, assim como a garantia do sigilo e confidencialidade das informações. Também foi ressaltado sobre a participação voluntária e que a recusa na participação não alteraria a assistência recebida no serviço, todos os participantes que decidiram participar do estudo receberam cópia do TCLE (Apêndice A).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

Dentre os participantes foi observada uma maior frequência do sexo feminino (53%), idade média de 60 anos, procedentes de outras cidades paraibanas e João Pessoa (53% e 45% respectivamente), casados (53%), raça parda/mulata (60%), com renda média de 1,74 salário mínimo, com uma média de 7,14 anos de estudos, aposentados ou que recebiam benefício previdenciário (INSS) (42% e 27% respectivamente), e religião católica e evangélica (57% e 26% respectivamente) (Tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição das características sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa –PB, Brasil 2023.

Variável	n = 74
<b>Sexo</b>	
Feminino	39 (53%)
Masculino	35(47%)
<b>Idade</b>	
Média (Desvio Padrão)	60 (11)
<b>Procedência</b>	
Outra	39(53%)
João Pessoa/PB	33 (45%)
Santa Rita/PB	2 (2,7%)
<b>Estado civil</b>	
Casado/a	39 (53%)
Solteiro/a	22 (30%)
Divorciado/a	7 (9,6%)
Viúvo/a	5 (6,8%)
<b>Raça</b>	
Parda/Mulata	44(60%)
Branca	18 (25%)
Preta/Negra	7 (9,6%)
Amarela	3 (4,1%)
Indígena	1 (1,4%)
<b>Renda</b>	
Média (Desvio Padrão)	1,76 (0,75)
<b>Anos de estudo</b>	
Média (Desvio Padrão)	7,14 (4,65)
<b>Situação profissional</b>	
Aposentado/a	31 (42%)
Benefício/INSS	20 (27%)
Do lar	9 (12%)
Pensionista	7 (9,5%)
Desempregado	4 (5,4%)

*continua*

*continua*

Empregado/ocupação	3 (4,1%)
<b>Religião</b>	
Católico/a	42 (57%)
Evangélico/a	19 (26%)
Espiritualizado sem religião	11 (15%)
Espírita	1 (1,4%)
Outra	1 (1,4%)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

A respeito das condições clínicas dos pacientes, 53% possuíam câncer de pulmão primário, diagnosticado em média há 16 meses, dentre os participantes avaliados, a maioria apresentou entre uma ou duas comorbidades com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (46% e 18% respectivamente), a maioria eram tabagistas (68%) e tiveram exposição ocupacional (34%), evidenciado a não a infecção por Covid-19 (73%), ausência de histórico pessoal para o câncer (69%) e presença de histórico familiar para o câncer (66%).

Sobre a avaliação da saúde, a maior parte dos pacientes avaliados referiu como regular e boa (43% e 30% respectivamente), em tratamento atual de quimioterapia (89%), presença de acompanhante (89%), não relataram dificuldade com o tratamento (66%), tempo de tratamento em sessões com média de 9 meses (DP 6), a maioria relatou alterações durante o tratamento (96%) em sua rotina/atividades (89%), relataram ter realizado tratamento anterior de cirurgia e radioterapia (38% e 35% respectivamente), a frequência do tratamento atual era quinzenal e mensal (45% e 27% respectivamente), frequência de atividade física outra (não praticavam) (39%), frequência de atividade de lazer semanalmente (36%) e as condições nutricionais foram eutróficos (70%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das características clínicas, hábitos e estilo de vida de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa –PB, Brasil 2023.

Variável	n = 74
<b>Câncer de pulmão</b>	
Primário	39 (53%)
Metástase	21 (28%)
Secundário	14 (19%)
<b>HAS</b>	
Não	40 (54%)
Sim	34 (46%)
<b>DM</b>	
Sim	13 (18%)
Não	60 (82%)
<b>Cardiopatia</b>	

<i>continua</i>
-----------------

Não	68 (93%)
Sim	5 (6,8%)
<b>Doença respiratória</b>	
Não	72 (99%)
Sim	1 (1,4%)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	49 (68%)
Não	23 (32%)
<b>Exposição ocupacional</b>	
Não	49 (66%)
Sim	25 (34%)
<b>Tempo de diagnóstico em meses</b>	
Média (Desvio Padrão)	16 (16)
<b>Teve covid-19</b>	
Não	54 (73%)
Sim	20 (27%)
<b>Histórico pessoal de câncer</b>	
Não	51 (69%)
Sim	23 (31%)
<b>Tempo histórico pessoal de câncer</b>	
Média (Desvio Padrão)	8 (5)
<b>Histórico familiar de câncer</b>	
Sim	49 (66%)
Não	25 (34%)
<b>Autoavaliação da saúde</b>	
Regular	32 (43%)
Boa	22 (30%)
Ruim	15 (20%)
Ótima	4 (5,4%)
Péssima	1 (1,4%)
<b>Tratamento atual</b>	
Quimioterapia	66 (89%)
Radioterapia	8 (11%)
<b>Acompanhante</b>	
Sim	66 (89%)
Não	8 (11%)
<b>Dificuldade com o tratamento</b>	
Não	49 (66%)
Sim	25 (34%)
<b>Tempo de tratamento em sessões</b>	
Média (Desvio Padrão)	9 (6)
<b>Alteração durante o tratamento</b>	
Sim	69 (96%)
Não	3 (4,2%)
<b>Tipo de alteração no tratamento</b>	
Rotina/atividades	64 (89%)
Relação conjugal/afetiva	8 (11%)
<b>Tratamento anterior</b>	
Cirurgia	28 (38%)
Radioterapia	26 (35%)
Outro	14 (19%)
Radioterapia e Quimioterapia	4 (5,4%)
Quimioterapia	2 (2,7%)
<b>Frequência do tratamento</b>	

*continua*

	<i>continua</i>
Quinzenalmente	33 (45%)
Mensalmente	20 (27%)
Semanalmente	12 (16%)
Diariamente	7 (9,5%)
Outro	2 (2,7%)
<b>Frequência atividade física</b>	
Outro	29 (39%)
Semanalmente	21 (28%)
Diariamente	10 (14%)
Quinzenalmente	9 (12%)
Mensalmente	5 (6,8%)
<b>Frequência atividade de lazer</b>	
Semanalmente	27 (36%)
Mensalmente	18 (24%)
Quinzenalmente	17 (23%)
Outro	9 (12%)
Diariamente	3 (4,1%)
<b>Condições nutricionais</b>	
Eutrófico	52 (70%)
Caquético	18 (24%)
Obeso	4 (5,4%)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

## 5.2 Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

Em relação à WHOQOL-SRPB é possível observar maior média de espiritualidade na faceta fé com 19 (6) e a espiritualidade total com média de 17,3 (Tabela 3).

**Tabela 3** – Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

Variável	Média (desvio-padrão)
<b>Fé</b>	19 (6)
<b>Conexão</b>	18 (2)
<b>Esperança</b>	17,96 (2,27)
<b>Força</b>	17 (2)
<b>Paz</b>	16,99 (2,37)
<b>Sentido</b>	16,55 (2,44)
<b>Inteireza</b>	16,5(2,2)
<b>Admiração</b>	16 (3)
<b>Espiritualidade total</b>	17,3 (2,1)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Na associação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico foi possível observar que houve relação entre conexão e estado civil (p-valor = 0,035) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Associação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

<b>Variável</b>	Conexão	Sentido	Admiração	Inteireza	Força	Paz	Esperança	Fé
<b>Sexo</b>								
Masculino	18 (2)	17 (3)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)
Feminino	17 (2)	16 (2)	16 (3)	16(2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (8)
p-valor	0,399	0,453	0,402	0,411	0,660	0,778	0,702	0,601
<b>Procedência</b>								
João Pessoa/PB	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)
Santa Rita/PB	19 (0)	16 (1)	16 (0)	16 (2)	19 (0)	18 (2)	19 (1)	20 (1)
Outra	17 (2)	16 (3)	16 (3)	16 (2)	17 (2)	16 (2)	18 (2)	20 (8)
p-valor	0,500	0,500	0,700	0,510	0,530	0,512	0,560	0,623
<b>Estado civil</b>								
Casado/a	18 (2)	16 (2)	16 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (8)
Solteiro/a	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (3)	17 (3)	18 (2)	18 (2)
Divorciado/a	19 (2)	18 (2)	16 (1)	18 (2)	19 (2)	18 (2)	19 (2)	20 (0)
Viúvo/a	15 (2)	15 (3)	14 (4)	15 (2)	16 (2)	16 (1)	16 (2)	17 (3)
p-valor	0,035*	0,3130	0,1750	0,2150	0,3980	0,3180	0,2520	0,2460
<b>Raça</b>								
Branca	17 (2)	16 (2)	15 (2)	16 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	21 (12)
Parda/Mulata	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (3)	19 (2)
Preta/Negra	17 (2)	16 (3)	15 (3)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)
Indígena	19 (NA)	15 (NA)	16 (NA)	16 (NA)	18 (NA)	16 (NA)	20 (NA)	19 (NA)
Amarela	19 (2)	18 (3)	17 (2)	18 (2)	19 (2)	18 (2)	19 (1)	20 (1)
p-valor	0,400	0,636	0,622	0,323	0,702	0,783	0,465	0,686
<b>Situação profissional</b>								
Empregado/ocupação	18 (1)	18 (1)	15 (2)	16 (1)	18 (2)	17 (2)	19 (2)	36 (29)
Pensionista	19 (2)	18 (2)	18 (2)	18 (2)	19 (2)	18 (2)	19 (1)	20 (1)
Aposentado/a	17 (2)	16 (3)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	18 (2)
Desempregado	17 (2)	16 (3)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)
Do lar	18 (2)	16 (2)	15 (3)	16 (3)	18 (2)	16 (3)	18 (3)	19 (1)
Benefício/INSS	18 (2)	17 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (3)	19 (3)	18 (2)
p-valor	0,800	0,489	0,600	0,700	0,900	0,729	0,443	0,769
<b>Religião</b>								
Espiritualizado	17 (3)	16 (2)	15 (2)	16 (1)	17 (2)	16 (2)	18 (3)	22 (16)
Católico/a	18 (2)	17 (3)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)
Evangélico/a	17 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)
Espírita	15 (NA)	12 (NA)	12 (NA)	12 (NA)	13 (NA)	12 (NA)	11 (NA)	14 (NA)
Outra	19 (NA)	18 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)
p-valor	0,459	0,338	0,132	0,070	0,270	0,301	0,373	0,128

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023. \**Wilcoxon-Mann-Whitney*

E na relação entre espiritualidade e as variáveis clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico observou-se relação entre fé e ocorrência de covid-19 (p-valor = 0,031) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Relação entre a espiritualidade e as variáveis clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

Variável	Conexão	Sentido	Admiração	Inteireza	Força	Paz	Esperança	Fé	Total
<b>Câncer de pulmão</b>									
Primário	17 (2)	17 (3)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	18 (2)	17,26 (2,09)
Secundário	17 (2)	16 (3)	15 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	19 (2)	16,87 (1,81)
Metástase	18 (2)	16 (2)	16 (2)	16 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	21 (11)	17,62 (2,20)
p-valor	0,2	0,65	0,722	0,412	0,709	>0,900	0,822	0,809	0,477
<b>HAS</b>									
Sim	18 (2)	17 (3)	16 (3)	16 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (9)	17,36 (2,17)
Não	17 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (2)	19 (2)	17,22 (1,99)
p-valor	0,402	0,544	0,606	0,533	0,500	0,822	>0,900	0,934	0,821
<b>DM</b>									
Sim	18 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	19 (2)	17,05 (1,94)
Não	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	17(2)	18 (2)	19 (7)	17,34 (2,10)
p-valor	>0,900	0,528	0,409	0,735	0,522	0,788	0,807	0,722	>0,9
<b>Cardiopatia</b>									
Sim	17 (2)	16 (2)	14 (2)	16 (1)	17 (2)	16 (2)	18 (3)	18 (23)	17,70 (3,87)
Não	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)	17,26 (1,92)
p-valor	0,302	0,455	0,209	0,355	0,498	0,477	0,822	0,822	0,703
<b>Doença respiratória</b>									
Sim	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20 (NA)	20,00 (NA)
Não	18 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (6)	17,25 (2,05)
p-valor	0,200	0,178	0,142	0,140	0,202	0,308	0,22	0,390	0,101
<b>Tabagismo</b>									
Sim	18 (2)	17 (3)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (7)	17,29 (2,27)
Não	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)	17,29 (1,64)
p-valor	0,623	0,544	0,698	0,654	0,804	0,846	>0,900	0,130	>0,900
<b>Exposição ocupacional</b>									
Sim	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (2)	19 (2)	17,49 (1,61)
Não	17 (2)	16 (3)	16 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (8)	17,18 (2,27)
p-valor	0,787	0,45	0,288	0,365	>0,900	0,602	>0,900	0,322	0,498
<b>Teve covid-19</b>									
Sim	17 (3)	16 (2)	15 (3)	16 (2)	17 (3)	16 (3)	17 (2)	18 (3)	16,62 (2,26)
Não	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (7)	17,53 (1,95)
p-valor	0,808	0,422	0,335	0,402	0,369	0,42	0,453	0,031*	0,2
<b>Histórico pessoal de câncer</b>									
Sim	17 (2)	16 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	16 (2)	17 (2)	21 (11)	17,41 (2,44)
Não	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	19 (2)	17,23 (1,90)
p-valor	0,804	0,487	0,694	0,602	0,802	0,591	>0,900	0,8	>0,900
<b>Histórico familiar de câncer</b>									
Sim	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)	17,32 (1,92)
Não	17 (2)	16 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	21 (10)	17,22 (2,36)

*continua*

*continua*

p-valor	0,8	0,694	0,6	0,3	0,522	>0,900	0,827	>0,900	0,55
<b>Autoavaliação da saúde</b>									
Péssima	20 (NA)	15 (NA)	16 (NA)	16 (NA)	16 (NA)	16 (NA)	18 (NA)	19 (NA)	17,00 (NA)
Ruim	18 (2)	16 (3)	16 (3)	16 (3)	17 (3)	16 (3)	17 (3)	18 (2)	16,93 (2,41)
Regular	17 (2)	16 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (9)	17,25 (2,20)
Boa	18 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (1)	17,60 (1,58)
Ótima	18 (4)	18 (2)	16 (3)	18 (3)	18 (3)	17 (2)	17 (2)	18 (3)	17,34 (2,80)
p-valor	0,640	0,722	0,922	0,302	>0,900	>0,900	0,865	0,848	0,807
<b>Tratamento atual</b>									
Radioterapia	18 (2)	17 (3)	16 (2)	16 (2)	18 (2)	17 (3)	17 (2)	19 (2)	17,36 (1,78)
Quimioterapia	18 (2)	16 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	19 (7)	17,28 (2,11)
p-valor	0,900	0,653	0,687	>0,900	0,805	0,753	0,834	0,808	>0,900
<b>Acompanhante</b>									
Sim	18 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (7)	17,23 (2,10)
Não	18 (1)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	18 (3)	18 (2)	19 (1)	17,75 (1,75)
p-valor	0,587	0,364	0,598	0,802	0,247	0,165	0,385	0,808	0,879
<b>Dificuldade com o tratamento</b>									
Sim	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (1)	17,45 (1,78)
Não	18 (2)	16 (2)	15 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (8)	17,20 (2,21)
p-valor	>0,900	0,386	0,134	0,408	0,847	0,853	0,758	0,6	0,6
<b>Alteração durante o tratamento</b>									
Sim	18 (2)	16 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (6)	17,25 (2,10)
Não	19 (1)	18 (2)	17 (2)	16 (1)	19 (0)	18 (2)	18 (3)	19 (1)	18,13 (0,13)
p-valor	0,119	0,243	0,408	0,697	0,308	0,485	0,586	0,899	>0,900
<b>Tipo de alteração no tratamento</b>									
Relação conjugal/afetiva	17 (2)	17 (3)	16 (3)	17 (3)	18 (2)	18 (2)	18 (2)	19 (2)	17,36 (2,01)
Rotina/atividades	18 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (6)	17,28 (2,09)
p-valor	0,497	0,469	>0,900	0,708	0,768	0,690	0,796	>0,900	>0,900
<b>Tratamento anterior</b>									
Radioterapia	18 (1)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	21 (10)	17,61 (1,99)
Radioterapia e Quimioterapia	17 (2)	17 (2)	15 (4)	17 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	16,84 (2,13)
Quimioterapia	19 (1)	17 (1)	18 (2)	16 (1)	18 (1)	18 (0)	17 (3)	20 (1)	17,88 (0,53)
Cirurgia	17 (2)	16 (3)	15 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	18 (2)	16,71 (2,04)
Outro	18 (2)	18 (3)	17 (3)	17 (3)	18 (2)	18 (2)	18 (3)	19 (2)	17,88 (2,29)
p-valor	0,408	0,279	0,229	0,308	0,394	0,493	0,564	0,497	0,393
<b>Frequência do tratamento</b>									
Diariamente	18 (2)	17 (3)	15 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	18 (2)	17,20 (1,86)
Semanalmente	18 (2)	16 (3)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (2)	19 (2)	17,27 (2,00)
Quinzenalmente	17 (2)	16 (2)	16 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (3)	19 (2)	17,10 (2,04)
Mensalmente	18 (2)	16 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	21 (12)	17,46 (2,35)

*continua*

continua

Outro	19 (1)	19 (1)	19 (2)	19 (1)	20 (1)	18 (1)	19 (1)	20 (1)	19,06 (0,27)
p-valor	0,899	0,453	0,597	0,347	0,794	>0,900	>0,900	>0,900	0,687
<b>Frequência atividade física</b>									
Diariamente	19 (1)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	19 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (1)	17,84 (1,53)
Semanalmente	18 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	19 (2)	17,47 (1,72)
Quinzenalmente	17 (2)	15 (3)	15 (2)	17 (2)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	18 (2)	16,43 (1,86)
Mensalmente	17 (1)	16 (1)	16 (1)	16 (1)	16 (2)	16 (1)	18 (2)	29 (22)	18,15 (3,31)
Outro	17 (2)	17 (3)	16 (3)	16 (2)	17 (2)	17 (3)	18 (2)	18 (2)	17,08 (2,27)
p-valor	0,139	0,198	0,683	0,889	0,258	0,735	0,740	0,2	0,7
<b>Frequência atividade de lazer</b>									
Diariamente	17 (3)	18 (2)	16 (1)	16 (1)	16 (3)	15 (1)	19 (1)	18 (2)	16,67 (1,12)
Semanalmente	18 (2)	18 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	17 (2)	18 (2)	21 (10)	17,72 (2,24)
Quinzenalmente	17 (3)	17 (2)	16 (2)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	18 (3)	17,18 (2,05)
Mensalmente	17 (2)	18 (2)	15 (2)	16 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	18 (2)	16,49 (1,98)
Outro	18 (2)	18 (2)	16 (3)	17 (2)	19 (2)	19 (2)	18 (2)	19 (1)	18,00 (1,67)
p-valor	0,697	0,740	0,326	0,577	0,397	0,643	0,596	0,308	0,375
<b>Condições nutricionais</b>									
Eutrófico	18 (2)	17 (2)	16 (3)	17 (2)	17 (2)	17 (2)	18 (2)	20 (7)	47 (21)
Caquético	17 (2)	16 (2)	15 (2)	17 (2)	18 (2)	17 (3)	18 (2)	18 (2)	34 (11)
Obeso	18 (2)	18 (2)	15 (2)	16 (1)	18 (1)	18 (2)	18 (2)	20 (1)	35 (10)
p-valor	0,779	0,502	0,547	>0,900	>0,900	0,694	>0,900	0,476	0,899

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.\*Teste correlação linear de Spearman

E na correlação entre espiritualidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico observou-se uma correlação negativa fraca entre renda e admiração ( $r = -0,25$  e  $p\text{-valor} = 0,042$ ), bem como uma correlação fraca positiva entre fé e tempo de diagnóstico ( $r = 0,42$  e  $p\text{-valor} = 0,001$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Correlação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

	Idade		Renda		Anos de estudo		Tempo de diagnóstico		Tempo de tratamento	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
<b>Conexão</b>	0,00	0,970	-0,22	0,077	-0,02	0,889	0,11	0,381	-0,01	0,956
<b>Sentido</b>	-0,02	0,895	-0,11	0,352	0,12	0,328	0,06	0,655	0,03	0,821
<b>Admiração</b>	0,07	0,589	-0,25	0,042*	-0,02	0,855	0,13	0,298	0,03	0,801
<b>Inteireza</b>	-0,02	0,892	-0,14	0,253	-0,01	0,926	0,00	0,978	0,08	0,541
<b>Força</b>	0,03	0,830	-0,07	0,575	0,01	0,949	0,06	0,614	0,00	0,970
<b>Paz</b>	0,05	0,700	-0,14	0,256	-0,09	0,489	0,13	0,303	0,03	0,796
<b>Esperança</b>	0,06	0,606	-0,12	0,329	0,00	0,991	0,14	0,251	0,03	0,833
<b>Fé</b>	-0,05	0,670	0,16	0,192	0,17	0,176	0,42	0,001*	0,11	0,379

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.\*Teste correlação linear de Spearman

### 5.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

Na EORTC-QLQ-C30, verificou-se que quanto a escala de sintomas as maiores médias foram nos sintomas constipação 80,2, dificuldade financeira 66,2, fadiga 63, dor 53,6, perda do apetite 53,1, insônia 49 e dispneia 46. Quanto a escala funcional as maiores médias foram na função cognitiva 71,2, função emocional 58, funções físicas 35 e social 31,3. A escala de saúde global obteve maior resultado entre as escalas com média de 61,15 (Tabela 7).

**Tabela 7**– Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

Variável	Média (desvio-padrão)
<b>Escala de sintomas</b>	50 (19)
Constipação	80,2 (32,6)
Dificuldade financeira	66,2 (32,9)
Fadiga	63 (28)
Dor	53,6 (36,3)
Perda de apetite	53,1 (38,2)
Insônia	49 (39)
Dispneia	46 (35,6)
Náuseas e vômitos	27,2 (37,9)
Diarreia	13,5 (30,2)
<b>Escala funcional</b>	43 (19)
Cognitiva	71,2 (28,4)
Emocional	58 (28)
Funções físicas	35 (25)
Social	31,3 (32)
Funcional	18,5 (29,5)
<b>Escala de saúde global</b>	61,15 (22)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Ao avaliar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico foi possível observar que houve relação entre escala de sintomas e sexo (p-valor = 0,006), bem como entre sexo e escala funcional (p-valor = 0,041) (Tabela 8).

**Tabela 8**– Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

Variável	ES	EF	ESG
<b>Sexo</b>			
Masculino	44 (19)	48 (21)	62 (20)

*continua*

Feminino	56 (17)	38 (16)	60 (24)
p-valor	0,006*	0,041*	>0,900
<b>Procedência</b>			
João Pessoa/PB	55 (16)	40 (17)	62 (22)
Santa Rita/PB	55 (9)	37 (15)	75 (12)
Outra	46 (20)	46 (21)	59 (23)
p-valor	0,058	0,665	0,498
<b>Estado civil</b>			
Casado/a	50 (18)	43 (17)	60 (21)
Solteiro/a	53 (21)	41 (20)	59 (24)
Divorciado/a	47 (22)	48 (27)	70 (18)
Viúvo/a	45 (15)	45 (20)	63 (32)
p-valor	0,809	0,776	0,797
<b>Raça</b>			
Branca	41 (15)	48 (20)	71 (17)
Parda/Mulata	53 (20)	42 (20)	58 (24)
Preta/Negra	57 (14)	37 (9)	58 (19)
Indígena	46 (NA)	33,00 (NA)	67 (NA)
Amarela	56 (14)	41 (8)	61 (25)
p-valor	0,12	0,646	0,208
<b>Situação profissional</b>			
Empregado/ocupação	27 (14)	55 (21)	78 (19)
Pensionista	46 (7)	41 (16)	58 (10)
Aposentado/a	48 (19)	46 (18)	64 (16)
Desempregado	46 (20)	57 (21)	61 (27)
Do lar	62 (10)	33 (12)	59 (22)
Benefício/INSS	54 (19)	36 (20)	55 (30)
p-valor	0,083	0,058	0,699
<b>Religião</b>			
Espiritualizado	51 (14)	43 (19)	59 (11)
Católico/a	50 (17)	42 (16)	62 (24)
Evangélico/a	48 (23)	47 (24)	63 (19)
Espírita	86 (NA)	9 (NA)	0 (NA)
Outra	63 (NA)	49 (NA)	67 (NA)
p-valor	0,553	0,389	0,497

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023. \*Wilcoxon-Mann-Whitney

Na correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico observou-se correlação negativa fraca entre dificuldade financeira e idade ( $r = -0,33$  e  $p\text{-valor} = 0,005$ ), como também renda ( $r = -0,34$  e  $p\text{-valor} = 0,004$ ). Verificou-se o mesmo tipo de correlação entre renda e o escore emocional ( $r = -0,29$  e  $p\text{-valor} = 0,016$ ).

Identificou-se correlação fraca positiva entre dispneia e tempo de diagnóstico ( $r = -0,26$  e  $p\text{-valor} = 0,035$ ). E quanto ao tempo de tratamento, houve correlação negativa fraca com fadiga ( $r = -0,25$  e  $p\text{-valor} = 0,041$ ), náuseas e vômitos ( $r = -0,27$  e  $p\text{-valor} = 0,028$ ), constipação ( $r = -0,30$  e  $p\text{-valor} = 0,012$ ) e funções físicas ( $r = -0,32$  e  $p\text{-valor} = 0,007$ ) (Tabela 9).

**Tabela 9** – Correlação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

	Idade		Renda		Anos de estudo		Tempo de diagnóstico		Tempo de tratamento	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
<b>Escala de sintomas</b>	-0,08	0,511	-0,07	0,558	-0,15	0,211	-0,10	0,415	-0,22	0,068
Fadiga	-0,07	0,593	-0,07	0,560	-0,08	0,505	-0,10	0,435	-0,25	0,041*
Náuseas e vômitos	-0,05	0,694	0,15	0,214	0,18	0,153	-0,02	0,841	-0,27	0,028*
Dor	-0,04	0,753	-0,01	0,934	-0,11	0,390	-0,12	0,318	-0,13	0,298
Dispneia	0,07	0,566	-0,08	0,514	-0,20	0,101	-0,26	0,035*	-0,18	0,133
Insônia	-0,07	0,574	-0,19	0,129	-0,11	0,393	0,01	0,953	0,05	0,657
Perda de apetite	0,08	0,504	-0,02	0,849	-0,13	0,301	-0,19	0,128	-0,11	0,365
Constipação	0,01	0,906	0,17	0,155	-0,07	0,587	-0,02	0,872	-0,30	0,012*
Diarreia	-0,05	0,681	0,10	0,440	-0,13	0,282	0,01	0,943	-0,12	0,321
Dificuldade financeira	-0,33	0,005*	-0,34	0,004*	-0,09	0,461	0,23	0,059	0,11	0,356
<b>Escala funcional</b>	-0,04	0,747	-0,02	0,847	-0,08	0,518	0,01	0,929	-0,22	0,073
Funções físicas	0,08	0,542	0,08	0,538	-0,02	0,893	-0,06	0,620	-0,32	0,007*
Funcional	0,01	0,958	0,19	0,115	-0,01	0,934	0,03	0,790	-0,23	0,055
Emocional	-0,17	0,178	-0,29	0,016*	-0,18	0,151	-0,08	0,520	-0,02	0,861
Cognitiva	0,08	0,497	-0,03	0,817	-0,14	0,239	-0,07	0,572	-0,14	0,263
Social	-0,11	0,376	-0,03	0,803	0,06	0,606	0,18	0,140	-0,06	0,655
<b>Escala de saúde global</b>	0,07	0,548	-0,10	0,397	0,08	0,502	-0,01	0,944	-0,08	0,533

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. \*Teste correlação linear de Spearman

#### 5.4 Relação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

Ao avaliar a relação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico observou-se que houve correlação positiva fraca entre o escore conexão e dificuldade financeira ( $r = 0,29$  e  $p\text{-valor} = 0,012$ ), bem como com o escore social ( $r = 0,27$  e  $p\text{-valor} = 0,028$ ). Da mesma forma, observa-se também uma correlação fraca positiva entre sentido e escala de saúde global ( $r = 0,25$  e  $p\text{-valor} = 0,041$ ). Em relação a admiração, observou-se uma correlação negativa fraca com o escore funcional ( $r = -0,24$  e  $p\text{-valor} = 0,044$ ). Identificou-se correlação positiva fraca entre insônia e escore inteireza ( $r = -0,27$  e  $p\text{-valor} = 0,024$ ).

No que tange à força, houve correlação negativa fraca com insônia ( $r = -0,25$  e  $p\text{-valor} = 0,037$ ) e uma correlação fraca positiva com perda de apetite ( $r = 0,24$  e  $p\text{-valor} = 0,044$ ). Observamos uma correlação negativa fraca entre o escore cognitiva e o paz ( $r = -0,31$  e  $p\text{-valor} = 0,011$ ). Em relação a esperança, houve uma correlação fraca positiva com dificuldade

financeira ( $r = 0,26$  e  $p\text{-valor} = 0,036$ ) e correlação negativa fraca/moderada com o escore cognitiva ( $r = -0,42$  e  $p\text{-valor} = 0,001$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10-** Correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico. João Pessoa – PB, Brasil 2023.

	Conexão		Sentido		Admiração		Inteireza		Força		Paz		Esperança		Fé	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
<b>Escala de sintomas</b>	0,12	0,308	-0,06	0,636	0,01	0,928	-0,11	0,371	0,06	0,649	-0,01	0,906	-0,03	0,777	-0,04	0,761
Fadiga	0,14	0,224	-0,05	0,669	-0,04	0,723	-0,04	0,747	0,13	0,281	-0,02	0,861	0,05	0,677	0,18	0,134
Náuseas e vômitos	0,04	0,742	-0,06	0,646	0,14	0,245	-0,04	0,774	0,08	0,534	-0,02	0,855	-0,08	0,531	-0,04	0,775
Dor	0,10	0,400	-0,08	0,528	-0,19	0,126	-0,11	0,385	0,06	0,652	-0,04	0,754	-0,01	0,914	-0,11	0,370
Dispneia	-0,01	0,942	0,03	0,806	0,00	0,987	-0,08	0,521	-0,08	0,529	-0,06	0,610	-0,13	0,282	-0,15	0,230
Insônia	-0,16	0,172	-0,11	0,361	-0,12	0,334	-0,27	0,024*	-0,25	0,037*	-0,15	0,209	-0,18	0,151	-0,22	0,072
Perda de apetite	0,12	0,317	0,07	0,544	0,23	0,062	0,11	0,356	0,24	0,044*	0,19	0,122	0,13	0,303	0,00	0,988
Constipação	0,18	0,118	-0,09	0,453	-0,19	0,122	-0,12	0,333	0,11	0,361	0,03	0,810	0,01	0,949	0,10	0,428
Diarreia	-0,07	0,555	-0,20	0,110	0,02	0,867	-0,15	0,232	-0,10	0,425	-0,13	0,304	-0,23	0,062	-0,08	0,511
Dificuldade financeira	0,29	0,012*	0,15	0,218	0,20	0,094	0,14	0,255	0,12	0,326	0,12	0,339	0,26	0,036*	0,21	0,084
<b>Escala funcional</b>	0,07	0,569	-0,17	0,169	-0,19	0,124	-0,23	0,056	-0,02	0,875	-0,11	0,360	-0,16	0,194	0,00	0,973
Funções físicas	0,02	0,848	-0,01	0,933	-0,09	0,455	-0,13	0,296	0,05	0,689	0,01	0,939	-0,08	0,495	0,05	0,707
Funcional	0,06	0,633	-0,17	0,169	-0,24	0,044*	-0,18	0,132	-0,01	0,909	-0,06	0,645	-0,01	0,957	0,07	0,563
Emocional	-0,03	0,792	-0,22	0,066	-0,15	0,233	-0,22	0,075	-0,09	0,445	-0,14	0,266	-0,22	0,073	-0,19	0,127
Cognitiva	-0,17	0,162	-0,14	0,251	-0,16	0,198	-0,28	0,021	-0,19	0,116	-0,31	0,011*	-0,42	0,001*	-0,11	0,355
Social	0,27	0,028*	-0,02	0,872	0,00	0,991	0,00	0,981	0,17	0,170	0,09	0,454	0,15	0,228	0,15	0,222
<b>Escala de saúde global</b>	0,18	0,147	0,25	0,041*	0,20	0,097	0,15	0,236	0,17	0,171	0,27	0,028	0,22	0,078	0,09	0,466

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. \*Teste correlação linear de Spearman

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

De acordo com os dados apresentados, houve predominância do sexo feminino, que se justifica pela mudança nos padrões mundiais de cessação e iniciação do tabagismo, tabagismo passivo e a presença de fatores biológicos como o estado hormonal (Vavalà et al., 2020; INCA, 2022).

A idade média dos participantes foi de 60 anos, a literatura aponta que o câncer de pulmão acomete com maior frequência a população idosa, principalmente os fumantes que foram expostos à fumaça de biomassa, causando danos nas células pulmonares a longo prazo (Valencia Rico et al., 2022; Souza et al., 2022). Sabe-se que o processo de envelhecimento está associado à diminuição dos mecanismos de reparo celular do organismo, logo torna as células mais susceptíveis às mutações e consequentemente ao desenvolvimento do câncer (Costa; Sánchez; Shimizu, 2021). Um estudo realizado no Brasil apresentou média de 63 anos entre os participantes, corroborando uma pesquisa na Turquia que apresentou média de 61,43 anos (Souza et al., 2022; Ugur et al., 2022).

Em relação à procedência uma parte dos participantes residiam em João Pessoa, entretanto a maioria em outras cidades, o que representa as desigualdades e a vulnerabilidade do território geográfico, pois o deslocamento da residência até o município sede dos serviços de saúde trata-se de uma árdua jornada para os participantes, atrelado a parte econômica por envolver despesas com alimentação e transporte, e o desgaste físico das longas viagens (Mota et al., 2021). Outro fator importante apontado por estudo realizado em Minas Gerais em que o local de residência diminuía as chances de iniciar o tratamento oncológico em até 60 dias, conforme estabelece a legislação vigente (Souza et al., 2022).

No que diz respeito à situação conjugal, houve maior prevalência de casados corroborando com outros estudos (Lee, 2021; Aydin; Demir, 2020). A relevância deste achado se caracteriza pelo cônjuge fazer parte da rede de apoio social da pessoa que vivencia a doença oncológica, uma pesquisa realizada na Turquia identificou que participantes casados tiveram melhor apoio social comparado aos solteiros (Aydin; Demir, 2020). Ter um companheiro ameniza a carga negativa advinda do câncer e seu tratamento, proporcionando melhor resposta a situações como mudanças na saúde, desconfortos emocionais, reflexões pessoais, dificuldades econômicas, retomada do trabalho ou mudança de função e as

dificuldades que permeiam a acessibilidade aos serviços de saúde (Bermudez Nino; Osorio Castano, 2022; Silva et al., 2019).

Quanto à cor/raça a maioria dos participantes declararam-se pardos/mulatos, estudo realizado no Brasil identificou altas taxas de óbito em pardos com câncer de pulmão no estado do Mato Grosso (Garcia; Siqueira; Raia; Alessio Junior; Aléssio, 2023). Logo, as diferenças étnicas e raciais no câncer de pulmão são atribuídas as desigualdades socioeconômicas, devido a maior exposição aos fatores de riscos pelos indivíduos menos favorecidos, a incidência de câncer de pulmão em homens negros não-hispânicos é maior do que em homens brancos não-hispânicos e homens hispânicos (Schabath; Cote, 2019). Em relação à sobrevida pacientes negros com câncer de pulmão tem uma taxa de sobrevida geral em 5 anos mais baixa (16%), que em homens brancos (19%) (Schabath; Cote, 2019).

A renda média dos participantes foi de 1,74 salários-mínimos, que condiz com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que identificou em 2022 um rendimento médio mensal familiar per capita de R\$ 1.586, em que a região nordeste apresentou menor rendimento médio mensal domiciliar per capita de R\$ 1.011 (IBGE, 2023). Embora o câncer de pulmão possa afetar pessoas de qualquer nível socioeconômico, pessoas de baixa renda estão mais expostas a fatores de risco como tabagismo e exposição ao tabaco, estresse, exposição ambiental a substâncias nocivas, dificuldades no acesso a cuidados e informações relacionadas à saúde e estilo de vida sedentário (Schabath; Cote, 2019; INCA, 2020).

O elevado custo do câncer trata-se de outra problemática que afeta as pessoas de baixo nível socioeconômico, causando aumento no orçamento mensal do paciente que se inicia com o diagnóstico estendendo-se até anos após o término do tratamento por incluir despesas com exames, internações, transporte e mudanças no estilo de vida, repercutindo muitas vezes no curso clínico da doença e na adesão ao tratamento proposto (Nogueira et al., 2022; Mota et al., 2021).

Observou-se uma média de 7,14 anos de estudos nos participantes, o que caracteriza um baixo nível de escolaridade, evidenciado também em outra pesquisa realizada no Brasil, configurando uma realidade que interfere na compreensão das orientações preventivas em saúde, diagnóstico precoce e tratamento imediato do câncer (Maia; Grello; Cunha, 2021). A escolaridade é um determinante das condições de saúde e doença, no contexto do letramento em saúde impacta diretamente no reconhecimento dos sintomas suspeitos do câncer, seu rastreamento e os riscos e/ou benefícios das intervenções em saúde (Assis, 2022; Peres, 2023).

Em relação à situação profissional, houve predominância nesta amostra de aposentados e/ou pessoas que recebiam benefício do INSS, sendo justificado pela faixa etária presente neste estudo com média de 60 anos e devido o câncer de pulmão ser uma doença incapacitante e relacionada à exposição ocupacional a agentes cancerígenos como amianto, arsênico, berílio, cromo, escapamento de diesel, fundição de ferro e aço, pintura e produção de borracha (Schabath; Cote, 2019; INCA, 2022).

Deste modo, quando a pessoa diagnosticada com câncer trata-se de um trabalhador (a), protegido legalmente pela previdência social, a necessidade de afastamento gera um benefício previdenciário ou acidentário (relacionado ao trabalho), no caso do câncer de pulmão foi a terceira causa de concessão de benefício previdenciário em homens no Brasil entre os anos de 2008-2014 (Sales-Fonseca et al., 2023).

Os participantes em sua maioria se autodeclararam de religião católica ou evangélica, dados semelhantes são encontrados em pesquisas com pacientes oncológicos no Brasil (Batista et al., 2021; Santos et al., 2022). Diante das adversidades geradas pelo câncer é comum que os pacientes busquem na religião o suporte para o enfrentamento da doença por meio da fé que orienta suas crenças e dogmas, ressignificando seu sofrimento (Batista et al., 2021; Araújo et al., 2022).

A religião está dentro do contexto sociocultural das pessoas e diante do medo da morte frente ao adoecimento pelo câncer torna-se um alicerce no processo de aceitação e da convicção da vida *post mortem* (Araújo et al., 2022), assim a experiência religiosa é transformadora e auxilia o paciente a seguir com mais leveza nessa fase de sua vida.

Nos dados clínicos deste estudo, verificou-se que foi predominante o câncer de pulmão primário com diagnóstico em média a 16 meses. Um estudo realizado na Turquia com pacientes com câncer de pulmão identificou dados semelhantes, em que o tempo desde o diagnóstico foi de  $11,38 \pm 17,84$  meses, foi evidenciado que quanto mais longos eram os períodos de diagnósticos, menor era o controle sobre a doença (Ugur et al., 2022). No Brasil, as pesquisas apontam a demora do diagnóstico como uma dificuldade do percurso assistencial, o que contribui para ocorrer nos estádios III e IV da doença, ou seja, no estágio avançado reduzindo a possibilidade de cura e aumento dos sintomas debilitantes da doença (Souza et al. 2022; Mota et al., 2021).

No que tange a presença de comorbidades, destacou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), conseqüentemente relato de uso de medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes, esses dados são reflexo do perfil etário da população estudada, composta por pessoas com idade entre 60 anos ou mais, o que as predispõe a

presença dessas comorbidades, bem como por serem prevalentes na população brasileira (Francisco et al., 2020; Moreira et al., 2021).

Em relação ao tabagismo, os entrevistados referiram ser tabagistas e que tiveram exposição ocupacional. Estudos evidenciam o tabagismo como principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, seja ele ativo ou passivo, uma vez que a fumaça do tabaco contém mais de 7.000 compostos e substâncias químicas, em que dessas no mínimo 50 são cancerígenas, sendo responsável por 85% dos casos diagnosticados (Schabath; Cote, 2019; INCA, 2022).

A exposição ocupacional e ambiental trata-se de outros fatores de risco importante, em que trabalhadores rurais, da construção civil e metalúrgica são expostos há cerca de 29 agentes que são reconhecidos como cancerígenos, estando presentes na produção do cimento e gesso, borracha, alumínio, fertilizantes, arsênico, entre outros. O trabalhador que além da exposição ocupacional também fumar, aumenta o risco de desenvolver o câncer, devido ao efeito sinérgico entre o tabaco e alguns agentes químicos e físicos (Schabath; Cote, 2019; INCA, 2022).

Foi evidenciado a não infecção por Covid-19 na maioria dos participantes, um dado positivo, já que a presença de comorbidades como o câncer está relacionado ao risco mais elevado de desenvolver a síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 e associado a isto, um pior prognóstico da doença (Ferreira et al., 2020; Alcântara et al., 2020).

Os entrevistados apresentaram ausência de histórico pessoal para o câncer e presença de histórico familiar para o câncer, vale salientar que pessoas com história de doenças oncológicas prévias têm um risco aumentado para desenvolver câncer de pulmão, estudo evidenciou que a taxa de câncer de pulmão aumentou em mulheres com câncer de mama que receberam tratamento de radioterapia, já o fator hereditário apresenta um risco levemente aumentado para pessoas que tiveram irmãos e irmãs com a doença (INCA, 2020; Vavalà et al., 2020; Huang et al., 2017).

Em relação à auto-avaliação da saúde, a maioria referiu sua saúde como regular e boa, considerando que tanto a percepção subjetiva da saúde, quanto o estado de saúde variam de acordo com o tempo do diagnóstico, esses dados foram positivos. Em uma pesquisa realizada no Brasil, as pessoas idosas com câncer consideravam sua saúde como ruim ou muito ruim, principalmente nos que tinham o diagnóstico de câncer em menos de 5 anos (Francisco et al., 2020).

A auto-avaliação da saúde é um indicador importante que reflete a percepção biológica, psicológica e social do indivíduo, sendo considerado um preditor da mortalidade e

do impacto da doença no bem-estar do indivíduo (Cachioni et al., 2022; Francisco et al., 2020).

Neste estudo houve maior prevalência de pacientes que estavam em tratamento atual de quimioterapia que relataram ter realizado tratamento anterior de cirurgia e radioterapia, com frequência do tratamento atual quinzenal e mensal, dados convergentes com outras pesquisas (Costa et al., 2020; Souza et al., 2022). A quimioterapia trata-se do tratamento sistêmico para o câncer, sua escolha depende das condições físicas do paciente e das características do tumor, no caso da quimioterapia adjuvante, a literatura aponta está associada à melhora da sobrevida global e sobrevida livre de recorrência do paciente (Almquist; Savvides; Ernani, 2021; Harada et al., 2021).

Os entrevistados não relataram dificuldade com o tratamento e contavam em sua maioria com a presença de acompanhante, o que pode ser justificado devido ao apoio social recebido, considerando estes aspectos, é importante compreender as demandas de saúde dos diferentes grupos sociais no contexto dos diferentes territórios, pois pesquisa realizada em Minas Gerais evidenciou dificuldades relacionadas ao tratamento oncológico como deslocamento até os serviços de saúde, situação socioeconômica, barreiras geográficas e falta de informação sobre a rede do SUS (Mota et al., 2021).

Em relação ao tempo de tratamento em sessões obteve-se uma média de 9 meses. Estudo realizado no Chile identificou que uma média de sobrevida de 10,2 meses em pacientes submetidos a quimioterapia convencional, isso reflete a alta letalidade do câncer de pulmão e conseqüentemente a baixa taxa de sobrevida em um tempo estimado de cinco anos, como aponta a literatura (Gonzalez et al., 2022; INCA, 2022).

A maioria dos entrevistados relatou alterações durante o tratamento em sua rotina/atividades, a ocorrência de sintomas debilitantes como a dispnéia, fraqueza e fadiga são comuns em pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico com repercussões nos diversos setores da vida, sobretudo no que diz respeito aos aspectos profissionais, familiares e pessoais, interferindo nas atividades de vida diária (Mota et al., 2021).

Sobre a frequência de atividade física, os participantes afirmaram que não praticavam e atividade de lazer praticavam semanalmente. A inatividade física está relacionada aos fatores de risco modificáveis para o câncer, já a realização de atividade física é um fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis como o câncer, todavia ressalta-se que a prática de atividade física pela população engloba uma série de fatores sociais, ambientais e econômicos, bem como a motivação pessoal e as possibilidades de acesso (INCA 2022; Carvalho; Pinto; Knuth, 2020).

No que tange às condições nutricionais, os entrevistados classificavam-se como eutróficos, uma pesquisa realizada em Fortaleza-Ceará também teve predominância de eutrofia, a avaliação nutricional permite identificar pacientes com risco para desnutrição, assim como um planejamento dietoterápico adequado para o paciente (Souza et al., 2019).

Um estudo realizado em São Paulo avaliou a prevalência da anorexia e perda de peso pré-tratamento em pacientes com câncer de pulmão, identificando que a presença dessas variáveis estavam fortemente associadas à pior sobrevida (Franceschini; Jamnik; Santoro, 2020). Diante desses achados, a avaliação nutricional deve ser incluída na assistência aos pacientes oncológicos por influenciar na resposta ao tratamento, sobrevida e qualidade de vida (Souza et al., 2019; Franceschini; Jamnik; Santoro, 2020).

Nesse tocante, às características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico se configura de suma importância para a atuação dos profissionais de enfermagem na formulação do planejamento assistencial baseado em evidências, observando as necessidades individuais dos pacientes oncológicos, com inclusão da família no contexto do cuidado, minimizando o sofrimento e as dificuldades, promovendo a formação de vínculos e fomentando um cuidado integral e humanizado (Maia; Grello; Cunha, 2021).

## **6.2 Espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico**

A espiritualidade trata-se de um constructo subjetivo e multifacetado, em que a sua compreensão e papel na vida humana pode ampliar a concepção do cuidado em saúde, por favorecer uma visão mais abrangente da pessoa, considerando o sentido de sua existência (Oliveira; Oliveira; Ferreira, 2021). A partir disto, a avaliação da espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, através do questionário WHOQOL-SRPB obteve maior média na faceta fé.

A faceta fé refere-se à capacidade do indivíduo de enfrentar desafios e encontrar significado na vida ao lidar com o estresse e experienciar sensação de paz interior, sendo considerado um dado relevante e positivo frente às inúmeras dificuldades vivenciadas pelos pacientes oncológicos como cansaço físico, alterações na aparência física, desejo de morte, preocupações com a saúde, problemas financeiros, incapacidades, entre outros (Fleck; Skevington, 2007; Panzini et al., 2011; Silva, 2020).

Uma pesquisa realizada em Belém-PA, identificou que a dimensão espiritual/religiosa intermediada pelo sagrado exerce papéis como sustentação, esperança, calma e aceitação

frente ao modo como os pacientes lidam com as demandas advindas da vivência do câncer (Araújo et al., 2022). Esse automanejo através do *coping* positivo demonstra a presença da integração de suas crenças com o processo de adoecimento.

Quanto à espiritualidade total evidenciou-se uma média de 17,3 constatando altos níveis de espiritualidade nos pacientes com câncer de pulmão. Apesar de não ser com o mesmo instrumento, achados semelhantes foram encontrados na literatura em estudos realizados na Turquia e no Texas, respectivamente, em pacientes com câncer de pulmão (Kahraman; Pehlivan, 2023; Cho, 2021).

Portanto, ressalta-se que níveis elevados de espiritualidade pode contribuir positivamente na saúde biopsicossocial dos pacientes com câncer, por meio do fortalecimento da fé, reconhecimento do apoio social como fator de proteção e alívio do sofrimento frente aos sentimentos negativos no decorrer do percurso terapêutico (Ferreira et al., 2020; Silva, 2020), resultando em uma melhor percepção da doença.

Na Turquia foi investigado o bem-estar espiritual e sua relação com a percepção da doença em pacientes com câncer de pulmão, os resultados indicam que o bem-estar espiritual afeta positivamente a percepção da doença, refletindo em uma melhor adesão terapêutica (Kahraman; Pehlivan, 2023). Por conseguinte, a melhor adesão ao tratamento melhora a qualidade de vida (Urtiga et al., 2022).

Uma pesquisa realizada na Polônia em pacientes com câncer de mama e pulmão detectou que experiências espirituais estão positivamente ligadas a um nível mais elevado de esperança facilitando a descoberta do sentido na vida (Wnuk, 2022). Enquanto que na Turquia foi evidenciado que à medida que a espiritualidade dos pacientes oncológicos aumentava, os níveis de desesperança diminuíram (Tasan; Saritas, 2022).

No Texas estudo desenvolvido com pacientes com câncer de pulmão e seus cônjuges identificou que há efeito direto entre a dimensão significado/paz e sintomas psicológicos de modo que quanto maior o significado/paz, menor eram os sintomas depressivos e o sofrimento dos participantes (Cho, 2021).

No âmbito da espiritualidade e os dados sociodemográficos, houve relação entre a faceta conexão e estado civil, assim a conexão espiritual de um indivíduo está relacionada com sua rede de suporte social, sendo o cônjuge o apoio mais próximo do paciente, oferecendo conforto emocional e espiritual, contribuindo para uma maior sensação de conexão e bem-estar (Campos; Scorsolini-Comin, 2020). Por outro lado, vale ressaltar que pacientes solteiros, divorciados ou viúvos podem enfrentar desafios adicionais em termos de apoio social e conseqüentemente prejuízos na sua vivência espiritual.

No que se refere à correlação da espiritualidade e os dados sociodemográficos e clínicos de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, observou-se correlação negativa fraca entre renda e admiração. A admiração está relacionada ao encantamento em relação à vida, as experiências espirituais ou à natureza, esse resultado aponta que esta faceta transcende as barreiras socioeconômicas, ou seja, independente da renda os pacientes conseguem ter admiração em suas experiências espirituais (Mendes et al., 2023; Mendes; Arantes; Martins; Nicolussi, 2020). Por conseguinte, mesmo em situações de menor renda, os pacientes podem encontrar significado, propósito e admiração em suas práticas espirituais e convicções pessoais (Mendes et al., 2023). Configurando a admiração em um aspecto independente do poder aquisitivo dos pacientes com câncer de pulmão.

Outrossim, foi a correlação fraca positiva entre fé e tempo de diagnóstico. A fé trata-se da confiança em algo superior a pessoa, logo à medida que o tempo de diagnóstico aumenta, há uma leve tendência dos pacientes com câncer de pulmão apresentarem níveis mais elevados na faceta fé. Esse resultado pode ser justificado pelo papel importante da fé no enfrentamento da doença, pois no decorrer do tempo de diagnósticos alguns pacientes podem recorrer à fé como uma fonte de conforto, esperança e significado em meio aos desafios no curso do adoecimento pelo câncer de pulmão (Silva, 2020).

Diante do exposto, a espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, assume um significado importante em relação a conexão com ser espiritual, admiração e manutenção da fé, promovendo força e amparo colaborando na manutenção do bem-estar e pensamentos positivos durante a terapêutica oncológica.

Percebe-se então a relevância do fortalecimento das práticas espirituais pelos profissionais de enfermagem, ainda que existam lacunas sobre o ensino da espiritualidade na formação em enfermagem (Oliveira; Oliveira; Ferreira, 2021), sendo necessária a reflexão acerca de como abordar a espiritualidade proporcionando conforto e acolhimento.

A promoção de intervenções espirituais pode ser realizada pelo enfermeiro de diversas formas, através da utilização de técnicas de meditação, relaxamento, música, explorar o propósito da vida e observar a natureza, entre outras. Abordando de forma ética e compassiva, uma vez que cada pessoa tem necessidades espirituais distintas, conforme suas crenças e cultura, devendo ser incluído no plano de cuidados (Mendes *et al*, 2020; Perez-Hernandez *et al.*, 2019), obtendo-se assim um cuidado holístico e integral aos pacientes com câncer de pulmão.

### **6.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico**

A QVRS engloba a percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre sua saúde, no contexto do acometimento de uma patologia e/ou intervenções de saúde, englobando sua capacidade funcional, condições de saúde, acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos (Mota et al., 2019). Na avaliação da QVRS por meio da EORTC-QLQ-C30 em pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, obteve-se na escala de sintomas as piores médias em constipação, dificuldade financeira, fadiga, dor, perda do apetite, insônia e dispneia. Na escala funcional as melhores médias foram relacionadas a função funcional, social, física e emocional, destacou-se a escala de saúde global com melhor média entre as demais.

A presença do câncer de pulmão gera muitos sintomas físicos que são multiplicados quando somados ao tratamento oncológico, sendo a quimioterapia de maior prevalência neste estudo o que está em concordância com os protocolos de tratamento para câncer de pulmão nacional e internacionalmente, todavia é considerada a modalidade mais agressiva, o que justifica as piores médias na escala de sintomas (Costa et al., 2020; Silveira et al., 2021).

A toxicidade relacionada ao tratamento quimioterápico pode afetar o trato gastrointestinal, causando a diminuição do trânsito intestinal o que provoca o endurecimento das fezes e conseqüentemente distensão abdominal, hemorroidas e fissuras retais, o manejo inadequado pode causar agravamento com impactação fecal e obstrução intestinal, esses danos físicos compromete seriamente a qualidade de vida do paciente (Kameo et al., 2021).

O manejo adequado a constipação pode ser realizado de forma farmacológica com o uso de lubrificantes, laxantes orais, osmóticos e salino, todavia o uso de medidas não-farmacológica como a implementação de intervenções dietéticas, educação nutricional e boa ingestão hídrica impacta positivamente na adesão terapêutica (Kameo et al., 2021).

A dificuldade financeira é considerada um efeito adverso relacionado ao tratamento oncológico, impactando na vida do paciente e de seus familiares em decorrência dos elevados custos da doença desde o diagnóstico, podendo se manter até anos após o tratamento (Nogueira et al., 2022). Estudos realizados no Brasil têm avaliado este fenômeno, alertando para a atenção que os gestores e as equipes de saúde devem ter, direcionando intervenções que venham a minimizar as repercussões e sofrimento do paciente e sua família (Nogueira et al., 2022; Nogueira et al., 2023; Oshiro et al., 2023).

A fadiga relacionada ao câncer é um sintoma frequente em pacientes oncológicos, sendo evidenciado em estudos realizados na Itália, Malásia, Holanda, China (Roila et al., 2019; Muthanna; Karuppanan; Hassan; Mohammed, 2021; Poort et al., 2020; Zhao et al., 2021), é relatada como um estado de intenso esgotamento físico, cognitivo e/ou emocional, que não ameniza com o repouso o que contribui para redução das atividades de vida diária prejudicando a qualidade de vida e o prognóstico da doença, bem como a adesão terapêutica (Silva et al., 2022; Kormann; Korz; Aligleri, 2021). Os níveis de fadiga oscilam durante o tratamento quimioterápico, sendo frequentemente subnotificada, devendo ser avaliada no início, durante e após o tratamento oncológico (Silva et al., 2022; Mariano et al., 2020).

Nessa perspectiva, a fadiga deve ser investigada em todos os pacientes oncológicos, embora não tenha um tratamento específico, se faz necessário a implementação de intervenções que minimizem seus impacto no paciente, por meios farmacológico, como o uso de corticosteroides, e não-farmacológico com a prática de atividade física, ioga, acupuntura e intervenções psicossociais (Roila et al., 2019).

Os dados desse estudo também evidenciaram a dor como um dos sintomas mais apresentado pelos participantes, a dor oncológica em pacientes com câncer de pulmão pode ter várias causas, o próprio tumor pode invadir áreas circunvizinhas comprimindo nervos e causando inflamação, assim como o tratamento de radioterapia, cirurgia e quimioterapia pode contribuir para a dor (Salveti et al., 2020).

Estudos realizados no Brasil apontam a dor como um sintoma prevalente em pacientes com câncer e seus prejuízos na capacidade funcional e na qualidade de vida (Salveti et al., 2020; Izzo et al., 2019). No Canadá, foi evidenciada a presença de dor moderada a grave em 68,5% dos pacientes com câncer de pulmão (Tan et al., 2021). Uma pesquisa realizada na Sérvia identificou a presença de dor neuropática induzida pelo tratamento com cisplatina em pacientes com câncer de pulmão, a qual obteve melhora com o uso de terapia de estimulação elétrica nervosa transcutânea (Tomanovic et al., 2022). Portanto, a assistência ao paciente oncológico no controle da dor é essencial para a manutenção da QV.

O manejo da dor nesses pacientes necessita de uma equipe multiprofissional a fim de desenvolver um plano de cuidados personalizado, de acordo com as necessidades de cada paciente, a terapêutica pode ser farmacológica que inclui o uso de analgésicos como anti-inflamatórios e opiáceos, bem como não-farmacológico através de intervenções psicossociais com suporte emocional, psicológico e espiritual através de técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e terapias de grupo de apoio expressivo, essas terapias vem desempenhando um papel primordial no controle da dor, tendo efeitos preventivos em outros

sintomas como fadiga, depressão e ansiedade, contribuindo para melhora da qualidade de vida do paciente (Corgozinho et al., 2020; Warth et al., 2020).

A diáde falta de apetite e perda de peso são sintomas comuns em pacientes com câncer de pulmão, trata-se de uma condição multifatorial, em que as substâncias liberadas pelas células cancerígenas podem afetar negativamente o apetite, conseqüentemente o crescimento do tumor requer aumento das demandas metabólicas levando a uma perda de peso não intencional (Zhu et al., 2019; Barreira, 2021; Talbert; Guttridge, 2022). Em consonância a isto, o tratamento oncológico possui os efeitos colaterais como náuseas, vômitos e alterações no paladar que colaboram para que os pacientes percam o interesse pela alimentação, comprometendo o seu prognóstico (Barreira, 2021; Salvetti et al., 2020 ).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que os sintomas gastrointestinais mais presentes em pacientes em tratamento oncológico foram a saciedade precoce, xerostomia, inapetência e náusea (Casari et al., 2021). Em São Paulo, observou-se a alta prevalência dos sintomas perda de peso e anorexia em pacientes com câncer de pulmão, tendo como uma das causas a perda do apetite (Franceschini; Jamnik; Santoro, 2020). Uma pesquisa realizada na Tailândia apontou a presença da falta de apetite em pacientes com câncer de pulmão, sendo amenizada por meio de intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem (Khamboo; Pakanta, 2021).

Nesse sentido, intervenções devem ser realizadas a fim de minimizar os efeitos negativos da falta de apetite nessa população, uma vez que esses sintomas podem evoluir para um quadro de desnutrição com piora clínica do estado geral do paciente, com isto os cuidados de enfermagem devem ser multifacetados incluindo cuidados alimentares, higiene oral e exercícios como meios de aumentar o apetite e reduzir a perda de peso, proporcionando melhora do quadro clínico do paciente (Zhu et al., 2019; Marques et al., 2021).

Em relação ao sono, a maioria dos participantes relataram a presença de insônia, isso reflete na deficiência da qualidade do sono dos pacientes oncológicos relacionados ao impacto causado pela doença e o tratamento oncológico (Nunes; Ceolim, 2019). No que se refere ao câncer de pulmão sintomas como a dispnéia, tosse persistente e a dor interferem no sono desses pacientes, outros fatores que incluem aspectos emocionais como a presença de sintomas de ansiedade e depressão contribuem para o surgimento da insônia (Salvetti et al., 2020; Pereira et al., 2020; Mello et al., 2021).

Os estudos apontam que pacientes com câncer de pulmão têm distúrbios graves do sono com interferência na qualidade de vida (Imani et al., 2022; Zarogoulidis et al., 2023). Portanto, o uso de intervenções como higiene do sono, técnicas de relaxamento voltadas a

educação em saúde, terapias cognitivas e holísticas são medidas que podem auxiliar no manejo adequado da insônia e distúrbios do sono fortalecendo o autocuidado (Carvalho et al., 2022).

A dispneia ou falta de ar é um dos sintomas mais característico do câncer de pulmão, pois a neoplasia pode causar derrame pleural, obstrução das vias aéreas, compressão de estruturas adjacentes como brônquios e vasos sanguíneos restringindo o fluxo de ar, resultando em dispneia. Tende a ocorrer com frequência durante atividades como caminhar, praticar atividade física e trabalhar (Saetan et al., 2020; Keramida; Kostoulas, 2023). Estudos realizados apontam que afeta a QV de forma crítica privando os pacientes de participar das suas atividades diárias comprometendo a sua funcionalidade, sendo um dos sintomas que mais leva os pacientes a emergência (Keramida; Kostoulas, 2023).

O controle desse sintoma envolve a realização de medidas não farmacológicas e farmacológicas, incluindo educação em saúde do paciente e seu cuidador, orientação sobre determinadas posições que ajudam na recuperação e sensação angustiante do sintoma, incentivo para estabelecer um equilíbrio entre o tempo de repouso e de atividade evitando extremos, oxigenoterapia suplementar quando saturação de oxigênio menor que 90%, uso de benzodiazepínicos e corticosteroides (Keramida; Kostoulas, 2023).

Em contrapartida a sintomatologia relatada, os participantes deste estudo apresentaram bom desempenho na escala funcional, com maiores médias nas dimensões cognitiva, emocional, física, social e funcional, respectivamente. Esta escala possui domínios que medem diferentes aspectos do funcionamento diário, do bem-estar físico e emocional do paciente, logo esses resultados são indicativos de boa qualidade de vida e funcionamento global sendo uma resposta positiva frente ao tratamento oncológico, entretanto a prevalência de sintomas físicos e emocionais pode comprometer a QV desses pacientes (Salveti et al., 2020).

Estudo realizado na Holanda com pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico de imunoterapia identificou maiores escores na escala emocional dos participantes entre 60-78,3 anos corroborando com este estudo, enquanto que a dimensão social foi diminuindo na população mais velha com 78,2 anos, já o funcionamento físico obteve escores menores independente da faixa etária (Suazo-Zepeda et al., 2023). Uma pesquisa realizada em São Paulo para mensurar a QVRS de pacientes com câncer discorda com os resultados deste estudo, apontando que a funcionalidade física e emocional foram as mais prejudicadas (Salveti et al., 2020).

Na Dinamarca foi verificado que pacientes com câncer de pulmão com o funcionamento funcional, físico, emocional e social reduzido e a presença de sintomas perda do apetite, fadiga e dor tiveram menos probabilidade de concluir o tratamento oncológico (Levinsen et al., 2022). Infere-se que mesmo na presença de sintomas debilitantes do câncer de pulmão, os participantes deste estudo mantiveram uma boa funcionalidade, o que contribui para melhor QVRS e melhor adesão terapêutica.

A escala de saúde global teve a maior média entre as escalas, resultado semelhante a uma pesquisa realizada no Piauí (Andrade et al., 2019), a saúde global é uma medida que avalia a percepção geral do estado de saúde e bem-estar dos pacientes com câncer indicando uma melhoria significativa na qualidade de vida e percepção subjetiva da saúde (Daroskewski et al., 2019).

Diversos fatores podem contribuir para esse resultado, como o estágio do câncer de pulmão, controle de sintomas e resposta ao tratamento oncológico. Na Polônia observou-se que pacientes com câncer de pulmão, em tratamento de quimioterapia paliativa apresentaram piora dos sintomas como dor de garganta e constipação e conseqüentemente da QV, todavia o estado de saúde global permanece inalterado (Daroskewski et al., 2019).

Na associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico houve relação entre a escala de sintomas e o sexo feminino, bem como entre o sexo feminino e a escala funcional. Vale salientar que o câncer de pulmão e o tratamento oncológico pode afetar homens e mulheres de maneira distintas, no entanto um estudo realizado na Alemanha investigou as diferenças de gênero em relação ao escore funcional e de sintomas, encontrando diferenças estatísticas apenas nos sintomas tosse sendo maior nos homens e diarreia na maioria das mulheres, já os escores funcionais não teve significância estatística (Koch et al., 2020).

Sabe-se que indivíduos com câncer possuem uma redução em sua capacidade funcional, o que repercute na sua percepção da qualidade de vida de maneira negativa (Duarte et al., 2020), o que requer atenção dos profissionais de saúde. Na Turquia, um estudo evidenciou que as funções físicas, sociais, ocupacionais e do estado geral de saúde dos pacientes do sexo masculino foram melhores que as do sexo feminino (Guvencli et al., 2021).

Nesse sentido, a relação entre o sexo e a escala funcional se configura um achado relevante frente às diferenças nos papéis sociais atribuídos as mulheres e aos homens, sendo a mulher responsável por realizar multitarefas domésticas, familiares e profissional ver-se com

sua funcionalidade comprometida frente a presença de sintomas e efeitos colaterais do tratamento oncológico (Corpes et al., 2022).

No que se refere à correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, foi observado correlação negativa fraca na escala de sintomas entre a dificuldade financeira e idade, como também com a renda.

A presença de sintomas incapacitantes do câncer de pulmão como tosse, dispneia e hemoptise são responsáveis por internações e custos elevados para controle dos sintomas, ocasionando dificuldades financeiras, comprometendo sua renda mensal o que requer atenção, pois conduzem os pacientes a dificuldades de suprir suas necessidades domésticas, de alimentação, medicações e transporte comprometendo a qualidade de vida dos pacientes com câncer de pulmão (Boulanger et al., 2022).

Estudo realizado na China com pacientes com câncer de pulmão, apontou que a carga da doença aumenta com a idade (Li; Ma; Xu, 2022). Um estudo longitudinal identificou que a maior carga de sintomas está associada à idade mais avançada, pois com o aumento da idade os pacientes se tornam mais vulneráveis, tendo sua saúde física mais deteriorada pela exposição ao tratamento agressivo do câncer (Suazo-Zepeda et al., 2023).

Na escala funcional foi observado correlação negativa fraca entre renda e o escore emocional. No que se refere a escala de sintomas podemos observar correlação fraca positiva entre dispneia e tempo do diagnóstico. Ademais foi verificado correlação negativa fraca entre tempo de tratamento e fadiga, náuseas e vômitos, constipação e funções físicas.

A quimioterapia leva a deterioração das funções físicas e da situação econômica dos pacientes com câncer de pulmão (Guvencli et al., 2021), sendo as pessoas de baixa renda como a maioria dos participantes deste estudo, são afetadas uma vez que o impacto financeiro com o câncer são superiores ao esperado, comprometendo a função emocional dos pacientes (Huang et al., 2020). Na Coreia do Sul, o baixo funcionamento emocional esteve associado às dificuldades financeiras (Hong et al., 2023).

A dispneia é uma condição que está relacionada a insuficiência respiratória, bem como da interação com outros fatores físicos, psíquicos e socioambientais. O tempo do diagnóstico também interfere neste sintoma, por se relacionar com a progressão da doença oncológica e a deterioração da condição de saúde, causando agravo e aumento da dificuldade respiratória (Oliveira; Medeiros Júnior, 2020).

O tempo do tratamento oncológico impacta de forma positiva na presença dos sintomas fadiga, náuseas e vômitos e constipação, assim como nas funções físicas da pessoa

com câncer, a medida o tempo de tratamento aumenta ocorre a diminuição desses sintomas e melhora nas condições físicas dos pacientes, esse dado corrobora com estudo realizado em Três Lagoas-MS, em que os pacientes apresentaram melhora nas funções físicas e cognitiva após três meses de tratamento oncológico (Silveira et al., 2021).

A correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis clínicas houve relação entre o tipo de câncer de pulmão e escala funcional, como também com as condições nutricionais. Os diferentes tipos de tumor podem apresentar características clínicas distintas, neste estudo foi considerado tumor primário, secundário e/ou metástase pulmonar.

A metástase é uma condição que limita o bom prognóstico e evolução do tratamento oncológico, gerando uma carga de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que afetam a QV dos pacientes, comprometendo sua funcionalidade (Estumano et al., 2023). Em relação às condições nutricionais, estas desempenham um papel crucial no prognóstico e tratamento da doença, sendo a desnutrição uma preocupação devido a perda do apetite associada a doença e aos efeitos colaterais do tratamento oncológico. Um estudo realizado em Santa Catarina identificou que a diminuição do apetite esteve relacionada ao agravamento da fadiga, de dimensões físicas e psicológicas (Kormann; Korz; Aligleri, 2021), condições que repercutem negativamente na funcionalidade dos pacientes com câncer.

A autoavaliação da saúde teve relação com as escalas de sintomas, funcional e de saúde global. A autopercepção da saúde pelos pacientes com câncer de pulmão se configura como um aspecto essencial de como lidam com a doença e sua sintomatologia repercutindo na sua funcionalidade e estado de saúde global (Valentine et al., 2022). A sobrevivência dos pacientes com câncer metastático é reduzida pelo avanço da patologia, o que compromete todas as demais funções da pessoa (Estumano et al., 2023).

Portanto, percebe-se que a QVRS de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico mostrou-se comprometida em alguns aspectos específicos, com destaque para a escala de sintomas que apresentou as maiores médias, diante disto os profissionais de enfermagem por constituírem maior interação com o paciente e seus familiares e/ou cuidadores, devem promover orientações por meio da educação em saúde que visem melhor gerenciamento dos sintomas, proporcionando melhoria na QV e uma assistência humanizada aos pacientes (Rocha et al., 2021).

#### **6.4 Correlação entre espiritualidade e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico**

Quanto à relação entre espiritualidade e QVRS foi observado que houve correlação positiva fraca entre o escore conexão e dificuldade financeira, assim como conexão e o escore social da escala funcional, indicando que quanto maior a conexão melhor os pacientes lidam com as dificuldades financeiras e melhor é o desempenho social. Isso ocorre pelo fato da influência que a espiritualidade pode ter sobre a percepção da doença, de bem-estar e satisfação com a vida (Silva et al., 2019; Kahraman; Pehlivan, 2023), mesmo diante dos desafios financeiros.

Nesse sentido, pacientes com câncer de pulmão que possuem uma forte conexão espiritual podem recorrer a isto como fonte de apoio emocional e psicológico no enfrentamento das situações adversas, promovendo resiliência e sensação de tranquilidade e paz (Silva et al., 2019).

Observou-se também uma correlação fraca positiva entre sentido e escala de saúde global, isso significa que à medida que a percepção do sentido da vida aumenta há uma tendência para uma avaliação mais positiva da saúde global (Miller; Kwekkeboom; Cherwin, 2022). O sentido na vida, muitas vezes relacionado a questões espirituais, religiosas ou de propósito, pode desempenhar um papel crucial na forma como os indivíduos enfrentam e interpretam sua condição de saúde, especialmente quando se trata de uma doença estigmatizada pelo sofrimento e o medo da morte, como o câncer (Urtiga et al., 2022).

Pacientes que atribuem um significado mais profundo às suas vidas podem ter uma abordagem mais positiva diante dos desafios associados ao tratamento do câncer. A percepção de sentido na vida pode servir como uma fonte de apoio psicológico e emocional, influenciando positivamente a maneira como os pacientes lidam com sintomas, efeitos colaterais do tratamento e as incertezas relacionadas à doença (Urtiga et al., 2022; Truke et al., 2022).

Em relação à admiração, observou-se uma correlação negativa fraca com o escore funcional, e correlação positiva fraca entre insônia e escore inteireza. Os pacientes que relatam maiores níveis de admiração podem estar mais focados em questões espirituais ou filosóficas, talvez negligenciando temporariamente aspectos práticos do funcionamento diário. Isso não implica necessariamente um comprometimento real na funcionalidade, mas pode refletir uma mudança de perspectiva na forma como esses indivíduos percebem e

priorizam diferentes dimensões de suas vidas, uma vez que suas crenças podem atenuar o estresse gerado pelo adoecimento (Buhrer; Ornell, 2022).

Em face de desafios como a insônia, indivíduos podem desenvolver uma maior apreciação pela totalidade de suas vidas. Isso pode refletir uma capacidade de lidar com as adversidades e manter uma perspectiva de integridade mesmo diante de dificuldades (Buhrer; Ornell, 2022).

A faceta força da escala de espiritualidade teve correlação negativa fraca com insônia e correlação fraca positiva com perda de apetite. Com a insônia indica que indivíduos que relatam maior força espiritual têm uma tendência ligeiramente menor a experimentar distúrbios do sono, como a insônia. Essa associação pode ser interpretada de várias maneiras, pode refletir a influência positiva da força espiritual na qualidade do sono, possivelmente proporcionando uma sensação de tranquilidade, propósito e aceitação que impacta positivamente o sono (Miller; Kwekkeboom; Cherwin, 2022).

A correlação fraca positiva com a perda de apetite sugere que a força espiritual pode estar associada a uma maior probabilidade de experimentar perda de apetite. Essa relação pode ser complexa, pois diferentes fatores podem influenciar a relação entre espiritualidade e apetite. Todavia, estudo realizado em Sergipe identificou que os aspectos psicossocioculturais como cultura, religião e/ou espiritualidade, classe social e outros aspectos estão relacionados a mudanças na alimentação (De Carvalho Oliveira; Barbosa; Fagundes, 2022).

Observou-se uma correlação negativa fraca entre o escore cognitivo e paz. À medida que o escore cognitivo diminui, a paz espiritual tende a diminuir também. Indivíduos com comprometimento cognitivo percebem menos paz espiritual, neste caso possivelmente devido ao comprometimento cognitivo causado pelo tratamento oncológico, que pode afetar a capacidade de reflexão, compreensão e apreciação das dimensões espirituais da vida (Gama et al., 2022).

Em relação à esperança, houve uma correlação fraca positiva com dificuldade financeira e correlação negativa fraca/moderada com o escore cognitiva. A correlação positiva fraca entre esperança e dificuldade financeira sugere que, à medida que a esperança aumenta, pode haver uma tendência modesta para uma percepção mais desafiadora das condições financeiras. Essa associação pode ser interpretada de diversas maneiras. Por exemplo, pacientes que mantêm uma perspectiva mais esperançosa podem ser mais realistas sobre as dificuldades financeiras enfrentadas, mas também podem encontrar força e resiliência em sua esperança em meio às adversidades (Vaz; Taets; Taets, 2022).

Por outro lado, a correlação negativa fraca/moderada entre esperança e o escore cognitivo indica que à medida que a esperança aumenta, pode haver uma tendência para uma melhor função cognitiva. Esse resultado pode ser especialmente relevante em pacientes com câncer de pulmão, considerando a importância da função cognitiva na compreensão da doença e tomada de decisões (Silveira et al., 2021).

Frente ao exposto, a espiritualidade de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico esteve relacionada a QVRS em várias dimensões, portanto os profissionais de enfermagem deve incluir em sua rotina um cuidado que abrange a dimensão espiritual. Estudos realizados em João Pessoa-PB e na Bahia identificaram que as práticas religiosas realizadas por enfermeiros incluem a reza, a leitura da Bíblia, a escuta, as palavras de otimismo, a conversa, a palavra de conforto, a fé, a presença e a providência de um líder religioso, a fim de oferecer um cuidado resolutivo que venha a promover bem-estar e qualidade de vida ao paciente e seus familiares (Evangelista et al., 2022; Batista et al., 2022).

## 7 CONCLUSÃO

Os pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico lidam com diversos fatores estressantes no seu cotidiano, tendo a necessidade de identificar recursos atenuantes a esse efeito, desta forma a espiritualidade surge como uma fonte de força para o enfrentamento da doença oncológica e seu tratamento, contribuindo para amenizar os impactos da doença na QVRS desses pacientes afetada em diversos aspectos como físico, psicológico, social e cultural. Assim, este estudo permitiu avaliar a espiritualidade e a QVRS e a correlação entre ambos.

Na avaliação da espiritualidade foi observado maior média na faceta fé, bem como alta média de espiritualidade total, na associação entre a espiritualidade e as variáveis sociodemográficas foi possível observar a relação entre conexão e estado civil, e na correlação entre espiritualidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico observamos a relação entre fé e a ocorrência de covid-19, correlação negativa fraca entre renda e admiração, assim como também uma correlação fraca positiva entre fé e tempo de diagnóstico.

Foi evidenciado a respeito da QVRS que os pacientes com câncer de pulmão tiveram as maiores médias nas escalas de saúde global e escala funcional com ênfase nos domínios funcional, social, físico e emocional, já a escala de sintomas obteve maiores médias nos domínios constipação, dificuldade financeira, fadiga, dor, perda do apetite, insônia e dispneia.

A associação entre QVRS e as variáveis sociodemográficas observamos que houve relação entre escala de sintomas e sexo, bem como entre sexo e escala funcional. Na correlação entre QVRS e variáveis sociodemográficas foi observado correlação negativa fraca entre dificuldade financeira e idade, e com a renda; entre renda e o escore emocional; uma correlação fraca positiva entre dispneia e tempo de diagnóstico; quanto ao tempo de tratamento, houve correlação negativa fraca com fadiga, náuseas e vômitos, constipação e funções físicas.

A correlação entre QVRS e as variáveis clínicas houve relação entre o tipo de câncer de pulmão e escala funcional e condições nutricionais; assim como relação entre autoavaliação de saúde e as escalas de sintomas, funcional e de saúde global. Na correlação entre a espiritualidade e a QVRS foi identificado correlação positiva fraca entre o escore conexão e dificuldade financeira, em como com o escore social; correlação fraca positiva entre sentido e escala de saúde global; sobre a faceta admiração, observou-se uma correlação negativa fraca com o escore funcional; e correlação positiva fraca entre insônia e escore

inteireza; a força teve correlação negativa fraca com insônia e uma correlação fraca positiva com perda de apetite; correlação negativa fraca entre o escore cognitiva e a paz; a esperança, teve correlação fraca positiva com dificuldade financeira e correlação negativa fraca/moderada com o escore cognitiva.

Os resultados apresentados por esta pesquisa possui relevância à medida que identifica características relacionadas a espiritualidade dos pacientes com câncer de pulmão e como está a QVRS desses pacientes, bem como está é afetada pela sintomatologia da doença e de seu tratamento, trazendo uma reflexão acerca deste tema a fim de atingir melhorias nas políticas públicas de saúde voltada para o campo da oncologia.

Aos enfermeiros gerenciais e assistenciais que lidam com este público, esses dados são úteis à medida explora uma temática pouco abordada, todavia necessária a um cuidado inovador e humanizado ao paciente e seus familiares, visando proporcionar conforto e acolhimento por meio da espiritualidade, minimizando os aspectos afetados da QVRS dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico.

Na área da pesquisa em oncologia, este estudo caracteriza um avanço por expor de modo abrangente o fenômeno espiritualidade e saúde que vem ganhando destaque nas pesquisas nacionais e internacionais. No tocante ao ensino e a pesquisa, esses dados podem contribuir para a implementação de disciplinas curriculares que visem a orientação e implementação dos cuidados espirituais pelos enfermeiros, despertando novos horizontes e perceptivas a enfermagem oncológica.

A limitação desta pesquisa refere-se ao delineamento transversal, por verificar a relação entre variáveis em um determinado momento, sendo necessário estudos longitudinais que avaliem a longo prazo a espiritualidade e a QVRS nos pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A. F. **Metodologia Científica: princípios e fundamentos**. 3.ed. São Paulo: Blucher, 2021.

ALMEIDA FILHO, R. F. DE. *et al.* Spirituality in the uncertainty of illness: the perspective of oncology patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 4, p. e20220712, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0712pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PQSvLpkBVbMTP7ZNbkrDdCR/?lang=pt#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

ALCÂNTARA, R. C. *et al.* Covid-19 em Pacientes oncológicos: uma Revisão do perfil Clínico-Epidemiológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. TemaAtual, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1046>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ALMQUIST, D. R.; SAVVIDES, P.; ERNANI, V.. The not so small role of adjuvant chemotherapy in resected non-small cell lung cancer. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 3, p. e20210230, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/73FLmXfKDBzQKNBRkkcXNYR/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ANDRADE, A. L. P. *et al.* Influência do tratamento quimioterápico no comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/93>. Acesso em: 29 jan. 2024.

AARONSON, N. K. *et al.* The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **JNatl Cancer Inst.**, v. 85, n. 5, p. 365-376, 1993. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/85/5/365/972260>. Acesso em: 19 dez. 2022.

AYDIM, S. A.; DEMIR, D. M. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 29, n.4, p.e13252, 2020. Doi: 10.1111/ecc.13252.

ARAÚJO, L. da S. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3203, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO244832031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/FyCHYqdJPz9PKhBNRSkzhMM/#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

ASSIS, M. de. Comunicação em Saúde na Prevenção e Detecção Precoce do Câncer: em Busca de Práticas mais Dialógicas e Inclusivas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e-032879, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2879. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2879>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BARREIRA, J. V. The Role of Nutrition in Cancer Patients. **Nutr Cancer**, v. 73, n.11-12, p. 2849-2850, 2021. DOI: 10.1080/01635581.2020.1839519.

BATISTA, N. T. *et al.* Espiritualidade na concepção do paciente oncológico em tratamento antineoplásico. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, p. 791–797, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294512>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/H6mdkxH6H9WwwfjZHnQCWR/?lang=pt#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

BERGMAN, B. *et al.* The EORTC QLQLC-13: A modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. **Eur J Cancer**, v. 30A, p. 654-642, 1994. Disponível em: [10.1016/0959-8049\(94\)90535-5](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90535-5). Acesso em: 16 fev. 2023.

BERMUDEZ NINO, Y.; OSORIO CASTANO, J. H. Sobrevivir al cáncer: Narrativas de un grupo de personas a partir de sus experiencias. *Enfermería (Montevideo)*, **Montevideo**, v. 11, n. 2, e2792, 2022. Disponível em: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062022000201205&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000201205&lng=es&nrm=iso). Accedido em: 09 enero. 2024. .Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2792>.

BECKER, R. M.; HEIDERMAN, I. T. S. B. HEALTH PROMOTION IN CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC NON-TRANSMITABLE DISEASE: INTEGRATIVE REVIEW. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180250, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gDT5RNCrkcBNM5xbd6J65Tf/?lang=pt#>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRAGA, D. A. O. *et al.* Qualidade de vida do idoso em tratamento oncológico. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 2, p. 249-253, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15991>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Lei do Primeiro Tratamento de Pacientes com Neoplasia Maligna. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm). Acesso em: 28 de nov. de 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Lei Estatuto da Pessoa com Câncer. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 nov. 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm). Acesso em: 28 de nov. de 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000**. Lei da Estatuto da Prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19982.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm). Acesso em: 07 de dez. de 2023.

BOULANGER, M. *et al.* Financial toxicity in lung cancer. **Frontiers in Oncology**, v. 12, p. 1004102, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2022.1004102/full>. Acesso em: 29 jan. 2024.

CASSIM, SHEMANA. *et al.* “Patient and carer perceived barriers to early presentation and diagnosis of lung cancer: a systematic review.” **BMC cancer.**, v. 19, n.1, 2019. DOI:10.1186/s12885-018-5169-9.

CASARI, L. *et al.* Estado Nutricional e Sintomas Gastrointestinais em Pacientes Oncológicos Submetidos à Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 2, p. e–041036, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1036. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1036>. Acesso em: 22 jan. 2024.

CACHIONI, M. *et al.* Associações diretas e indiretas entre autoavaliação de saúde, indicadores objetivos de saúde e neuroticismo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. e210210, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xktyKyXkmHStmNZjyyN3Lk/#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CAMPOS, S. O.; SCORSOLINI-COMIN, F. Coping e redes de apoio de casais sobreviventes ao câncer cervical. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 13, n. 3, p. 873-895, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822020000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000300009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 18 jan. 2024.

CARVALHO, F. F. B. de PINTO , T. de J. P.; KNUTH , A. G. Atividade Física e Prevenção de Câncer: Evidências, Reflexões e Apontamentos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e–12886, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.886. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/886>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CARVALHO, K. M. DE. *et al.* Comparison of the effectiveness of two educational interventions on sleep quality in older adults: a randomized clinical trial . **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220326, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/smZFKSBGVmry9GbKzVHqPbq/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jan. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311/2017**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 25 nov. 2023.

CHAMMAS, Roger; FOLGUEIRA, Maria Aparecida Azevedo., *et al.* **Oncologia: Da molécula à Clínica**. 1º ed. Editora dos Editores, 2022.

CHEN, M. *et al.* Combined early palliative care for non-small-cell lung cancer patients: a randomized controlled trial in Chongqing, China. **Frontiers in oncology**, v. 13, e.1184961, 2023. DOI: 10.3389/fonc. 2023.1184961. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10539600/#SF1>. Acesso em: 29 nov. 2023.

CHEN J.; YOU H.; LIU, Y.; KONG, Q.; LEI, A.; GUO, X. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. **Medicine (Baltimore)**, v.100, n.1, e24264, 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000024264.

CHOI, H. K.; MAZZONE, P. J. Lung Cancer Screening. **Medical Clinics of North America**, v.106, n.6, p.1041-1053, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.07.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002571252200089X>. Acesso em: 29 nov. 2023.

CHO, D. et al. “Associations Between Spirituality, Mindfulness, and Psychological Symptoms Among Advanced Lung Cancer Patients and Their Spousal Caregivers.” **Journal of pain and symptom management.**, vol. 61,5, p. 898-908, 2021. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.001

CORRÊA, K. M.; DE OLIVEIRA, J. D. B.; TAETS, G. G. C. C. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. Tema Atual, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1068/660>. Acesso em: 22 nov. 2023.

CORGOZINHO, M. M. *et al.* Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 249–256, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3tJx6369mSFQDc3DXy5F8jM/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

COSTA, G.M. da; SÁNCHEZ, M.N.; SHIMIZU, H.E. Mortalidade em idosos no Distrito Federal, 2008-2018: principais causas e fatores relacionados. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v.17, p. e154101724503, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i17.24503. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24503>. Acesso em: 8 jan. 2024.

COSTA, G. J. *et al.* Tumor-node-metastasis staging and treatment patterns of 73,167 patients with lung cancer in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 1, p. e20180251, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/vdG7KT48XhB6DLjHGh5fZWm/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CORPES, E. DE F. *et al.* REPERCUSSÕES DA BRAQUITERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e80960, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/centf/a/j68pnJrtxPwx4BXLtnKksVK/#>. Acesso em: 29 jan. 2024.

DAROSZEWSKI, C. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas avançado em quimioterapia paliativa. **Avanços na Medicina Pulmonar: Pesquisa e Inovações**, v. 1116, p. 11-18, 2019. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/5584\\_2019\\_346](https://link.springer.com/chapter/10.1007/5584_2019_346). Acesso em: 29 jan. 2024.

DE CARVALHO OLIVEIRA, I. R.; BARBOSA, K. B. F.; FAGUNDES, A. A. Mudanças no comportamento alimentar em sobreviventes ao câncer assistidos ao nível ambulatorial. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/2058>. Acesso em: 01 fev. 2024.

DE VASCONCELOS, L. B. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 226-238, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/160>. Acesso em: 08 dez. 2023.

DJAMBAZOV, S.; GIAMMANCO, M.D.; GITTO, L. Econometric analysis of oncology patients' Health-Related Quality of Life determinants in Bulgaria. **Cent Eur J Public Health**, v. 30, n. 3, p.160-165, 2022. PMID: 36239363. DOI: 10.21101/cejph.a7095. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36239363/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

DOGAN, E.; HANIFE, O. Determine the Symptom Intensities, Performance and Hopelessness Levels of Advanced Lung Cancer Patients for the Palliative Care Approach. **The American journal of hospice & palliative care**, v. 39, n.11, p.1325-1332, 2022. DOI: 10.1177/10499091211073528. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9527446/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

DUQUE-ORTIZ, C.; TIRADO-OTALVARO, A. F.; GUARÍN- CARDONA, L. F. Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 20, n. 1, p. 45–58, 2023. DOI: 10.22463/17949831.3360. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3360>. Acesso em: 07 dez. 2023.

DUARTE, A. C. F. *et al.* Força de apreensão, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com câncer. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 362–369, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/ZjyX8yS8Rdwdwc3YrKMYfqz/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jan. 2024.

ESPERANDIO, M. R. G.; CALDEIRA, S. **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**. Curitiba: PUCPRESS, 2022.410p.

EUROPE ORGANISATION FOR RESEARCH AND TRATAMENT OF CANCER - QUALITY OF LIFE. **Quality of Life**. [internet] 2018. Available from: <http://groups.eortc.be/qol/quality-life>. Access in: 11.dez. 2023.

ESTUMANO, V. K. C. *et al.* Sociodemographic, clinical and survival profile of adult metastatic patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20230048, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XddZRJ5CH4nWQdLzJ4Vf6RG/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jan. 2024.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20210029, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VWgYdnZt3FGTkQPCP6pXsXw/?lang=pt#>. Acesso em: 01 fev. 2024.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. e200023, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/6bpgtbbj6wGQF4nWfxLGgDF/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FRANCESCHINI, J. P.; JAMNIK, S.; SANTORO, I. L.. Role that anorexia and weight loss play in patients with stage IV lung cancer. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 4, p. e20190420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DxmbwVMZHH6FWkVkJTSv6JJg/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FRADELLOS, E. C. *et al.* “Spiritual Needs of Lung Cancer Patients and Their Relation to Psychological Distress and Quality of Life.” **Cureus**, vol. 13, n. 2, p.e20225, 2021. DOI:10.7759/cureus.20225. Acesso em: 09 nov. 2023.

FREITAS, R. A. DE. *et al.* Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190034, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jtKMx3PpNRDdBRLZHdyMZC/?lang=pt#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

FERREIRA, J. D. *et al.* Covid-19 e câncer: atualização de aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. TemaAtual, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1013/623>. Acesso em: 14 jan. 2024.

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**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-07422, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 146–149, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/H9NJt5BJ3MhcjtxGzMBFZ6s/#>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>. Access in: 11 jul.2022.

GAMA, B. Q. *et al.* Os Tratamentos oncológicos e sua influência na efetividade cognitiva: Uma revisão integrativa. **Revista Atenas Higeia**, v. 4, n. 1, 2022. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/148>. Acesso em: 01 fev 2024.

GARCIA, R.M.; SIQUEIRA, GBM DE.; RAIA, V. de A.; ALESSIO JÚNIOR, LE.; ALÉSSIO, AM. Análise epidemiológica da mortalidade por câncer de pulmão em Mato Grosso, Brasil, 2011 a 2021. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 6, pág.

e27312642286, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i6.42286. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42286>. Acesso em: 9 jan. 2024.

GLOBALHEALTH ORGANIZATION (WHO). Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, byCountry and by Region, 2000-2019. Geneva: **WorldHealthOrganization**, 2020.

GELATTI, A. C. Z.; LORANDI, V. Challenging scenarios in the treatment of lung cancer. **J Bras Pneumol**, v.46, n.4, e.20200388, 2020. Disponível em:  
<http://www.jornaldepneumologia.com.br/how-to-cite/3419/en-US>. Acesso em: 29 nov. 2023.

GONZALEZ, L. R. *et al.* Câncer de pulmão em um hospital público chileno. **Rev. Chile, Santiago**, v.1, p.7 a 16, 2022 . Disponível em:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872022000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 de janeiro de 2024. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000100007>.

GUVENCLI, M. *et al.* The impact of chemotherapy on the EORTC QLQ-C30 and LC-13 quality of life scales in patients with lung cancer. **The Journal of Tepecik Education and Research Hospital**, v. 31, n. 3, p. 344-354, 2021. Disponível em:  
<https://anatolianjmed.org/jvi.aspx?un=TERH-73626&volume=31&issue=3>. Acesso em: 30 jan. 2024.

HARADA, G. *et al.* Effectiveness and toxicity of adjuvant chemotherapy in patients with non-small cell lung cancer. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 3, p. e20200378, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/qLbBLtP6nXM6979zTrhhxcj/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2021-2023**. 12.ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HLAUREANO. GUIA MÉDICO. Disponível em: <http://hlaureano.org.br/guia-medico/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

HONG, Y. J. *et al.* Association Between Quality of Life Questionnaire at Diagnosis and Survival in Patients With Lung Cancer. **Clinical Lung Cancer**, v. 24, n. 5, p. 459-466, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525730423000487>. Acesso em: 30 jan.2024.

HUANG, Z-P. *et al.* Functional status, supportive care needs, and health-related quality of life in advanced lung cancer patients aged 50 and older. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 7, n. 2, p. 151-160, 2020. Disponível em:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562521001578>. Acesso em: 30 jan. 2024.

HUANG, Y. J. *et al.* Radiation Therapy for Invasive Breast Cancer Increases the Risk of Second Primary Lung Cancer: A Nationwide Population-Based Cohort Analysis. **J Thorac Oncol.**, v.12, n. 5, p.782-790, 2017. Doi: 10.1016/j.jtho.2017.01.021. PMID: 28214559. Access in: 15 jan. 2024.

IMANI, V. *et al.* The Mediating Roles of Anxiety, Depression, Sleepiness, Insomnia, and Sleep Quality in the Association between Problematic Social Media Use and Quality of Life among Patients with Cancer. **Healthcare (Basel)**, v. 10, n. 9, p. 1745, 2022. DOI: 10.3390/healthcare10091745.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativas 2023 Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: Estatísticas de câncer — Português (Brasil) ([www.gov.br](http://www.gov.br)). Acesso em: 07 dez. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>. Acesso em: 24 out.. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 6. ed. rev. Atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Em 2022, mercado de trabalho e auxílio Brasil permitem recuperação dos rendimentos. **Agência de Notícias IBGE**, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36857-em-2022-mercado-de-trabalho-e-auxilio-brasil-permitem-recuperacao-dos-rendimentos#:~:text=Em%202022%2C%20o%20rendimento%20m%C3%A9dio,R%24%2039%2C6%20bilh%C3%B5es>. Acesso em: 10 jan. 2024.

IZZO, J. M. *et al.* The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. **BrJP**, v. 2, n. 4, p. 336–341, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/S863T5G56RTtGr6BpFHHdYp/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

JESUS, A. S. de; AJALA, S. R.; SALDANHA, C. A.; SPEXOTO, M. C. B. Fatores Associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Tratamento Clínico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 2, p. e.15395, 2019. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.395. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/395>. Acesso em: 11 dez. 2023.

JOHNSON L. *et al.* Stigma and Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer. **Oncol Nurs Forum**. v. 46, n.3, p. 318-328, 2019. Disponível em: 10.1188/19.ONF.318-328. PMID: 31007259. Acesso em: 22 nov. 2023.

KAMEO, S. Y. *et al.* Toxicidades Gastrointestinais em Mulheres durante Tratamento Quimioterápico do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, p. e–151170, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1170. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1170>. Acesso em: 22 jan. 2024.

KAHRAMAN, B. N.; PEHLIVAN, S. The effect of spiritual well-being on illness perception of lung cancer patients. **Support Care Cancer**., v. 31, n. 2, p. 107, 2023. Doi: 10.1007/s00520-022-07527-z. PMID: 36625978. Acesso em: 17 jan. 2024.

KERAMIDA, K.; KOSTOULAS, A. Dyspnea in Oncological Patients: a Brain Teaser. **European Cardiology Review**, v. 18, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9947930/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. da. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1098-1104, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kWYKzG3C5ZG4zhfpRxyqK6t/>. Acesso em: 01 fev. 2024.

KORMANN, E.; KORZ, V.; ALIGLERI, T. dos S. Estado Nutricional, Fadiga e Apetite de Pacientes com Câncer atendidos no Hospital Santo Antônio, Blumenau – SC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 4, p. e-111375, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1375. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1375>. Acesso em: 22 jan. 2024.

KOCH, M. *et al.* Gender effects on quality of life and symptom burden in patients with lung cancer: results from a prospective, cross-cultural, multi-center study. **Journal of thoracic disease**, v. 12, n. 8, p. 4253, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475557/>. Acesso em: 29 jan. 2024.

KHAMBOON, T.; PAKANTA, I. Intervention for symptom cluster management of fatigue, loss of appetite, and anxiety among patients with lung cancer undergoing chemotherapy. **Asia-Pacific journal of oncology nursing**, v. 8, n. 3, p. 267-275, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562521000457>. Acesso em: 24 jan. 2024.

LEE, M. K. Interactions of Spiritual Well-Being, Symptoms, and Quality of Life in Patients Undergoing Treatment for Non-Small Cell Lung Cancer: A Cross-Sectional Study. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 37, n. 2, p.151139, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151139>.

LEÓN, E. C. *et al.* Demora en el diagnóstico y tratamiento de 5 tipos de cáncer en 2 centros de salud urbanos. **Atencion primaria**, v. 54, n.3, 2022. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102259. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8841581/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

LEVINSEN, A. K. G. *et al.* Association between Health-Related Quality of Life and Completion of First-Line Treatment among Lung Cancer Patients. **Cancerres**, v. 14, n. 14, p. 3343, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/14/14/3343>. Acesso em: 29 jan. 2024.

LI, Z.; MA, Y.; XU, Y. Burden of lung cancer attributable to household air pollution in the Chinese female population: trend analysis from 1990 to 2019 and future predictions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00050622, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kVpzHz5dLb3rRRhtMCQqjzP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jan. 2024.

LORTET-TIEULENT, J. *et al.* Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010. **Eur J Cancer**, v. 51, n. 9, p.1144-63, 2015. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.10.014. PMID: 24269041. Acesso em: 28 nov. 2023.

LUBUZO, B. *et al.* The barriers to initiating lung cancer care in low-and middle-income countries. **The Pan African medical journal**, v. 3538, 2020. DOI: 10.11604/pamj.2020.35.38.17333. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245978/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MAIA, A. E. S.; GRELO, F. A. de C. G.; CUNHA, K. da C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 2, p. e-05864, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.864. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/864>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MARQUES, R. DE A. *et al.* Comprometimento do apetite e fatores associados em pessoas idosas hospitalizadas com câncer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. e200339, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/YXj9FkqyT6DrxJW7dsf5kKG/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 8. ed. Barueri [SP]: Atlas, 2022.

MARTIN, R. E. *et al.* Sleep and quality of life in lung cancer patients and survivors. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v.30, n.2, p.284-291, 2021. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000625. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8720315/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MANZINI, *et al.* The brief psychotherapeutic intervention “relaxation, mental images and spirituality”: a systematic review. **Sao Paulo Med J**. v. 138, n. 3, p:176-83, 2020. DOI: 10.1590/1516-3180.2019.030202102019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/6Gttpg3FRGRXsTC9hpp6GSD/?format=pdf&lang=em>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MARIANO, K. O. P. *et al.* Análise da Fadiga Relatada e das Forças Musculares Respiratória e Periférica em indivíduos com Câncer em Tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. 4, p. e-091051, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.1051. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1051>. Acesso em: 22 jan. 2024.

MCGRATH, Alister E. **Science & religion: A new introduction**. John Wiley & Sons, 2020.

MELLO, I. R. *et al.* Cluster de Sintomas e o Impacto na Qualidade de Saúde Global de Pacientes com Câncer Avançado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1190>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MENDES, B. V. *et al.* Spiritual well-being, symptoms and performance of patients under palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, p. e20220007, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y8n5pLrycgvvC7wspGN77bc/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MENDES, M. S. S. F. *et al.* O Bem-Estar Espiritual em Pacientes Oncológicos: Fatores Associados/Spiritual Well-Being on Oncologic Patients: Associate Factors. **Revista FSA (Centro Universitário Santo Agostinho)**, v. 17, n. 2, p. 237-249, 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1946>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MENDES, A. S. *et al.* Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com câncer durante o tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1120596>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MENDES, A. S.; ARANTES, T. C.; MARTINS, V. E.; NICOLUSSI, A. C. Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com câncer durante o tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, p. 57987, 2020. DOI: 10.5216/ree.v22.57987. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/57987>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MILLER, M.; KWEKKEBOOM, K.; CHERWIN, C. The role of spirituality in symptom experiences among adults with cancer. **Supportive care in cancer**, v. 30, p. 49-57, 2022. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2024.

MIRANDA-FILHO, A. *et al.* “A modeling analysis to compare eligibility strategies for lung cancer screening in Brazil.” **EclinicalMedicine**, v. 42, e.101176, 2021. DOI:10.1016/j.eclinm.2021.101176. Acesso em: 28 nov. 2023.

MICHELS, F. A. S.; LATORRE, M. DO R. D. DE O.; MACIEL, M. DO S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. Rev. bras. epidemiol., v.16, n.2, p. 352–363, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>. Acesso em: 22 mar. 2023.

MOOSAVI, S. *et al.* Consequências do cuidado espiritual para pacientes oncológicos e enfermeiros oncológicos: um estudo qualitativo. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 6, n.2, p.137-144, 2019. Disponível em: 10.4103/apjon.apjon\_37\_18. Acesso em: 23 nov. 2023.

MOTA, R. T. *et al.* Percurso assistencial de pacientes convivendo com câncer de pulmão. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 363-373, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292474>. Acesso em: 23 nov. 2023.

MOTA, R. T. *et al.* Quality of life of patients with lung cancer: A scoping review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. e180162, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180162>. Acesso em: 11 dez. 2023.

MONTEIRO, A. S. *et al.* Impact of microvascular invasion on 5-year overall survival of resected non-small cell lung cancer. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 48, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210283>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/sxKJWCf3Jgm7s4vmzTppfSz/?lang=pt#>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, v. 40, n.98, p.129-139, 2020. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 dez. 2023.

MOREIRA, D. P. *et al.* Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter?. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 37, n. 8, e00002220, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002220>. ISSN 1678-4464.

MUNRO B.H. **Statistical methods for health care research**. 4 ed. Philadelphia; Lippincott, 2001.

MUTHANNA, F. M. S.; KARUPPANNAN, M.; HASSAN, B. A. R.; MOHAMMED, A. H. Impact of fatigue on quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy. **Osong Public Health Res Perspect.**, v. 12, n. 2, p. 115-125, 2021. DOI: 10.24171/j.phrp.2021.12.2.09.

NOGUEIRA, V. P. F. *et al.* Spirituality, religiosity, and their representations for people living with HIV: daily life and its experiences. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220394, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0394pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/c8htFwHjJBgXdGX3tcLDzWK/?lang=pt#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

NOGUEIRA, L. DE A. *et al.* AVALIAÇÃO DA TOXICIDADE FINANCEIRA (FACITCOST) DE PACIENTES COM CÂNCER NO SUL DO BRASIL. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e79533, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/8nB36FWBwM68XdKdCnnVqBD/#>. Acesso em: 11 jan. 2024.

NUNES, R. R. *et al.* Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a experiência dos pacientes com câncer. **REVER: Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 47-59, 2020. DOI: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a4>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/50679>. Acesso em: 07 dez. 2023.

NUNES, N. A. H.; CEOLIM, M. F. QUALIDADE DO SONO E CLUSTER DE SINTOMAS EM PACIENTES COM CÂNCER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58046>. Acesso em: 25 jan. 2024.

ORTIZ-MENDOZA, G. *et al.* Cuidados paliativos como intervenção de enfermagem nos últimos dias de vida: revisão sistemática. **Sanus**, v. 7, e.289, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.289>. Disponível em: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-60942022000100107&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100107&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acesso em: 28 nov. 2023.

OSHIRO, N. N. *et al.* Qualidade de vida e toxicidade financeira dos transplantados de células-tronco hematopoéticas na COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3995, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9V43RQv4k8nKftGDHqXm7Fw/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

OLIVEIRA, M. R. DE; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 3, p. 469–476, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/#>. Acesso em: 06 dez. 2023.

OLIVEIRA, E. P. DE.; MEDEIROS JUNIOR, P. Palliative care in pulmonary medicine. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, p. e20190280, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/xGqG4pvzrYcw4XCSzRgYV9q/?lang=pt#>. Acesso em: 28 fev. 2024.

PANZINI, R. G. *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018> . Acesso em: 16 fev. 2023.

PEREZ-HERNANDEZ, S. *et al.* Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer demama:unarevisiónintegrativa.**Enferm. univ**,v.16,n.2,p.185-195,2019.

PERES, F.. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdmwH5gd66VNCXhVQJXJ3KD/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PEREIRA, S. C. F.; QUEIROZ, J.S. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 13, e.242825, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242825>. Disponível em: Assistência à saúde de pessoas em tratamento oncológico | Revista de Enfermagem UFPE online. Acesso em: 28 nov. 2023.

PEREIRA, A. A. C. *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Oncológicos Submetidos à Radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/775>. Acesso em: 24 jan. 2024.

POORT, H. *et al.* Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment: a randomized controlled trial. **Annals of Oncology**, v. 31, n. 1, p. 115-122, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419354031>. Acesso em: 23 jan. 2024.

PROVENCIO, M. *et al.* Perioperative nivolumab and chemotherapy in stage III non–small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 389, n. 6, p. 504-513, 2023.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Rev Fun Care Online**, v.11, n.4, p.849-856, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856>. Disponível em: [https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6667/pdf\\_1](https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6667/pdf_1). Acesso em: 07 dez. 2023.

- RODRIGUES-SOBRAL, M. M. *et al.* Influence of Islamic religion and spirituality on the well-being and quality of life of cancer patients: a meta-analysis and a hypothetical model of cerebral mechanisms. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 2, p. 141–148, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000369>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gCNv55FKb3gg8rGYDNKcsjp/?lang=en#>. Acesso em: 07 dez. 2023.
- ROSENTHAL, A. Qualidade de Vida e Sobrevivência em Linfoma. **Relatórios Atuais de Oncologia**, v.24, n.9, p.1113-1120, 2022. DOI: 10.1007/s11912-022-01283-3. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hon.2940>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- ROCHA, A. R. D. P. *et al.* Análises das Demandas e Cenários de Apoio para Sobreviventes de Câncer: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 4, p. e-221417, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1417. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1417>. Acesso em: 31 jan. 2024.
- ROILA, F. *et al.* Prevalence, characteristics, and treatment of fatigue in oncological cancer patients in Italy: a cross-sectional study of the Italian Network for Supportive Care in Cancer (NICSO). **Supportive Care in Cancer**, v. 27, p. 1041-1047, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-018-4393-9>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- RUIDIAZ-GÓMEZ, K. S. .; CACANTE-CABALLERO, J. V. . Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura. **Revista Ciencia y Cuidado**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 86–99, 2021. DOI: 10.22463/17949831.2539. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>. Acesso em: 10 dic. 2023.
- SAETAN, P. *et al.* The effects of the respiratory rehabilitation program on perceived self-efficacy and dyspnea in patients with lung cancer. **Asian nursing research**, v. 14, n. 5, p. 277-285, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131720300724>. Acesso em: 26 jan. 2024.
- SALES-FONSECA, N. *et al.* Benefícios acidentários e previdenciários concedidos a portadores de câncer no Brasil, 2008-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 447–458, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CRDJFf7FDqC36VhMw8p7Mzp/#>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- SARPA, M.; FRIEDRICH, K. Exposição a agrotóxicos e desenvolvimento de câncer no contexto da saúde coletiva: o papel da agroecologia como suporte às políticas públicas de prevenção do câncer. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 407-425, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E227>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46nspe2/407-425/>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- SANTOS, M. de O. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, p. e-213700, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 14 set. 2023.

SALVETTI, M. DE G. et al.. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180287, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>. Disponível em: SciELO - Brasil - Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients . Acesso em: 11 dez. 2023.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K.D.; WAGLE, N. S.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2023. **CA Cancer J Clin**, v.73, n.1, p.17-48, 2023. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21763>. Acesso em: 14 set. 2023.

SILVA, D. A. da. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359568727016/html/>. Acesso em: 07 dez. 2023.

SILVA, A. T. de M. *et al.* Religiosidade e espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-7, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190069>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051147>. Acesso em: 07 dez. 2023.

SILVA, L. dos S. *et al.* Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. **Rev.Enf.Ref.**, v. ser IV, n.23,p.111-120,2019. Disponível em: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000400012&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000400012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2023.

SILVA, R. C. *et al.* Evaluation of fatigue and quality of life of colorectal cancer patients in chemotherapy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210123, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210123.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/pBK5j47V7m8mfYdGWjmmSYv/?lang=pt#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SILVA, M. J. DE S. E .; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?lang=pt#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SILVA, J.; BRAGA, R.; BORGES NETO, R. Espiritualidade e câncer: a construção de sentidos por pacientes frente à finitude. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 23, n. 3, p. 654- 668, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15309/22psd230306>. Disponível em: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862022000300654&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862022000300654&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 dez. 2023.

SILVEIRA, F. M. *et al.* Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, n. Acta paul. enferm., p. eAPE00583, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SOUZA, J. A. DE M. *et al.* Fatores associados ao tempo para o início do tratamento do câncer de pulmão em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1133–1146, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KNL9PnZSpvDnVK56gzyhc4B/#>. Acesso em: 21 set. 2023.

SOUZA, B. J. *et al.* Relação entre a atividade inflamatória e o estado nutricional de pacientes com câncer de pulmão. **Revista de Medicina da UFC**, v. 59, n. 2, 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/31572>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SCHABATH, M. B.; COTE, M. L. “Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer.” *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, v. 28, n.10, p.1563-1579, 2019. Doi:10.1158/1055-9965.EPI-19-0221.

SUAZO-ZEPEDA, E. *et al.* Quality of life after treatment with immune checkpoint inhibitors for lung cancer; the impact of age. **Lung Cancer**, v. 176, p. 89-97, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169500222007383>. Acesso em: 28 jan. 2024.

TAN, V. S. *et al.* Pain and Interventions in Stage IV Non-Small Cell Lung Cancer: A Province-Wide Analysis. **Curr Oncol.**, v. 30, n. 3, p. 3461-3472, 2023. DOI: 10.3390/curroncol30030262. Acesso em: 24 jan. 2024.

TANG, H.; CHEN, L.; WANG, Y.; ZHANG, Y.; YANG, N.; YANG, N. The efficacy of music therapy to relieve pain, anxiety, and promote sleep quality, in patients with small cell lung cancer receiving platinum-based chemotherapy. **Support Care Cancer**, v. 29, n. 12, p. 7299-7306, 2021. DOI: 10.1007/s00520-021-06152-6.

TALBERT, E. E.; GUTTRIDGE, D. C. Emerging signaling mediators in the anorexia-cachexia syndrome of cancer. **Trends Cancer**, v. 8, n. 5, p.397-403, 2022. DOI: 10.1016/j.trecan.2022.01.004.

TASAN, N., SARITAS, S. C. A relação entre espiritualidade e desesperança entre pacientes com câncer na Turquia. **J Relig Saúde**, v. 61, p. 1376–1389, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01470-9>.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

TRINDADE , K. A. *et al.* Spirituality and Health: a look through different social actors. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e41311225874, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25874. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25874>. Acesso em: 09 nov. 2023.

TOMANOVIC VUJADINOVIC, S. *et al.* TENS Improves Cisplatin-Induced Neuropathy in Lung Cancer Patients. **Medicina (Kaunas)**, v. 58, n. 10, p. 1405, 2022. DOI: 10.3390/medicina58101405.

TURKE, K. C. *et al.* Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 7, p. 960–965, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/HMCNb6wjrBNkfBfVwVrYr9t/?lang=en#>. Acesso em: 01 fev. 2024.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I COM BASE NOS PROBLEMAS SEGUNDO TEORIA DE WANDA HORTA. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 4, p. 687-694, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647681006> . Acesso em: 14 dez. 2023.

UGUR, O. *et al.* Examining the relationship between symptoms watched in lung cancer patients and illness perception. **J Pak Med Assoc.**,v.72, n.4, p.634-638, 2022. Doi: 10.47391/JPMA.0179. PMID: 35614592. Acess in: 11 jan. 2024.

URTIGA, L. M. P. C. *et al.* Espiritualidade e religiosidade: influência na terapêutica e bem-estar no câncer. **Revista Bioética**, v. 30, n. 4, p. 883–891, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304578PT>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QTnYwfsW5vDSBLkxxLn5d3K/?lang=pt#>. Acesso em: 07 dez. 2023.

VALENCIA RICO, C. L. *et al.* . Cáncer de pulmón, tendencias desde la perspectiva del cuidado. **Revista urug. enferm. (En línea)**, Montevideo , v. 17, n. 2, 2022. Disponível em: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-03712022000101504&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712022000101504&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 07 dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a6>.

VALENTINE, T. R. *et al.* Illness perception profiles and psychological and physical symptoms in newly diagnosed advanced non-small cell lung cancer. **Health Psychology**, v. 41, n. 6, p. 379, 2022. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2022-65050-001>. Acesso em: 31 jan. 2024.

VAVALÀ, T.; RIGNEY, M.; REALE, M.L.; NOVELLO, S.; KING, J.C. An examination of two dichotomies: Women with lung cancer and living with lung cancer as a chronic disease. **Respirology**, v. 25, n. 2, p.24-36, 2020. DOI: 10.1111/resp.13965. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.13965>. Acesso em: 08 jan. 2024.

VAZ, L. M.; TAETS, C. M. C.; TAETS, G. G. DE C. C. Avaliação do nível de espiritualidade e esperança de pacientes com câncer. **Rev. Média Minas Gerais**, p. 32114-32114, 2022. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/3918>. Acesso em: 01 fev. 2024.

WARTH, M. *et al.* Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. **Curr Oncol Rep.**, v. 22, n. 1, p.3, 2020. DOI: 10.1007/s11912-020-0870-7.

WEHRMEISTER, F. C.; WENDT, A. T.; SARDINHA, L. M.V .Iniquidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 31, n. spe1, e20211065, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>. Acessado em: 12 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Non communicable diseases progress monitor 2020. **Geneva: WHO**; 2020. ISBN: 9789240002616. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240000490>. Acesso em: 10 dez. 2023.

WOOD, D. E. *et al.* NCCN Guidelines® Insights: Lung cancer screening, version 1.2022: Featured updates to the NCCN guidelines. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 20, n. 7, p. 754-764, 2022.

WNUK, M. “Beneficial Effects of Spiritual Experiences and Existential Aspects of Life Satisfaction of Breast and Lung Cancer Patients in Poland: A Pilot Study.” **Journal of religion and health**, v. 61, n.6, p.4320-4336, 2022. Doi:10.1007/s10943-022-01601-w .

XAVIER, R. F. *et al.* Perspectivas no tratamento do câncer de pulmão: análise das vias de sinalização e biomarcadores. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e5411722903-e5411722903, 2022.

YU, J. *et al.* “Effect of Nursing Method of Psychological Intervention Combined with Health Education on Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy.” **Journal of healthcare engineering**, v. 2022, n. 2438612, 2022. Doi:10.1155/2022/2438612.

ZAROGOULIDIS, P. *et al.* “Non-Small-Cell Lung Cancer Immunotherapy and Sleep Characteristics: The Crossroad for Optimal Survival. **Diseases (Basel, Switzerland)**, v. 11, p. 26, 2023. DOI:10.3390/diseases11010026 . Acesso em: 25 jan. 2024.

ZHAO, L. *et al.* Nonpharmacological interventions for cancer-related fatigue in lung cancer patients: a protocol for an evidence map of overview of a network meta-analysis of existing trials. **Medicine**, v. 100, n. 32, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8360413/>. Acesso em: 23 jan. 2024.

ZHU, R.; LIU, Z.; JIÃO, R.; ZHANG, C.; YU, Q.; HAN, S.; DUAN, Z. Updates on the pathogenesis of advanced lung cancer-induced cachexia. **Thorac Cancer**, v. 10, n. 1, p. 8-16, 2019. DOI: 10.1111/1759-7714.12910.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.**

Prezado (a) Senhor(a)

Esta pesquisa é sobre **Espiritualidade e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Pulmão em Tratamento Oncológico** atendidos no hospital de referência em tratamento oncológico no município de João Pessoa-PB, e está sendo desenvolvida por Erica Maria Belmiro dos Santos, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa**. O objetivo do estudo é avaliar a espiritualidade e a qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer de pulmão que estão em tratamento oncológico. A finalidade deste trabalho é, identificar a espiritualidade e averiguar a qualidade de vida relacionada a saúde, bem como os fatores que estão relacionados com essas variáveis em pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico, com o intuito de fornecer subsídios científicos corroborando com a elaboração de estratégias posteriores para a melhoria na assistência de enfermagem e conseqüentemente na vida desta população.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos questionamentos propostos na pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, a exemplo de: constrangimento durante a realização das perguntas, e desconforto devido ao tempo necessário para a coleta dos dados. Na identificação destas situações, a pesquisa poderá ser cancelada a critério do indivíduo ou adiada.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

*Erica Maria Belmiro dos Santos*

---

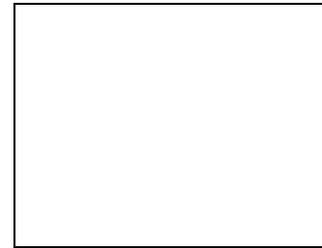
Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) participante(a)



Espaço para impressão dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Erica Maria Belmiro dos Santos (83) 981328189 ou entrar em contato através do E-mail: [erica.belmiro.santos@gmail.com](mailto:erica.belmiro.santos@gmail.com).

Ou, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Jardim Cidade Universitária, 1º andar, CEP 58051-900, João Pessoa/PB. Tel.: (83) 3216-7791 – E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com).

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		
<b>Idade:</b> <b>Sexo:</b> 1( )M 2( )F	<b>Procedência:</b> 1( ) João Pessoa/PB 2( ) Bayeux/PB 3( ) Cabedelo/PB 4( ) Santa Rita/PB 5( ) Outra – Qual?	
<b>Estado civil:</b> 1( ) Casado/a 2( ) Solteiro/a 3( ) Divorciado/a 4( ) Viúvo/a	<b>Raça:</b> 1( ) Branca 2( ) Parda/Mulata 3( ) Preta/Negra 4( ) Indígena 5( ) Amarela	
<b>Com quem mora:</b>  <b>Renda:</b>  <b>Anos de estudo:</b>		
<b>Situação profissional:</b> 1( ) Empregado/ocupação 2( ) Pensionista 3( ) Aposentado/a 4( ) Desempregado 5( ) Do lar 6( ) Benefício/INSS  7( ) Outra – Qual?	<b>Religião:</b> 1( ) Espiritualizado sem religião (Não tem) 2( ) Católico/a 3( ) Evangélico/a 4( ) Espírita 5( ) Outra – Qual? 6( ) Ateu ou Agnóstico.	
<b>DADOS CLÍNICOS</b>		
<b>Câncer de pulmão:</b>  ( ) Primário ( ) Secundário ( ) Não sei.	<b>Comorbidades:</b> 1( ) HAS 2( ) DM 3( ) Cardiopatia 4( ) D. Respiratória 5( ) Outra?	<b>Presença de fatores de risco:</b> 1( ) Tabagismo 2( ) Exposição ocupacional (radiação/químico) 3( ) Outro-Qual?
<b>Tempo de diagnóstico:</b>	<b>Teve Covid-19?</b>  1( ) Sim. 2( ) Não.	<b>Histórico pessoal para câncer:</b>  1( ) Sim - Há quanto tempo?  2( ) Não
<b>Histórico familiar para câncer:</b> 1( ) Sim – Qual parentesco?  2( ) Não	<b>Medicações em uso (rotina):</b>	<b>Tratamento atual:</b> 1( ) Radioterapia 2( ) Quimioterapia 3( ) Outro – Qual?

<p><b>Presença de acompanhante:</b> 1( ) Sim  2( ) Não</p>	<p><b>Dificuldade com o tratamento?</b> 1( ) Sim-Qual?  2( ) Não</p>	<p><b>Tempo de tratamento (sessões):</b></p>
<p><b>Alterações durante o tratamento?</b> ( ) Não ( ) Sim-Qual? 1( ) Relação conjugal/afetiva 2( ) Rotina/atividades 3( ) Outro. Qual?</p>	<p><b>Tratamento anterior:</b> 1( ) Radioterapia 2( ) Quimioterapia 3( ) Cirurgia 4( ) Outro – Qual? 5( ) Não</p>	<p><b>Frequência de tratamento:</b></p>

**ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

ANO	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
SEMESTRE	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
MÊS	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
DIA	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
DIA DA SEMANA	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou ( 1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

NOME DA RUA	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
NÚMERO DA CASA	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
BAIRRO	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
CIDADE	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
ESTADO	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

*Lembrou = 1 Não lembrou = 0*

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

ÁRVORE	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU
MESA	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU

Número de repetições \_\_\_\_\_

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou ( 1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100 - 7 = 93	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
93 - 7 = 86	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
86 - 7 = 79	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
79 - 7 = 72	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
72 - 7 = 65	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Solete a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação) – ODNUM

( )acertou ( )errou ( )Não sabe

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra

ÁRVORE	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU
MESA	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	( ) CONSEGUIU	( ) NÃO CONSEGUIU

C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou ( 1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

CANETA	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
RELOGIO	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE

C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

CONSEGUIU ( )	NÃO CONSEGUIU ( )
---------------	-------------------

C8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos ( ) (1 ponto)	Não fechou os olhos ( ) (zero)
-------------------------------	--------------------------------

C9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
Dobre esse papel ao meio	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE
Ponha-o no chão	( ) ACERTOU	( ) ERROU	( ) NÃO SABE

C10) Diga ao idoso(a):

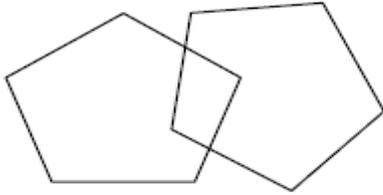
O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (*com começo, meio e fim*)?

*Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg).*

---

C11) *Diga ao idoso(a):* Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)



Pontuação Final: \_\_\_\_\_

**ANEXO B – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE**

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDA**

**E/CRENÇAS PESSOAIS – WHOQOL-SRPB**

**WHOQOL-SRPB**<sub>OMS</sub>



*Instrumento para Teste de Campo do WHOQOL*

*Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB)*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA-DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas **crenças espirituais, religiosas ou pessoais**, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo, o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é: “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se às **últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.2 Até que ponto alguma ligação comum ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.3 Até que ponto alguma ligação comum ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem um propósito?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração(emoção) na sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.1 Quão esperançoso você se sente?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.4 O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz navida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.3 O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.4 O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**ANEXO C – EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND  
TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CORE” 30  
ITENS (EORTCQLQ-C30)**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de hoje (dia, mês, ano): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4

13. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
14. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
15. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
16. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4

26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/CCS/UFPB

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

**Pesquisador:** Erica Maria Belmiro dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70379523.4.0000.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciência da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.137.865

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba a ser realizado da discente Erica Maria Belmiro dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa com proposta de estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa que

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a espiritualidade e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos desta pesquisa para os entrevistados serão mínimos, podendo os participantes apresentar constrangimento ou desconforto durante a aplicação dos questionários. Contudo, será proporcionado um local tranquilo a cada participante, com uma abordagem individual, orientando os mesmos sobre a importância da pesquisa durante o momento em que terão que assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando que podemos adiar ou mesmo cancelar a entrevista sempre que necessário. O sigilo, tanto escrito quanto verbal, de todos os dados confidenciais e pessoais, será garantido a todos os participantes.

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1ª Andar  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.137.965

Orçamento	6_ORCAMENTO.pdf	01:04:09	dos Santos	Aceito
Cronograma	5_CRONOGRAMA.pdf	01/06/2023 01:01:33	Erica Maria Belmiro dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	31/05/2023 12:02:08	Erica Maria Belmiro dos Santos	Aceito
Outros	2_CERTIDAO_DE_APROVACAO_DO_PROJETO.pdf	31/05/2023 12:01:54	Erica Maria Belmiro dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	1_FOLHA_DE_ROSTO.pdf	31/05/2023 12:01:27	Erica Maria Belmiro dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

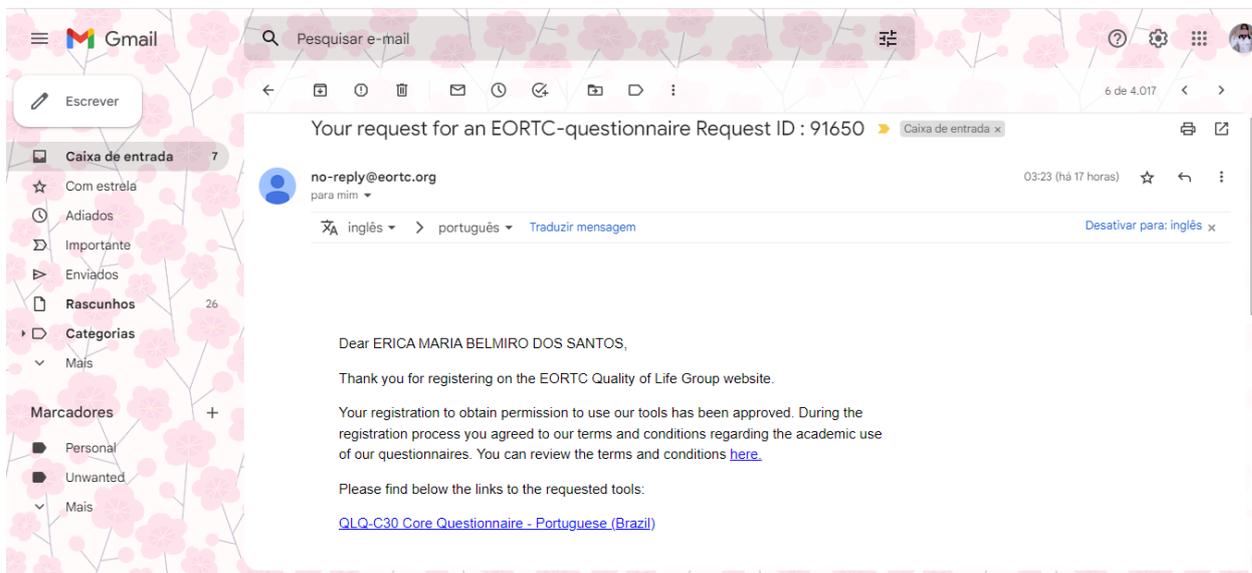
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 23 de Junho de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinado por:  
Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedestica@ccs.ufpb.br

**ANEXO E – CONCESSÃO DE USO DO INSTRUMENTO PELA EORTC**

## ANEXO F – CÁLCULOS DE ESCORE EORTC QLQ- 30

## Scoring the EORTC QLQ-C30 version 3.0

Table 1: Scoring the QLQ-C30 version 3.0

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
<b>Global health status / QoL</b>					
Global health status/QoL (revised) <sup>†</sup>	QL2	2	6	29, 30	
<b>Functional scales</b>					
Physical functioning (revised) <sup>†</sup>	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised) <sup>†</sup>	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
<b>Symptom scales / items</b>					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

\* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

† (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix "2" – for example, PF2.

For all scales, the *RawScore*, *RS*, is the mean of the component items:

$$\text{RawScore} = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Then for **Functional scales**:

$$\text{Score} = \left[ 1 - \frac{(RS - 1)}{\text{range}} \right] \times 100$$

and for **Symptom scales / items** and **Global health status / QoL**:

$$\text{Score} = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100$$

**Examples:**

Emotional functioning

$$\begin{aligned} \text{RawScore} &= (Q_{21} + Q_{22} + Q_{23} + Q_{24}) / 4 \\ \text{EF Score} &= \{1 - (\text{RawScore} - 1) / 3\} \times 100 \end{aligned}$$

Fatigue

$$\begin{aligned} \text{RawScore} &= (Q_{10} + Q_{12} + Q_{18}) / 3 \\ \text{FA Score} &= \{(\text{RawScore} - 1) / 3\} \times 100 \end{aligned}$$

## Scoring earlier versions of the EORTC QLQ-C30

**Table 2: Scoring the QLQ-C30 version 2.0**

For the QLQ-C30<sub>(v2)</sub>, the only difference is that  $Q_1$  to  $Q_3$  are coded yes/no, with *range* = 1. The following should be added to Table 1, and the revised scale for PF2 deleted.

	Scale	Number of items	Item range*	Version 2.0 Item numbers	Function scales
Physical functioning (original scale)	PF	5	1	1 to 5	F
<i>Delete PF2</i>					

\* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

**Table 3: Scoring the QLQ-C30 (+3)**

The QLQ-C30<sub>(+3)</sub> used the earlier scale for PF, and included both the original and revised versions of QL and RF. The items for SF and FI were placed after the new items 26 and 27, and are hence numbered 28 to 30. The following changes should be made to Table 1, and the revised scale for PF2 deleted.

	Scale	Number of items	Item range*	Version (+3) Item numbers	Function scales
Global health status/QoL	QL	2	6	31, 33	
Global health status/QoL (revised)	QL2	2	6	32, 33	
Physical functioning	PF	5	1	1 to 5	F
Role functioning	RF	2	1	6, 7	F
Role functioning (revised)	RF2	2	3	26, 27	F
Social functioning	SF	2	3	28, 29	F
Financial difficulties	FI	1	3	30	
<i>Delete PF2</i>					

\* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

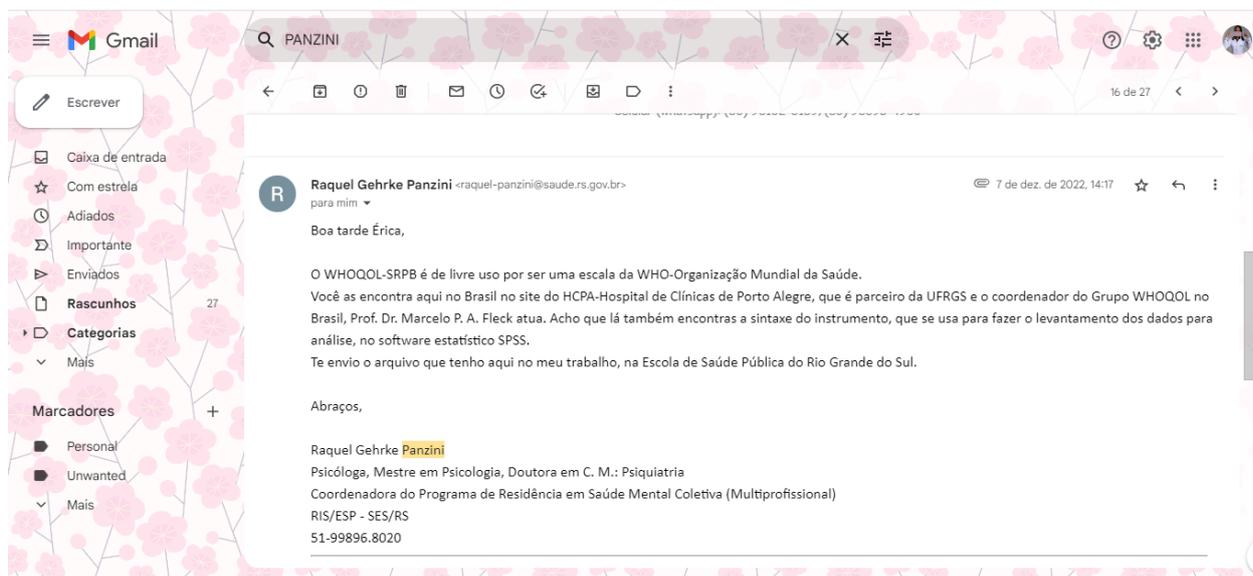
**Table 4: Scoring the QLQ-C30 version 1.0**

The QLQ-C30<sub>(v1)</sub> used the original scales for QL, PF and RF, and so QL2, RF2 and PF2 should be deleted and the following changes made to Table 1.

	Scale	Number of items	Item range*	Version 1.0 Item numbers	Function scales
Global health status/QoL	QL	2	6	29, 30	
Physical functioning	PF	5	1	1 to 5	F
Role functioning	RF	2	1	6, 7	F
<i>Delete QL2, RF2 and PF2</i>					

\* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

## ANEXO G - CONCESSÃO DE USO DO INSTRUMENTO WHOQOL



## ANEXO H – CÁLCULOS DE ESCORE WHOQOL

### SCORING PROCEDURE

First, all scores need to be checked that they are in the appropriate range (between 1 and 5).

Check all items from assessment have a range of 1-5

RECODE f1.1 f1.2 f1.3 f1.4 f2.1 f2.2 f2.3 f2.4 f3.1 f3.2 f3.3 f3.4 f4.1 f4.2 f4.3 f4.4 f5.1 f5.2  
f5.3 f5.4 f6.1 f6.2 f6.3 f6.4 f7.1 f7.2 f7.3 f7.4 f8.1 f8.2 f8.3 f8.4 f9.1 f9.2 f9.3 f9.4 f10.1 f10.2  
f10.3 f10.4 f11.1 f11.2 f11.3 f11.4 f12.1 f12.2 f12.3 f12.4 f13.1 f13.2 f13.3 f13.4 f14.1 f14.2  
f14.3 f14.4 f15.1 f15.2 f15.3 f15.4 f16.1 f16.2 f16.3 f16.4 f17.1 f17.2 f17.3 f17.4 f18.1 f18.2  
f18.3 f18.4 f19.1 f19.2 f19.3 f19.4 f20.1 f20.2 f20.3 f20.4 f21.1 f21.2 f21.3 f21.4 f22.1 f22.2  
f22.3 f22.4 f23.1 f23.2 f23.3 f23.4 f24.1 f24.2 f24.3 f24.4 g.1 g.2 g.3 g.4 SP1.1 SP1.2 SP1.3  
SP1.4 SP2.1 SP2.2 SP2.3 SP2.4 SP3.1 SP3.2 SP3.3 SP3.4 SP4.1 SP4.2 SP4.3 SP4.4 SP5.1  
SP5.2 SP5.3 SP5.4 SP6.1 SP6.2 SP6.3 SP6.4 SP7.1 SP7.2 SP7.3 SP7.4 SP8.1 SP8.2 SP8.3  
SP8.4 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS) .

### Calculate Facets Means

#### WHOQOL-100

Pain = (f1.1 + f1.2 + f1.3 + f1.4)/4 .  
energy = (f2.1 + f2.2 + f2.3 + f2.4)/4 .  
sleep = (f3.1 + f3.2 + f3.3 + f3.4)/4 .  
symptom = (f50.1 + f50.2 + f50.3 + f50.4)/4 .  
pfeel = (f4.1 + f4.2 + f4.3 + f4.4)/4 .  
cog = (f5.1 + f5.2 + f5.3 + f5.4)/4 .  
esteem = (f6.1 + f6.2 + f6.3 + f6.4)/4 .  
body = (f7.1 + f7.2 + f7.3 + f7.4)/4 .  
nfeel = (f8.1 + f8.2 + f8.3 + f8.4)/4 .  
mobil = (f9.1 + f9.2 + f9.3 + f9.4)/4 .  
adl = (f10.1 + f10.2 + f10.3 + f10.4)/4 .  
depend = (f11.1 + f11.2 + f11.3 + f11.4)/4 .  
work = (f12.1 + f12.2 + f12.3 + f12.4)/4 .  
relatio = (f13.1 + f13.2 + f13.3 + f13.4)/4 .  
support = (f14.1 + f14.2 + f14.3 + f14.4)/4 .  
sex = (f15.1 + f15.2 + f15.3 + f15.4)/4 .  
includi = (f51.1 + f51.2 + f51.3 + f51.4)/4 .  
safe = (f16.1 + f16.2 + f16.3 + f16.4)/4 .  
home = (f17.1 + f17.2 + f17.3 + f17.4)/4 .  
finance = (f18.1 + f18.2 + f18.3 + f18.4)/4 .  
care = (f19.1 + f19.2 + f19.3 + f19.4)/4 .  
info = (f20.1 + f20.2 + f20.3 + f20.4)/4 .  
leisure = (f21.1 + f21.2 + f21.3 + f21.4)/4 .  
enviro = (f22.1 + f22.2 + f22.3 + f22.4)/4 .  
trans = (f23.1 + f23.2 + f23.3 + f23.4)/4 .  
srpb = (f24.1 + f24.2 + f24.3 + f24.4)/4 .

#### Additional SRPB facets

connect = (SP1.1 + SP1.2 + SP1.3 + SP1.4)/4  
meaning = (SP2.1 + SP2.2 + SP2.3 + SP2.4)/4  
awe = (SP3.1 + SP3.2 + SP3.3 + SP3.4)/4  
whole = (SP4.1 + SP4.2 + SP4.3 + SP4.4)/4  
strength = (SP5.1 + SP5.2 + SP5.3 + SP5.4)/4  
peace = (SP6.1 + SP6.2 + SP6.3 + SP6.4)/4  
hope = (SP7.1 + SP7.2 + SP7.3 + SP7.4)/4  
faith = (SP8.1 + SP8.2 + SP8.3 + SP8.4)/4

general = (g.1 + g.2 + g.3 + g.4)/4 .

### CALCULATION OF DOMAIN SCORES

Each facet is taken to contribute equally to the domain score. Domain scores are calculated by computing the mean of the facet score within the domain, according to the following formulae. The facets are summated according to the procedure given below. Scores are multiplied by four, so that domain scores range between 4 and 20. The additional SRPB facets are to be scored with the original WHOQOL-100 spirituality facet.

**Calculate Domain Scores**

$$\text{Domain1} = (\text{pain} + \text{energy} + \text{sleep}) / 3 * 4 .$$

$$\text{Domain2} = (\text{pfeel} + \text{cog} + \text{esteem} + \text{body} + \text{nfeel}) / 5 * 4 .$$

$$\text{Domain3} = (\text{mobil} + \text{adl} + \text{depend} + \text{work}) / 4 * 4 .$$

$$\text{Domain4} = (\text{relatio} + \text{support} + \text{sex}) / 3 * 4 .$$

$$\text{Domain5} = (\text{safe} + \text{home} + \text{finance} + \text{care} + \text{info} + \text{leisure} + \text{enviro} + \text{trans}) / 8 * 4 .$$

$$\text{Domain6} = (\text{srpb} + \text{connection} + \text{meaning} + \text{awe} + \text{wholeness} + \text{strnegth} + \text{peace} + \text{hope} + \text{faith}) / 9 * 4 .$$
**SYNTAX FILES FOR AUTOMATIC COMPUTATION OF SCORES USING SPSS**

An SPSS syntax file that automatically checks, recodes data and computes domain scores may be obtained from An SPSS syntax file that automatically checks, recodes data and computes domain scores may be obtained from:

WHOQOL SRPB Coordinator,  
Mental Health: Evidence and Research,  
Department of Mental Health and Substance  
Dependence, Geneva CH-1211,  
Switzerland.