



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA**

**ANÁLISE DOS FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
SOFRIMENTO ESPIRITUAL EM ADULTOS COM CÂNCER METASTÁTICO**

**FORTALEZA**

**2024**

NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA

**ANÁLISE DOS FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
SOFRIMENTO ESPIRITUAL EM ADULTOS COM CÂNCER METASTÁTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Viviane Martins da Silva.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S239a Souza, Naanda Kaanna Matos de.  
Análise dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual em adultos com câncer metastático / Naanda Kaanna Matos de Souza. – 2024.  
167 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2024.  
Orientação: Prof. Dr. Viviane Martins da Silva..

1. Câncer. 2. Metástase neoplásica. 3. Enfermagem. 4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Sofrimento espiritual. I. Título.

CDD 610.73

---

NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA

ANÁLISE FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOFRIMENTO  
ESPIRITUAL EM ADULTOS COM CÂNCER METASTÁTICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em: 18/11/2024

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Viviane Martins da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nirla Gomes Guedes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Bezerra Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Alteniza Leandro  
Instituto de Câncer do Ceará (ICC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rafaela Carolini de Oliveira Távora  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante (Suplente)  
Universidade Federal de Goiás (UFG)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucas Dias Soares Machado (Suplente)  
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Dedico esta tese ao meu pai, Elias Oliveira de Souza (*in memorian*) e a todos aqueles que, assim como ele, enfrentaram ou enfrentam uma doença metastática.

## AGRADECIMENTOS

Uma trajetória de cinco anos, com tantos acontecimentos nesse período, resumir em poucas palavras meus agradecimentos torna-se um desafio. De antemão, agradeço a Deus e aos espíritos de luz que me acompanham, sem a permissão divina e devido auxílio espiritual, essa etapa jamais teria se concretizado. Não tenho dúvidas que a força que tive para chegar até aqui foi impulsionada por algo além de mim.

Agradeço aos meus pais, Elias Oliveira de Souza (*in memorian*) e Maria Irene Matos de Souza que foram minha base, minha fortaleza e meus maiores incentivadores ao estudo, sempre me mostrando o melhor caminho. Não posso deixar de mencionar o quanto desafiador foi escrever um projeto sobre câncer, quando minha mãe passava por um tratamento contra um, e o quanto difícil foi escrever esta tese, enquanto meu pai enfrentava uma doença metastática. Portanto, é por vocês e para vocês que concluo mais essa etapa da minha vida.

Agradeço aos meus irmãos, Yoshihide Oliveira de Souza e Alba Oliveira de Souza, pelo apoio, por compartilhar felicidades e angústias, e por sempre estarem ao meu lado nos momentos difíceis e desafiadores. Aos meus sobrinhos João Manoel, Henry e Esaú (*in memorian*), que me ensinaram sobre amor e resiliência.

À minha família que está sendo construída, meu marido Luis Abel, que em momento algum me deixou fraquejar e que esteve comigo nos momentos mais difíceis, que me apoiou e me ajudou dia e noite, não apenas emocionalmente, mas colocou sua “mão na massa” para que esse momento se concretizasse em minha vida. À minha Maria Teresa, que ainda tão pequena representa para mim o maior impulso e potência para a finalização dessa etapa de muita relevância em minha vida.

Aos meus amigos “do Azulão” (Adriana Moraes, Kelly Fernanda, Nayara Santana, João Paulo Xavier e Lucas Machado) pelas alegrias e tristezas compartilhadas, pelas conversas, pelo apoio, pelos sorrisos, pelas lágrimas e, principalmente, pelo amadurecimento que compartilhamos desde o início dessa etapa até aqui. Ter vocês tornou essa caminhada mais leve, obrigada por tanto!

Agradeço à minha orientadora, Profa. Viviane Martins da Silva, por todos os ensinamentos durante esses anos, ensinamentos não somente acadêmicos. Obrigada pelos conselhos, obrigada pela paciência e, sobretudo, obrigada pela compreensão.

Obrigada à banca examinadora pelas considerações na etapa de qualificação, Dra. Nirla Guedes, Dra. Andrea Rodrigues e Dra. Tânia Leandro, vocês foram cruciais para o aprimoramento desta pesquisa. Obrigada Dra. Rafaela Távora, Dra. Agueda Cavalcante e Dr.

Lucas Machado por aceitaram participar do exame final, seus conhecimentos são essenciais no melhoramento desta tese, a escolha desses nomes não foi à toa.

Agradeço aos professores que passaram por mim nesse período, por todos os ensinamentos e conhecimentos compartilhados. Agradeço aos colegas pelos momentos de crescimento compartilhados durante esses anos. Às instituições campo desta pesquisa pela receptividade. Aos pacientes que se disponibilizaram a participar das entrevistas e aos estudantes que coletaram os dados deste estudo, sem o apoio de todos nada seria possível.

A todos que fizeram parte diretamente e indiretamente desse processo para a conclusão do meu doutoramento, meu muito obrigada!

“A ciência sem a fé é tão inútil quanto a fé sem  
a ciência”

(Neiva Zelaya)

## RESUMO

O Sofrimento espiritual (00066) é um diagnóstico de enfermagem que pode estar presente em pessoas que sofrem com câncer metastático. Estudos sobre fatores etiológicos do Sofrimento espiritual ainda são escassos na literatura. Investigar esses fatores é importante para refinar o conceito dentro da linguagem da disciplina de Enfermagem. Assim, objetivou-se analisar os indicadores clínicos e os fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos e idosos com câncer metastizado. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de caráter transversal, realizado entre os meses de maio de 2023 a fevereiro de 2024, em duas instituições do estado do Ceará habilitadas como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia pelo Ministério da Saúde. A amostra foi composta por 219 adultos diagnosticados com câncer metastático e que tinham ciência do seu diagnóstico e de seu tratamento oncológico. Os dados foram coletados de fonte primária e dos prontuários dos participantes. A análise estatística foi realizada através do *software* estatístico R versão 4.2.0. Inicialmente foi realizada uma análise Rasch, seguida de uma Análise de Classe Latente (ACL). Probabilidades posteriores foram calculadas a partir de cada modelo de ACL. Por fim, realizou-se uma análise de regressão logística univariada, seguida de uma análise de regressão logística múltipla para identificar um modelo multivariado causal. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo aceite sob o parecer consubstanciado nº 6.003.643. Dos adultos investigados, 60,27% eram do sexo feminino, com mediana de idade de 60 anos ( $p=0,017$ ). Foi identificado um conjunto de indicadores clínicos na ocorrência do diagnóstico, que converge entre si mais para especificidade ( $Sp=0,89$ ) do que para sensibilidade ( $Se=0,47$ ), constituído pelos indicadores: “Expressa preocupações sobre o futuro” ( $di= -0,10$ ;  $Se=0,78$ ); “Questiona a própria dignidade” ( $di=1,84$ ;  $Sp=0,90$ ); “Culpa excessiva” ( $di=2,24$ ;  $Sp=0,94$ ); “Expressa perda de controle” ( $di=1,73$ ;  $Sp=0,86$ ); “Expressa perda da serenidade” ( $di=1,66$ ;  $Sp=0,92$ ); “Expressa sofrimento” ( $di=0,81$ ;  $Sp=0,83$ ); “Expressa preocupações sobre sistema de valores” ( $di=1,66$ ;  $Sp=0,93$ ); e “Choro” ( $di=0,93$ ;  $Sp=0,82$ ). Ademais, foi possível verificar que a presença dos indicadores “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa sofrimento” e “Choro” eleva a probabilidade de o indivíduo apresentar Sofrimento espiritual (probabilidade = 1,0). Quanto aos fatores causais, de forma individual, destacaram-se: “Ansiedade” ( $OR=3,38$ ), “Barreira para vivenciar o amor” ( $OR=5,84$ ), “Conflito cultural” ( $OR=3,38$ ), “Medo” ( $OR=8,53$ ), “Percepção de ter negócios inacabados” ( $OR=4,72$ ), “Prática espiritual alterada” ( $OR=1,92$ ), “Relações interpessoais inadequadas” ( $OR=11,64$ ), “Expressa sentir-se inútil” ( $OR=4,37$ ), “Separação do sistema de

apoio” (OR=6,73) e “Solidão” (OR=14,73). De maneira associada, o conjunto que aumenta a ocorrência do Sofrimento spiritual é constituído por: “número de membros na família”; “Barreira para vivenciar o amor”; “Medo”; “Percepção de ter negócios inacabados”; “Relações interpessoais inadequadas”; e “Solidão”. Ressalta-se que os fatores causais que se destacaram para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem têm importante relação aspectos sociais da dimensão humana. Os resultados desta pesquisa contribuem para revisão do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual e, consequentemente, para a padronização da linguagem de enfermagem.

**Palavras-chave:** câncer; metástase neoplásica; enfermagem; diagnóstico de enfermagem; sofrimento espiritual.

## ABSTRACT

Spiritual distress (00066) is a nursing diagnosis that may be present in people who have metastatic cancer. Studies on the etiological factors of Spiritual distress are still scarce. Investigating these factors is important to refine the concept within the language of the Nursing discipline. Thus, the objective was to analyze the causal factors of the nursing diagnosis of Spiritual distress in adults with metastatic cancer. This is a descriptive and analytical study of a cross-sectional nature with a quantitative approach. It was carried out between May 2023 and February 2024 in two institutions in the state of Ceará that qualified as High Complexity Oncology Care Units by the Ministry of Health. The sample consisted of 219 adults diagnosed with metastatic cancer and who were aware of their diagnosis and their oncological treatment. Data collection was performed by volunteer students trained for this purpose. Data were collected from primary sources and the participant's medical records. Statistical analysis was performed using R statistical software version 4.2.0. A Rasch analysis was initially performed, followed by a Latent Class Analysis (LCA). Posterior probabilities were calculated from each LCA model. Finally, a univariate logistic regression analysis was performed, followed by a multiple logistic regression analysis to identify a causal multivariate model. The research project was submitted to the Federal University of Ceará Research Ethics Committee via the Brazil platform and was accepted under substantiated opinion no. 6,003,643. Of the adults investigated, 60.27% were female, with a median age of 60 ( $p=0.017$ ). A set of clinical indicators at the occurrence of the diagnosis was identified, which converged more towards specificity ( $Sp=0.89$ ) than towards sensitivity ( $Se=0.47$ ), consisting of the indicators: "Expresses concerns about the future" ( $di= -0.10$ ;  $Se=0.78$ ); "Questions one's dignity" ( $di=1.84$ ;  $Sp=0.90$ ); "Excessive guilt" ( $di=2.24$ ;  $Sp=0.94$ ); "Expresses loss of control" ( $di=1.73$ ;  $Sp=0.86$ ); "Expresses loss of serenity" ( $di=1.66$ ;  $Sp=0.92$ ); "Expresses suffering" ( $di=0.81$ ;  $Sp=0.83$ ); "Expresses concerns about value system" ( $di=1.66$ ;  $Sp=0.93$ ); and "Crying" ( $di=0.93$ ;  $Sp=0.82$ ). Furthermore, it was possible to verify that the presence of the indicators "Expresses concerns about the future," "Expresses suffering," and "Crying" increases the probability of the individual presenting Spiritual Suffering (probability = 1.0). Regarding the causal factors, individually, the following stood out in the occurrence of Spiritual Suffering: "Anxiety" ( $OR=3.38$ ), "Barrier to experiencing love" ( $OR=5.84$ ), "Cultural conflict" ( $OR=3.38$ ), "Fear" ( $OR=8.53$ ), "Perception of having unfinished business" ( $OR=4.72$ ), "Altered spiritual practice" ( $OR=1.92$ ), "Inadequate interpersonal relationships" ( $OR=11.64$ ), "Expresses feeling useless" ( $OR=4.37$ ), "Separation from the support system" ( $OR=6.73$ ) and

“Loneliness” (OR=14.73). In an associated manner, the set that increases the occurrence of Spiritual Suffering is made up of: “number of family members,”; “Barrier to experiencing love,”; “Fear,”; “Perception of having unfinished business,”; “Inadequate interpersonal relationships,”; and “Loneliness.” It is important to note that the causal factors that stood out for the development of the nursing diagnosis have an important relationship with social aspects of the human dimension. This research contributes to the review of the nursing diagnosis of Spiritual distress and, consequently, to the standardization of nursing language.

**Keywords:** cancer; neoplastic metastasis; nursing; nursing diagnosis; spiritual distress.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Diagrama de fluxo PRISMA-ScR adaptado ao processo de seleção dos artigos conforme estabelecido para a revisão de escopo. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.....	32
Figura 2 – Mapa Geopolítico do Estado do Ceará (Municípios). Fonte: Secretaria do Planejamento e Gestão (SEPLAG). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). .....	42

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégias utilizadas na primeira e segunda etapa de busca pela amostra de artigos da revisão de escopo. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023...	29
Quadro 2 –	Caracterização dos estudos que compõem a amostra segundo autor e ano de publicação, local e país, classificação metodológica e contribuições do manuscrito na construção da revisão. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.....	33
Quadro 3 –	Comparação de termos encontrados na revisão de escopo referentes aos indicadores clínicos e fatores relacionados do diagnóstico Sofrimento espiritual (00066) aos seus correspondentes da lista da NANDA-I edição 2021-2023. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.....	35
Quadro 4 –	Comparação dos indicadores clínicos e fatores relacionados encontrados na revisão de escopo a termos presentes na NANDA-I edição 2021-2023 como fatores relacionados e características definidoras respectivamente. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.....	37
Quadro 5 –	Indicadores clínicos e fatores causais sem correspondentes na NANDA-I edição 2021-2023. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.....	38
Quadro 6 –	Fatores causais avaliados na pesquisa e Fatores relacionados da NANDA-I excluídos da avaliação. Fonte: dados da pesquisa.....	47
Quadro 7 –	Indicadores clínicos avaliados na pesquisa e Características definidoras da NANDA-I excluídas da avaliação. Fonte: dados da pesquisa.....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica e clínica de adultos com câncer metastático. Fortaleza – 2024.....	57
Tabela 2 –	Variáveis complementares para a interpretação e análise dos itens. Fortaleza, 2024. ....	59
Tabela 3 –	Indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento espiritual identificados em adultos com câncer metastático. Fortaleza – 2024.....	60
Tabela 4 –	Modelo Rasch com estatísticas dificuldade dos indicadores clínicos, discriminação, acurácia e medidas de ajuste dos itens após a eliminação <i>stepwise</i> e itens que geravam dependência local e/o multidimensionalidade.....	62
Tabela 5 –	Medidas de frequência dos itens e confiabilidade do modelo Rasch ajustado.....	66
Tabela 6 –	Análise da Unidimensionalidade dos itens usando Análise paralela modificada.....	67
Tabela 7 –	Medidas de acurácia diagnóstica para cada indicador clínico obtidas com base em modelo de classe latente. Fortaleza, 2024.....	67
Tabela 8 –	Probabilidades posteriores superiores a 0,5 para a ocorrência o diagnóstico de Sofrimento espiritual (SE) com base nas diferentes combinações de indicadores clínicos que compuseram a estrutura final.....	68
Tabela 9 –	Fatores causais do diagnóstico Sofrimento espiritual identificados em adultos com câncer metastático. Fortaleza – 2024.....	70
Tabela 10 –	Modelos univariados de regressão logísticas para fatores causais do Sofrimento espiritual. Fortaleza, 2024.....	71
Tabela 11 –	Modelo multivariado de regressão logística para fatores causais e características socio-demográficas do Sofrimento espiritual. Fortaleza, 2024.....	73

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1 – Curvas das características dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual.... 63
- Gráfico 2 – Curvas de informação dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual..... 64
- Gráfico 3 – Mapa de Bond-Fox para ajuste de itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual... 65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACL	Análise de Classe Latente
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CUIDENSC	Cuidados de Enfermagem na Saúde da Criança
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IBD	Inventário Breve de Dor
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
JBI	<i>Jonna Briggs Institute</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MeSHM	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	( <i>Population, Context, Concept</i> )
PE	Processo de Enfermagem
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension or Scoping Reviews</i>
<i>Rayyan QCRI</i>	<i>Rayyan Qatar Computing Research Institute</i>
SEPLAG	Secretaria do Planejamento e Gestão
SLP	Sistemas de Linguagem Padronizada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
URCA	Universidade Regional do Cariri
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	18
2	<b>OBJETIVOS.....</b>	27
2.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	27
2.2	<b>Objetivos Específicos.....</b>	27
3	<b>REVISÃO DE ESCOPO.....</b>	28
3.1	<b>Método utilizado para identificação das evidências .....</b>	28
3.2	<b>Resultados das evidências encontradas.....</b>	31
4	<b>MÉTODO.....</b>	41
4.1	<b>Desenho do estudo.....</b>	41
4.2	<b>Período e local do estudo.....</b>	41
4.3	<b>População e amostra.....</b>	44
4.4	<b>Procedimentos de coleta de dados.....</b>	45
4.4.1	<b><i>Protocolos Operacionais Padrão.....</i></b>	45
4.4.2	<b><i>Instrumento de coleta de dados.....</i></b>	47
4.4.3	<b><i>Treinamento da equipe e Coleta de dados.....</i></b>	51
4.5	<b>Organização e análise dos dados.....</b>	53
4.6	<b>Princípios éticos e legais da pesquisa.....</b>	55
5	<b>RESULTADOS.....</b>	57
5.1	<b>Caracterização dos participantes.....</b>	57
5.2	<b>Análise dos indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento espiritual.....</b>	60
5.3	<b>Análise dos fatores causais para o diagnóstico Sofrimento espiritual.....</b>	70
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	74
7	<b>CONCLUSÕES.....</b>	104
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	106
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	129
	<b>APÊNDICE B – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>	
	<b>INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	
	<b>SOFRIMENTO ESPIRITUAL.....</b>	143
	<b>APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>	
	<b>FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO SOFRIMENTO</b>	
	<b>ESPIRITUAL.....</b>	155

<b>ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Câncer é um conceito que abrange mais de 100 tipos diferentes de doenças e que têm em comum o crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos próximos ou se deslocar para órgãos distantes. Trata-se do principal problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, por fazer parte do grupo das quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade (abaixo da expectativa de vida atual). Alguns fatores contribuem para o aumento da incidência e mortalidade por câncer no mundo, como o envelhecimento, crescimento populacional, mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente os associados ao crescimento econômico. Nos últimos anos, nota-se um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e aumento daqueles associados a hábitos e atitudes característicos da urbanização, como sedentarismo e alimentação inadequada (INCA, 2022).

O câncer é causador de mais de seis milhões de mortes por ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte pelo mundo (Almeida; Melo, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2050 haverá cerca de 35 milhões de casos de câncer incidentes no mundo (OPAS, 2022). O maior efeito será perceptível em países de baixa e média renda (Freire *et al.*, 2018). No Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada em 2023 junto ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e Ministério da Saúde (MS), estimou-se que durante os anos de 2023 a 2025 ocorreriam cerca de 704 mil novos casos de câncer (483 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma), mantendo o câncer como segunda maior causa de morte no país (Santos *et al.*, 2023).

Segundo essas estimativas (Santos *et al.*, 2023), o Nordeste é a segunda região do Brasil que mais concentra a incidência de casos de câncer, com um percentual de 22,8%, ficando atrás somente do Sudeste. Há uma grande variedade na distribuição dos tipos de câncer nesta região brasileira, os tipos que mais se destacam são os de estômago e pulmão, apesar de os cânceres de próstata, colo do útero e mama feminina também aparecerem como principais nessa população.

Para o estado do Ceará, tais estimativas preveem cerca de 21 mil novos casos de câncer para o triênio 2023-2025 (Santos *et al.*, 2023). De acordo com o Boletim Epidemiológico de mortalidade por neoplasias malignas do estado do Ceará (Ceará, 2024), foram contabilizados mais de 89 mil óbitos por câncer no estado entre os anos 2014 e 2023, sendo o ano de 2022 o que evidenciou o maior número de óbitos (9.605) e 2019 o ano que apresentou a maior taxa de

mortalidade (104,3 óbitos por 100 mil habitantes). Os cânceres de pulmão ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos, seguidos dos cânceres de estômago.

Um dos fatores que acarreta maior mortalidade é a capacidade que o câncer tem de se espalhar além da localização primária para outros órgãos e tecidos formando metástases. As células cancerígenas podem se disseminar através do sistema linfático para linfonodos próximos, ou através da corrente sanguínea para órgãos distantes (Almeida; Melo, 2018). O surgimento de metástases depende de fatores como localização, tamanho, tipo de tumor, estadiamento de início do tratamento, características histológicas e químicas. Esse estágio da doença raramente é curável, no entanto pode ser tratado a fim de reduzir, bloquear ou retardar seu crescimento, aumentando a sobrevida do paciente (Instituto ONCOGUIA, 2019).

Não existe um tempo exato estimado para o aparecimento de metástases, em alguns casos as metástases são diagnosticadas junto ao câncer primário, quando em outros, o problema aparece depois de entrar em remissão (Instituto ONCOGUIA, 2019). Dourado *et al.* (2018) estimaram uma mediana de 18 meses desde o diagnóstico primário de câncer de mama até o surgimento de metástases. Já o estudo de Caldeira *et al.* (2017) mostrou que a média entre o diagnóstico primário e a descoberta da metástase foi de 24 meses. É fato que não há como prever o surgimento ou não de doença metastática no indivíduo com câncer (Instituto ONCOGUIA, 2019).

Ao receber esse diagnóstico de câncer metastático, o indivíduo vivencia a vulnerabilidade das emoções ora negativas, ora positivas (Macêdo; Gomes; Bezerra, 2019). Esses indivíduos enfrentam diferentes desafios e experimentam sintomas físicos, psíquicos, emocionais e espirituais (Iani *et al.*, 2020). O sofrimento enfrentado ao se deparar com a possibilidade de morte envolve uma experiência complexa e subjetiva, em que a compreensão das multidimensões do indivíduo é essencial para oferecer um cuidado significativo, eficaz e digno nessa etapa da vida (Bandeali; des Ordons; Sinnarajah, 2019).

Pessoas que apresentam essa condição relatam sofrimento significativo e buscam, principalmente por meio da religiosidade e espiritualidade, estratégias para o enfrentamento das adversidades nesse momento, uma vez que essas estratégias influenciam positivamente na dimensão psíquica e espiritual, melhorando a esperança face ao sofrimento (Macêdo; Gomes; Bezerra, 2019).

No entanto, tem-se dado mais atenção à avaliação e suporte de aspectos físicos, emocionais, cognitivos e sociais do sofrimento desses pacientes e menos atenção tem sido dada aos aspectos espirituais da angústia (Ordons *et al.*, 2018). Questões espirituais apresentam

desafios para os profissionais de saúde, pelo seu nível de complexidade, dificuldade de ser reconhecida e maneiras de intervir apropriadamente.

Nesse sentido, Evangelista *et al.* (2016) afirmam que a espiritualidade diz respeito à forma pela qual os indivíduos buscam e manifestam o significado e sentido de suas vidas e seu estado de conexão com o momento, com a natureza, consigo mesmo, com o mundo e com aquilo que consideram sagrado que o faz transcender. De acordo com Caldeira, Carvalho e Vieira (2013), o sofrimento espiritual é definido como estado de sofrimento, relacionado à capacidade prejudicada de experimentar o sentido da vida por meio da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com um ser superior.

Mediante a descoberta do diagnóstico e o caráter multidimensional da problemática, faz-se necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar. Os profissionais se deparam com indivíduos que realizam tratamentos prolongados que, por vezes, resultam em diversos efeitos colaterais. São observados sintomas físicos indesejáveis, tais como náuseas, vômitos, dor, prurido, alopecia, taquicardia, infecções, além daqueles que interferem diretamente na dimensão espiritual, como raiva, angústia e ansiedade (Macêdo *et al.* 2019). Além disso, observam-se algumas dificuldades, como alterações da rotina de vida, da autoestima e da autoimagem, além da vivência de experiências com a finitude da vida, gerando grande impacto na sua identidade pessoal e profissional e de toda equipe envolvida no cuidado (Carmo *et al.*, 2019).

O enfermeiro é um profissional da equipe multidisciplinar essencial e que tem um papel fundamental no cuidado ao paciente com câncer metastizado, desde a identificação de respostas humanas até a elaboração de estratégias de cuidado qualificado e sistematizado, com vistas à promoção e recuperação da saúde em seus aspectos pessoal e social (Figueiredo *et al.*, 2018; Saldanha *et al.*, 2020).

O cuidado quanto a fenômenos complexos, como o recebimento de um diagnóstico de metástase, necessita de compreensão ampla por parte dos enfermeiros acerca de possíveis modificações na vida da pessoa que enfrenta a doença e o tratamento, devendo o cuidado ser com base teórica e com qualidade e segurança (Saldanha *et al.*, 2020). Nesse sentido, conhecer sobre expectativas e adaptações do paciente fornece subsídios a esses profissionais em relação à necessidade de cuidar de um indivíduo que, por necessidades especiais, demanda diferentes intervenções ao se comparar com outras pessoas que procuram os serviços de saúde (Cavalheiro *et al.*, 2017).

Para lidar com a complexidade do cuidado a esta população se faz necessário que o enfermeiro por meio de seu raciocínio clínico estabeleça um cuidado seguro e eficaz. A

eficiência do cuidado prestado depende da análise e síntese adequadas dos dados e da qualidade das decisões envolvendo riscos e benefícios dos testes diagnósticos e do tratamento (Carvalho; Oliveira-Kamakura; Moraes, 2017).

Para organizar e orientar o desenvolvimento do pensamento crítico e julgamento clínico, os enfermeiros e a equipe de enfermagem devem lançar mão do método privativo do enfermeiro e respaldado pela Resolução nº 736 de janeiro de 2024, o Processo de Enfermagem (PE). Esse método deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. O PE cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, 2024).

Dentre essas etapas, destaca-se a de Diagnóstico de Enfermagem por representar o julgamento clínico com base na interpretação das informações obtidas na Avaliação de Enfermagem e que culmina na tomada de decisão em relação às intervenções a serem realizadas para alcançar os resultados esperados, ou seja, representam os problemas, condições de vulnerabilidade que devem sofrer a intervenção do enfermeiro para resultar na melhora do estado de saúde do cliente, sendo fundamental no direcionamento do cuidado (COFEN, 2024).

A etapa do diagnóstico de enfermagem dentro do PE é essencial, visto que fornece base para a seleção de intervenções a fim de alcançar os resultados esperados. O processo de raciocínio diagnóstico envolve reconhecer evidências existentes, sendo essas evidências interpretadas e agrupadas para levantar hipóteses diagnósticas que irão subsidiar as intervenções de enfermagem (Bittencourt; Crossetti, 2013).

Nesse sentido, para um cuidado de enfermagem eficaz, além de acurácia na avaliação dos dados clínicos, é necessário que os enfermeiros processem as informações de forma rápida. Para isto, estes profissionais necessitam comunicar de forma clara e precisa os seus achados e conclusões sobre os problemas do paciente, ou seja, os diagnósticos de enfermagem encontrados, os resultados desejados e as intervenções de enfermagem selecionadas (Carvalho; Cruz; Herdman, 2013). Para a linguagem de uma disciplina ser efetiva, faz-se necessário o uso preciso de conceitos, pois cada ciência usa de seus próprios para a comunicação de seus conhecimentos (Mendonça, 1985).

Os Sistemas de Linguagem Padronizada (SLP) são tecnologias leve-duras que tratam da organização de conceitos dentro de uma disciplina. Considerando as definições propostas por Merhy (2002), uma tecnologia leve-dura representa a construção do

conhecimento por meio de saberes estruturados. Neste sentido, os SLP são tecnologias importantes na construção do cuidado de Enfermagem sistematizado.

Dentro desse contexto, a expressão SLP de Enfermagem refere-se a estruturas que organizam uma terminologia acordada entre enfermeiros para descrever avaliação, problemas, intervenções e resultados concernentes ao cuidado de enfermagem (Rutherford, 2008; Carvalho; Cruz; Herdman, 2013; Argenta *et al.*, 2020). Em relação ao raciocínio clínico de enfermagem, o uso de SLP dá subsídios para a organização do conhecimento da disciplina, indispensável no processo de interpretação acurada e útil das observações sobre os pacientes e o ambiente. Portanto, um SLP é uma tecnologia essencial para lidar com a crescente complexidade da enfermagem no que diz respeito à produção de conhecimento, ao raciocínio e à prática clínica (Carvalho; Cruz; Herdman, 2013), contribuindo para a continuidade da assistência e a visibilidade desta profissão.

Dentre os SLP, destaca-se a terminologia da NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I) que oferece a padronização de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, ou seja, uma taxonomia. A NANDA-I é utilizada mundialmente, envolvendo enfermeiros de cerca de 40 países, em que dois terços de seus membros são de países fora da América do Norte. É o único SLP continuamente atualizado com evidências e critérios de nível de evidência determinados, no sentido de refletir melhor todo o alcance da prática de enfermagem (Herdman *et al.*, 2024).

Embora a taxonomia II da NANDA-I não pretenda funcionar como uma estrutura para avaliação do paciente, em 2002, ela foi adaptada da estrutura de avaliação dos Padrões Funcionais de Saúde da Dra. Marjory Gordon, e atualmente constitui uma classificação de diagnósticos de enfermagem em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem (Herdman *et al.*, 2024).

Os conceitos apresentados na NANDA-I são alvo de constantes discussões por estudiosos da área de enfermagem no sentido de clarificá-los, assim, a cada nova edição, diagnósticos são revisados, retirados e acrescentados à taxonomia II da NANDA-I, estando ela em constante construção e melhoramento.

A realização deste estudo ocorreu antes da publicação da edição mais atual da taxonomia (13<sup>a</sup> edição, 2024-2026), portanto aqui foi utilizada como objeto de pesquisa a 12<sup>a</sup> edição da NANDA-I (2021-2023). Essa versão da NANDA-I (2021-2023) é composta por 13 domínios; cada domínio é dividido em classes, totalizando 47 classes que comportam 271 diagnósticos.

Dentro do Domínio 10 de Princípios da vida, Classe 3 referente à Coerência entre valores/crenças/atos, está localizado o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual (Código do diagnóstico: 00066). Esse diagnóstico foi aprovado em 1978 e revisado nos anos de 2002, 2013, 2017 e 2020, com nível de evidência 3.2. É definido como “Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de integrar significado e propósito à vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo e/ou com um poder maior que si mesmo” (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Ressalta-se que na edição mais atual (13<sup>a</sup> edição) da NANDA-I (2024-2026), o diagnóstico Sofrimento espiritual (00066) foi substituído pelo diagnóstico Bem-estar espiritual prejudicado (00454), estando na mesma localização quanto ao Domínio e Classe, com nível de evidência 3.3, sendo definido como: “Integração diminuída de significado e propósito na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo e/ou com um poder maior que si mesmo” (Herdman *et al.*, 2024).

Segundo a 12<sup>a</sup> edição da NANDA-I (2021-2023), o diagnóstico Sofrimento espiritual tem como características definidoras: “Capacidade de introspecção prejudicada”, “Choro”, “Comportamento de raiva”, “Culpa excessiva”, “Desinteresse pela natureza”, “Dissonias”, “Expressa alienação”, ”Expressa arrependimento”, “Expressa coragem insuficiente”, “Expressa não sentir-se amado”, “Expressa necessidade de perdão”, “Expressa perda da confiança”, “Expressa perda de controle”, “Expressa perda de esperança”, “Expressa perda de serenidade”, “Expressa preocupação sobre as crenças”, “Expressa preocupação sobre o futuro”, “Expressa preocupação sobre sistema de valores”, “Expressa preocupação sobre a família”, “Expressa raiva”, “Expressa raiva direcionada a poder maior que si próprio”, “Expressa sensação de vazio”, “Expressa sentir-se abandonado por poder maior que si próprio”, “Expressa sentir-se inútil”, “Expressa sofrimento”, “Expressão de criatividade diminuída”, “Fadiga”, “Incapacidade de vivenciar a transcendência”, “Luto desadaptativo”, “Medo”, “Percepção da perda do sentido da vida”, “Questiona a identidade”, “Questiona a própria dignidade”, “Questiona o sentido da vida”, “Questiona o sentido do sofrimento” e “Recusa-se a interagir com os outros”.

São fatores relacionados presentes na NANDA-I para o diagnóstico de Sofrimento espiritual: “Abuso de substâncias”, “Alienação social”, “Ansiedade”, “Autoalienação”, “Baixa autoestima”, “Barreira para vivenciar o amor”, “Conflito cultural”, “Controle ambiental inadequado”, “Dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento”, “Dor”, “Estressores”, “Percepção de ter negócios inacabados”, “Perda de independência”, “Prática espiritual

alterada”, “Privação sociocultural”, “Relações interpessoais inadequadas”, “Ritual religioso alterado”, “Separação do sistema de apoio”, “Sintomas depressivos”, “Solidão”.

Dentre as populações em risco apresentadas pela NANDA-I para o diagnóstico Sofrimento espiritual, destacam-se “Indivíduos recebendo cuidados terminais” e “Indivíduos recebendo más notícias”. Assim como, são condições associadas a presença de “doença crônica” e o “regime de tratamento”. Destarte, comprehende-se que indivíduos que possuem um câncer metastático, pelo seu caráter raramente curável e que necessita de tratamentos para retardar o seu crescimento e aumentar a sobrevida dos indivíduos acometidos, estão contemplados dentro do que a NANDA-I considera como população em risco e condição associada para a presença do diagnóstico Sofrimento espiritual.

Estudos destacam a grande necessidade de cuidado espiritual para pessoas com diagnóstico de câncer (Chiou *et al.*, 2016; Caldeira *et al.*, 2017; Bhatnagar *et al.*, 2017; Martins; Caldeira, 2018), seja em estágios avançados ou não. A experiência de receber o diagnóstico de câncer impacta profundamente o senso de espiritualidade por ser frequentemente associado a uma doença com risco de vida (Caldeira *et al.*, 2017).

Martins e Caldeira (2018) realizaram uma revisão na literatura que identificou a existência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em grande parcela das pessoas com câncer e, em especial, naqueles que estão sob cuidados paliativos. Caldeira *et al* (2017) encontraram 40,8% dos pacientes com câncer em quimioterapia apresentando Sofrimento espiritual. Indubitavelmente, receber o diagnóstico de câncer, em especial nos casos da presença de metástase, é fator importante para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

A preocupação para o desenvolvimento de pesquisas que envolvem os conceitos utilizados na disciplina de enfermagem vem da necessidade de precisão desses conceitos para que o uso da linguagem seja efetiva, além da importância de empregar na enfermagem conceitos que não apresentem erros ou divergências. São preocupações importantes para a construção do corpo de conhecimento da enfermagem questionamentos sobre a definição clara dos conceitos, se sua identificação é realizada de forma inequívoca, se os elementos que os caracterizam e as condições em que ocorrem, assim como suas consequências e formas de mensuração são apresentadas (Carvalho; Cruz; Herdman, 2013).

A NANDA-I encoraja fortemente a construção de estudos e evidências para revisar e clarificar os conceitos presentes na taxonomia. Estudos de investigação dos indicadores clínicos são essenciais para o melhoramento da taxonomia, no entanto, embora os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem sejam os que primariamente orientam as

intervenções de enfermagem, pouca atenção vem sendo dada para esses fatores nos estudos clínicos (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Nesse sentido, a NANDA-I em sua 12<sup>a</sup> edição (2021-2023) traz como prioridade de pesquisa a realização de estudos que forneçam aos enfermeiros informações sobre quais fatores relacionados são mais críticos para os diagnósticos, na perspectiva da realização de estudos de intervenção para diminuir efeitos das causas de um diagnóstico de enfermagem (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). É possível identificar, também, a necessidade de definição, por meio de um instrumento ou protocolo, dos conceitos referentes aos componentes dos diagnósticos de enfermagem, no sentido de clarificar os fenômenos passíveis de atuação do enfermeiro.

Em uma busca na literatura é possível identificar estudos que tratam acerca de indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento espiritual, estudos que identificam a prevalência do diagnóstico em uma população específica, assim como estudos que validam o diagnóstico em determinada população. No entanto, estudos sobre fatores relacionados, fatores causais e fatores etiológicos do Sofrimento espiritual como diagnóstico de enfermagem, ainda são escassos. Portanto, estudos que investiguem os fatores causais para a existência do diagnóstico são importantes para refinar esse conceito dentro da linguagem da disciplina de Enfermagem.

Chaves *et al* (2011) identificaram o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em pacientes com insuficiência renal crônica, em tratamento hemodialítico e avaliaram a eficácia da escala de avaliação da espiritualidade, escala de espiritualidade de Pinho e Pais-Ribeiro e da escala de bem-estar espiritual no apoio da identificação desse diagnóstico. Caldeira, Carvalho e Vieira (2013) identificaram o conceito e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual por meio de uma revisão integrativa da literatura.

Caldeira *et al.* (2015) validaram o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual para pessoas com câncer em quimioterapia, focando na acurácia das características definidoras do diagnóstico. Velosa, Caldeira e Capelas (2017) pesquisaram acerca das características clínicas depressivas e aquelas indicativas de Sofrimento espiritual em pessoas sob cuidados paliativos, identificando semelhanças e diferenças dessas características nessa população. Pinho *et al* (2017) realizaram um estudo transversal para verificar a inferência dos diagnósticos Religiosidade prejudicada e Sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Com bases nas evidências e compreendendo a amplitude da problemática do câncer na população atual; a necessidade de atenção a indivíduos com metástase em suas múltiplas dimensões; a fragilidade da assistência no cuidado espiritual a esta população; e a necessidade de investigação dos conceitos usados na enfermagem, especialmente os fatores causais dos

diagnósticos, este estudo tem como principal questão de pesquisa: *Existe um conjunto de indicadores clínicos que refletem o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos e idosos com câncer metastático e um conjunto de fatores etiológicos que associados aumentam a relação de causalidade com esse diagnóstico nesta população?*

Outros questionamentos foram realizados para permitir uma melhor compreensão do contexto clínico de indivíduos com metástase, são eles: *Qual a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual (00066) em adultos com câncer metastizado? Qual a prevalência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado? Quais indicadores clínicos melhor representam o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado? Qual a prevalência dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado?*

Esta pesquisa guia-se pela hipótese de que “existe um conjunto de indicadores clínicos que refletem o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos e idosos com câncer metastático e um conjunto de fatores causais que, associados, aumentam a probabilidade de ocorrência do diagnóstico Sofrimento espiritual em pessoas com câncer metastático”. Hipóteses secundárias que deram subsídios para a construção desta tese foram: É possível identificar em indivíduos com câncer metastático a presença do diagnóstico Sofrimento espiritual; existem fatores que contribuem como causa para o desenvolvimento do diagnóstico Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastático que não estão contemplados como tais na Taxonomia II da NANDA-I (2021-2023); existem indicadores clínicos que refletem a presença do diagnóstico nesta população e não estão presentes na taxonomia; há um conjunto de indicadores clínicos que se destaca na inferência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em indivíduos com câncer metastático.

Ademais, a realização desta pesquisa contribui diretamente em aspectos tanto da assistência de enfermagem quanto da pesquisa. A partir dos resultados, pode ser possível aperfeiçoar o diagnóstico, dando subsídios para uma avaliação acurada do Sofrimento espiritual e facilitando a identificação desse fenômeno na população em questão, consequentemente fortalecendo o raciocínio clínico e uma prática de enfermagem sistematizada, acurada, segura e de qualidade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar os indicadores clínicos e os fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos e idosos com câncer metastizado.

### 2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a prevalência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado;
- b) Determinar as medidas de sensibilidade e especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado;
- c) Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado;
- d) Identificar a prevalência dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado;
- e) Investigar a associação entre os fatores causais e a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado;
- f) Determinar um modelo causal para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.

### **3 REVISÃO DE ESCOPO**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, inicialmente realizou-se uma Revisão de Escopo com o objetivo de mapear fatores causais e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual (00066) em adultos acometidos por câncer metastático, fora de possibilidade de cura ou que estejam em estágio terminal da doença.

#### **3.1 Método utilizado para identificação das evidências**

Foi realizado um estudo do tipo *scoping review*, fundamentado estritamente nas normativas metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e pelos pressupostos do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension or Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

Objetiva-se, por meio dessa estruturação metodológica, mapear conceitos que sustentam uma área de pesquisa, esclarecer definições e alcance de um tópico, sumarizar resultados da investigação e identificar lacunas possíveis na pesquisa, servindo de base para a construção de novas pesquisas sobre o assunto. Constitui uma ferramenta útil para o conhecimento das evidências disponíveis, fornecendo uma ampla visão geral do tema em análise (Peters *et al.*, 2020). Assim sendo, o estudo foi conduzido por meio das seguintes etapas: 1) construção da questão norteadora da pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) extração dos dados; 5) síntese e agrupamento dos resultados; e 6) apresentação dos dados.

Com vistas ao cumprimento das etapas propostas, elaborou-se uma questão de pesquisa a partir da estratégia PCC (*Population, Context, Concept*), na qual o *Context* (contexto) foi definido como “câncer metastático, impossibilidade de cura ou estágio terminal da doença”, *Concept* (conceito) como “fatores causais e indicadores clínicos do diagnóstico de Sofrimento espiritual” e *Population* (população) como “pessoas adultas (a partir de 18 anos), de qualquer sexo”. Nesse sentido, a questão de pesquisa elaborada foi a seguinte: *Quais são os fatores causais e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em pessoas com câncer metastático, fora de possibilidade terapêutica de cura ou com doença terminal relatados nas evidências disponíveis?*.

Foram incluídos nesta pesquisa, artigos disponíveis na íntegra eletronicamente e que relacionavam sofrimento espiritual a pessoas com doença fora de possibilidade terapêutica de cura ou com doença em estágio terminal, de 18 anos ou mais, independente do tempo

estimado de sobrevida e local onde está inserido (domicílio, hospital, ambulatório). Foram incluídos, ainda, artigos de revisão, estudos clínicos e experimentais, estudos qualitativos, em qualquer língua, sem restrição de tempo. Foram excluídos estudos que não tivessem como população pessoas com câncer, artigos estruturados no formato de reflexão, editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião e comentários e comunicações breve.

Os processos de definição dos descritores e de pesquisa nas bases de dados foi realizado durante os meses de janeiro a junho de 2023. Como indicado no manual da JBI, a estratégia de busca foi realizada por dois revisores independentes, em três etapas: Na primeira etapa, realizou-se uma busca nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – MEDLINE via PubMed e PsycINFO (APA), utilizando os descritores controlados *Medical Subject Headings* – MeSH “terminally ill” e “critical illness” e o descritor não controlado “spiritual distress” para a MEDLINE e, para a base PsycINFO (APA) foram utilizados os descritores próprios da base “spiritual well being”, “spiritual”, “suffering”, “distress” e “terminally ill patients”. Essa pesquisa inicial foi seguida por uma análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos encontrados em busca de termos e palavras-chave que pudessem ser usadas em uma busca mais aprofundada do tema em questão.

Na segunda etapa, foi realizada uma nova pesquisa em todas as bases de dados incluídas: MEDLINE, PsycINFO (APA), Scopus (Elsevier) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com todos os termos e palavras-chave identificadas na primeira etapa da busca. As novas palavras-chave incluídas na segunda etapa foram: “spiritual concerns”; “spirituality”; “spiritual care”; “spiritual needs”; “end-of-life”; “dying”. Foram encontrados 1.430 documentos ao todo. Foi realizada ainda uma terceira etapa, em que a lista de referências dos relatórios incluídos foi revisada para inclusão de novos estudos. Foi possível incluir sete artigos além dos encontrados na busca. As estratégias de busca utilizadas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias utilizadas na primeira e segunda etapa de busca pela amostra de artigos da revisão de escopo. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

(continua)

PRIMEIRA ETAPA	
Base de dados	Estratégia de busca
Medline	(“spiritual distress” OR “sofrimento espiritual” OR “angústia espiritual”) AND (“terminally ill” OR “doente terminal” OR “enfermo terminal” OR “critical illness” OR “estado terminal” OR “enfermedad crítica”)
PsycINFO	{Spirituality} AND {Suffering} OR {Distress} AND {Terminally Ill Patients}
SEGUNDA ETAPA	
Base de dados	Estratégia de busca

(conclusão)

Medline	((“spiritual distress” OR “spiritual concerns” OR “spirituality” OR “spiritual care” OR “spiritual needs”) AND (“terminally ill” OR “critical illness” OR “end-of-life” OR “dying”))
Scopus	((“spiritual AND distress” OR “spiritual AND concerns” OR “spirituality” OR “spiritual AND care” OR “spiritual AND needs”) AND (“terminally AND ill” OR “critical AND illness” OR “end-of-life” OR “dying”))
PsycINFO	{Spiritual Care} OR {Spiritual Well Being} OR {Spirituality} AND Index Terms: {Terminally Ill Patients} OR {Hospice} OR {Death and Dying}
LILACS	"sofrimento espiritual" OR "cuidado espiritual" OR "necessidades espirituais" OR "espiritualidade" OR "preocupações espirituais" AND "assistência terminal" OR "doente terminal" OR "estado terminal"

Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023

A escolha dos descritores para a pesquisa se deu no sentido de contemplar as populações de interesse (indivíduos com câncer metastático, fora de possibilidade de cura ou com doença em estágio terminal). Desta forma, segundo a lista do Mesh, “terminally ill” é definido como pessoas com uma doença incurável ou irreversível no estágio final que resultará em morte em pouco tempo; e “critical illness” é uma doença ou estado em que a morte é possível ou iminente. Tendo em vista a possibilidade da morte no indivíduo com câncer metastático ou fora de perspectiva de cura, esses foram os descritores que melhor se adequaram à busca proposta. Além disso, foram realizados testes de busca antes da definição final da estratégia, no sentido de adequá-la o mais próximo possível do que se propunha investigar.

Os estudos foram reunidos e exportados para programa de revisão gratuito da web, chamada *Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)*, considerando sua efetividade na triagem inicial dos artigos, exclusão de duplicatas, fácil utilização e eficácia de seleção por meio do cegamento dos pesquisadores (Amorim *et al.*, 2023). Para a seleção dos estudos, foi realizada a leitura do título e resumo com o objetivo de identificar os manuscritos que atendiam aos critérios de elegibilidade da revisão. Para as divergências nas avaliações, recorreu-se ao olhar de um terceiro avaliador a fim de consolidar a amostra para leitura na íntegra.

Um instrumento foi elaborado para extrair as seguintes informações dos artigos encontrados: autor e ano, objetivo, tipo de estudo, população de interesse do estudo – referente à faixa etária da população, sexo, local onde foi realizado o estudo, definição de sofrimento espiritual apresentada no artigo, fatores causais para sofrimento espiritual, indicadores clínicos do sofrimento espiritual e conclusões do estudo relacionadas à questão de pesquisa desta revisão.

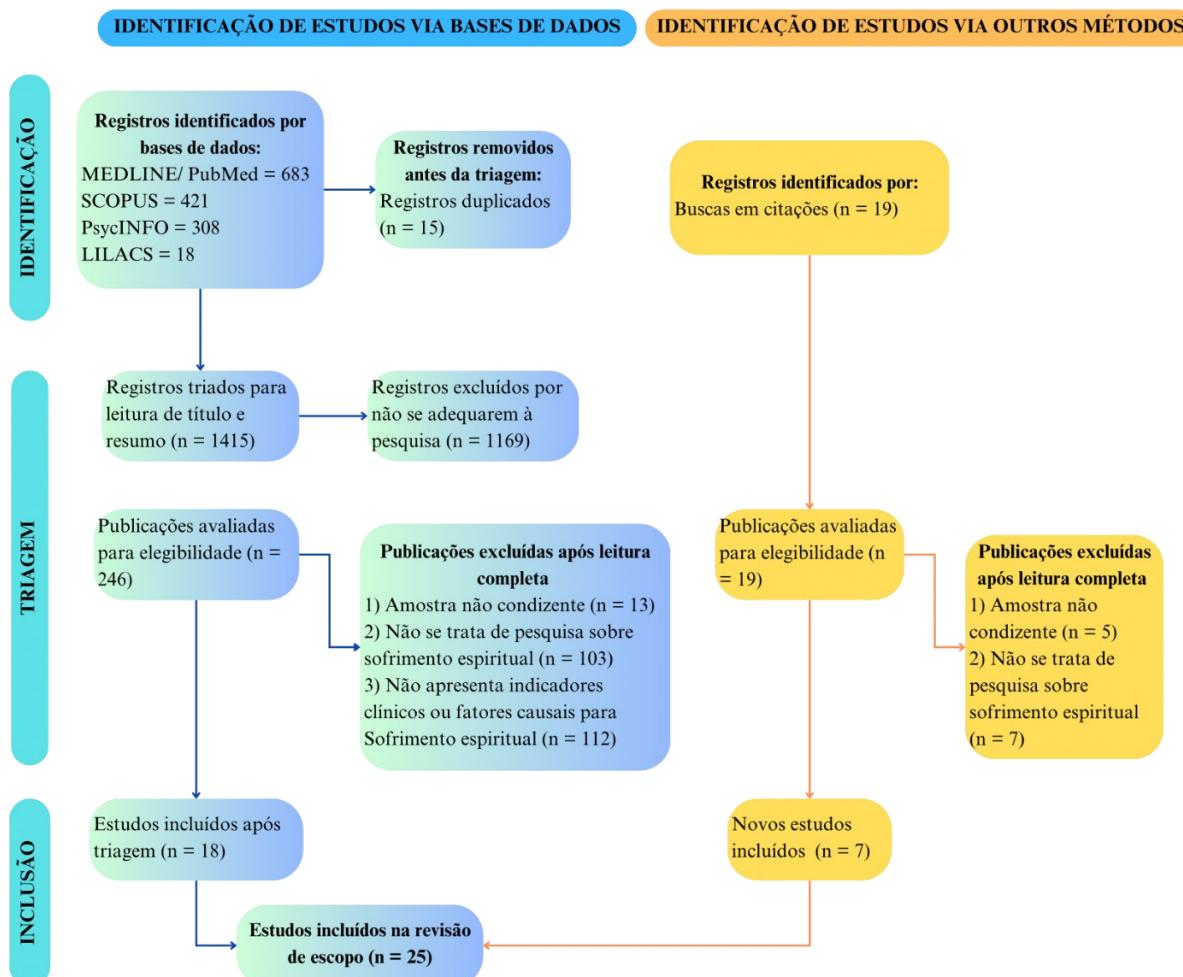
Os dados coletados foram registrados em uma planilha de Excel e analisados qualitativamente. Após isso, foram realizadas as seguintes etapas: 1) análise dos estudos

incluídos; 2) relato dos resultados encontrados; 3) discussão das conclusões relacionadas com o propósito do estudo e as implicações para a assistência e para futuras pesquisas. Na análise dos estudos, buscou-se termos e palavras-chave referidas como possíveis fatores causais ou indicadores clínicos e comparou-as aos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico Sofrimento Espiritual da NANDA-I.

### **3.2 Resultados das evidências encontradas**

Inicialmente, por meio da busca nas bases de dados, foram identificados 1430 artigos, dos quais 1415 foram selecionados para leitura de título e resumo após a exclusão dos manuscritos duplicados. Em seguimento, 246 estudos foram lidos na íntegra por apresentarem perspectivas relacionadas à espiritualidade, sofrimento, pessoas com câncer, doença fora de possibilidade de cura, final de vida e demais variáveis que se interligavam ao objeto de estudo. Após a triagem desses artigos, 18 publicações foram incluídas na revisão de escopo. Além disso, as referências dos artigos foram visitadas, sendo possível extrair 19 artigos para análise, sendo incluídos, após a leitura na íntegra, 7 novos artigos. Dessa maneira, considerando os critérios de elegibilidade, a amostra final contemplou 25 artigos conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Diagrama de fluxo PRISMA-ScR adaptado ao processo de seleção dos artigos conforme estabelecido para a revisão de escopo



Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos artigos segundo o autor e ano de publicação, local e país, classificação metodológica e contribuições do estudo na construção da revisão. Das 25 publicações, quatro estudos (16%) foram realizados nos Estados Unidos (referenciar), três (12%) em Taiwan. Os países Escócia, Japão, Espanha, Reino Unido, Canadá e Brasil apresentaram dois estudos cada (8%), já países como África do Sul, Quênia, Coreia do Sul, Bélgica, Finlândia, Polônia, Cingapura, Nova Zelândia, Brasil, Australia, Malásia, Irlanda, Irã, China e Tailândia apresentaram apenas um (4%) estudo cada. No que diz respeito a contribuição do artigo à construção da revisão, 13 estudos (52%) apresentaram subsídios que contemplavam os indicadores clínicos e os fatores causais do diagnóstico em análise, oito (32%) abordavam perspectivas que convergiam apenas aos fatores causais e quatro (16%) direcionados apenas aos indicadores clínicos.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos que compõem a amostra segundo autor e ano de publicação, local e país, classificação metodológica e contribuições do manuscrito na construção da revisão

(continua)

ID*	Autor / Ano	Local / País	Tipo de estudo	Contribuições às evidências
A1	Morita et al., 2000	Hospice/ Japão	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Apresentação dos indicadores clínicos
A2	Kawa et al., 2003	Unidades de Cuidados Paliativos hospitalares / Japão	Estudo qualitativo com análise temática	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A3	Kutner et al., 2003	Hospice / EUA	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Apresentação dos indicadores clínicos
A4	Grant et al., 2004	Hospital / Escócia	Pesquisa qualitativa com análise temática	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A5	Murray et al., 2004	Hospital / Escócia	Pesquisa qualitativa com análise temática	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A6	Chochinov et al., 2005	Unidade de Cuidados Paliativos hospitalares / Canadá e Australia	Estudo de validação de instrumento psicométrico	Apresentação dos indicadores clínicos;
A7	Elias, Giglio, Pimenta, 2008	Hospitais / Brasil	Estudo misto: qualitativo com análise temática e quantitativo com análise descritiva.	Apresentação dos fatores relacionados;
A8	Shih et al., 2009	Hospitais/ Taiwan, Republica da china	Pesquisa qualitativa utilizando inquérito hermenêutico	Apresentação dos fatores relacionados;
A9	Krikorian, 2011	PubMed, PsycINFO, MEDLINE, EBSCO-Host, OVID,e SciELO / Sem identificação	Revisão (integrativa) de literatura	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A10	Monteforte-Royo et al., 2012	ISI, PubMed, PsycINFO, CINAHL, CUIDEN and the Cochrane Register of Controlled Trials / Espanha	Revisão sistemática e síntese interpretativa, seguindo abordagem de metaetnografia desenvolvida por Noblit e Hare	Apresentação dos indicadores clínicos;
A11	Beng et al., 2014	Hospital / Malásia	Estudo qualitativo com análise temática	Apresentação dos fatores relacionados
A12	Wang 2017	Unidade de Cuidados Paliativos Hospitalares/ Taiwan, Repùblica da china	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A13	Egan et al., 2016	Hospices e Unidade de oncologia hospitalar / Nova Zelandia	Estudo de métodos mistos envolvendo revisão de literatura e abordagem qualitativa, com análise qualitativa	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A14	Chiou et al., 2016	Hospitais / Taiwan, Repùblica da china	Pesquisa qualitativa utilizando abordagem fenomenológica-hermenêutica proach, com base na teoria da resposta de leitura	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;

(conclusão)

A15	Selman et al., 2017	África do Sul, Quênia, Coreia do Sul, EUA, Canadá, Reino Unido, Bélgica, Finlândia, Polônia	Estudo qualitativo de grupo focal, com análise temática qualitativa.	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A16	Maiko, 2018	Ambulatório de oncologia / EUA	Estudo qualitativo, utilizando análise temática	Apresentação dos fatores relacionados
A17	Masterson, 2018	Ambulatório de oncologia / EUA	Estudo de métodos mistos: quantitativo com análise de regressão e qualitativo com análise temática	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A18	Lee; Ramaswamy, 2018	Hospital / Cingapura	Estudo qualitativo. Abordagem fenomenológica interpretativa.	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A19	Sousa et al., 2021	Hospital oncológico/ Brasil	Estudo transversal	Apresentação de fatores de risco
A20	Clyne et al., 2022	Medline, Embase, Cochrane, CINAHL, PsycINFO, Applied Social Science Index e Abstracts / Irlanda	Síntese temática de estudos qualitativos – Revisão sistemática	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A21	Mihic-Gongora et al., 2022	Hospitais / Espanha	Estudo multiinstitucional, prospectivo e transversal	Apresentação dos fatores relacionados;
A22	Wisesrith et al., 2022	Hospitais/ Tailândia	Estudo transversal, quantitativo	Apresentação dos fatores relacionados;
A23	Yoosefee et al., 2023	Unidades de Cuidados Oncológicos e de Cuidados Paliativos / Irã	Abordagem híbrida qualitativa	Apresentação dos fatores relacionados;
A24	Best et al., 2023	Reino Unido	Visão geral resumida	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;
A25	Ho et al., 2023	OVID MEDLINE, OVID Embase, OVID PsycInfo, EBSCO CINHAL, EBSCO AgeLine, Cochrane Central register of Controlled Trials, Web of Science Core Collections, Scopus e Proquest. Portal da Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS e ClinicalTrials.gov / China	Revisão de escopo	Apresentação dos indicadores clínicos; Apresentação dos fatores relacionados;

ID\*: identificação do artigo

Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

A partir da análise dos artigos incluídos foi possível responder à questão de pesquisa e descrever os fatores causais e indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento Espiritual em adultos com câncer metastático, fora de perspectiva de cura ou com doença em estágio terminal

disponíveis na literatura, sendo possível compará-los aos apresentados pela lista da NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Assim, foi possível encontrar tanto termos análogos aos da NANDA-I, quanto termos novos.

O Quadro 3 apresenta os termos encontrados na literatura referentes aos indicadores clínicos e fatores causais do Sofrimento espiritual comparados às terminologias encontradas na NANDA-I como características definidoras e fatores relacionados, respectivamente, segundo a perspectiva da autora.

**Quadro 3 – Comparação de termos encontrados na revisão de escopo referentes aos indicadores clínicos e fatores relacionados do diagnóstico Sofrimento espiritual (00066) aos seus correspondentes da lista da NANDA-I edição 2021-2023**

(continua)

<b>INDICADORES CLÍNICOS</b>	
<b>Termo encontrado na revisão de escopo (indicador clínico)</b>	<b>Correspondente da NANDA-I (característica definidora)</b>
• Raiva e irritabilidade (A16) • Raiva (A2)	Comportamento de raiva
• Culpa por comportamentos prejudiciais no passado e por sentir-se um fardo para a família e não ser capaz de cumprir suas funções (A14) • Culpa (A1, A2)	Culpa excessiva
• Insônia (A2) • Ataques de insônia (A4)	Dissonias
• Arrependimento (A2)	Expressa arrependimento
• Sentimento de perda de controle das circunstâncias (A5, A1)	Expressa perda de controle
• Desesperança (A1, A9, A18, A10, A14)	Expressa perda de esperança
• Preocupações com a vida após a morte e preocupação com a aparência do corpo após a morte (A8, A2)	Expressa preocupações sobre o futuro
• Conflitos morais, emocionais e religiosos (A23)	Expressa preocupação sobre sistema de valores
• Preocupação com a dor causada à família (A2, A20) • Preocupação com os filhos (A23) • Preocupação com a saúde e felicidade da família (A23)	Expressa preocupação sobre a família
• Raiva de Deus (A24)	Expressa raiva direcionada a poder maior que si próprio
• Sentimento de vazio existencial (A7) • Perda de seu significado e valor (A10, A23)	Expressa sensação de vazio
• Sentimento de inutilidade (A16, A2, A6)	Expressa sentir-se inútil
• Fadiga (A16, A2)	Fadiga
• Medo do futuro (A23)	Medo

(conclusão)

• Medo (A14)	
• Falta de sentido na vida (A5, A6)	Percepção de perda de sentido da vida
• Sentimento de não ser quem é (A6)	Questiona a identidade
• Dupla identidade (A23)	
• Perda de identidade (A23)	
• Perda do senso de identidade (A7, A20)	
• Indignidade de si (A24)	Questiona a própria dignidade
• Perda da dignidade (A18, A6)	
• Questionamento de sentido da vida (A20)	Questiona o sentido da vida
• Questionamentos sobre o sofrimento e o significado do sofrimento (A20)	Questiona o sentido do sofrimento
• Incapacidade de participar de atividades sociais (A1, A23, A25)	Recusa-se a interagir com os outros
• Dificuldades para compartilhar pensamentos com os outros (A25)	
• Incapacidade de participar de atividades sociais (A25)	
<b>FATORES CAUSAIS</b>	
<b>Termo encontrado na revisão de escopo (fator causal)</b>	<b>Correspondente da NANDA-I (fator relacionado)</b>
• Ansiedade (A9)	Ansiedade
• Ansiedade de morte (A18)	
• Baixa autoestima (A18, A10)	Baixa autoestima
• Dor e sofrimento (A10, A14)	Dor
• Dor (A9)	
• Viver com a realidade da doença, dos sintomas, do sofrimento (A15, A10, A8, A20)	Estressores
• Estresse físico (A19)	
• Percepção de negócios inacabados (A17)	Percepção de ter negócios inacabados
• Necessidade de terminar negócios (A23)	
• Perda da autonomia (A1)	Perda de independência
• Dependência (A1)	
• Perda da capacidade de fazer as coisas (A9)	
• Perda do funcionamento do papel social (A1)	
• Aumento da dependência da família e amigos (A8, A14, A20)	
• Perda do relacionamento com Deus (A20)	Prática espiritual alterada
• Necessidade de religião (A24)	Ritual religioso alterado
• Falta de apoio e suporte (A14)	Separação do sistema de apoio
• Sofrimento psicológico (A21)	Sintomas depressivos
• Depressão (A9)	
• Tristeza (A14, A16, A2)	
• Necessidade de companheirismo (A8)	Solidão

Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

Dos termos encontrados na literatura com correspondentes na lista da NANDA-I, foi possível identificar que alguns evidenciados como causas do Sofrimento espiritual estão presentes na NANDA-I como características definidoras, assim como termos presentes como indicadores clínicos são relatados na taxonomia como fatores relacionados. Os termos em questão estão descritos no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Comparação dos indicadores clínicos e fatores relacionados encontrados na revisão de escopo a termos presentes na NANDA-I edição 2021-2023 como fatores relacionados e características definidoras respectivamente

<b>Indicadores clínicos da revisão de escopo presentes na NANDA-I como fatores relacionados</b>	
<b>Termos apresentados na revisão de escopo como indicador clínico</b>	<b>Fator relacionando presente na NANDA-I correspondente aos termos da revisão de escopo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor excruciante (A23)</li> <li>• Dor (A16)</li> </ul>	Dor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de se conectar com a família e amigos (A20)</li> <li>• Perdas no relacionamento (A20)</li> </ul>	Relações interpessoais inadequadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques de ansiedade e pânico (A4)</li> <li>• Ansiedade (A2)</li> <li>• Ansiedade elevada (A17)</li> </ul>	Ansiedade
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solidão (A2, A24)</li> <li>• Sensação de negócios inacabados (A6)</li> </ul>	Solidão
	Percepção de ter negócios inacabados
<b>Fatores causais da revisão de escopo presentes na NANDA-I como características definidoras</b>	
<b>Termo apresentado na revisão de escopo como fator causal</b>	<b>Característica definidora presente na NANDA-I correspondente aos termos da revisão de escopo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo e temores sobre a morte (A4)</li> <li>• Medo da morte/ medo de morrer (A7, A20)</li> <li>• Medo do pós-morte (A7)</li> </ul>	Medo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimento de inutilidade, impotência e limitação de atividade (A20)</li> <li>• Sentimento de inutilidade (A7)</li> </ul>	Expressa sentir-se inútil
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de envolvimento e controle (A24)</li> </ul>	Expressa perda de controle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrependimento profundo (A13)</li> </ul>	Expressa arrependimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade de transcendência e de confiar na espiritualidade (A7)</li> </ul>	Incapacidade de vivenciar a transcendência

Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

Além de termos análogos às características definidoras e fatores relacionados presentes na NANDA-I, foi possível extrair das evidências encontradas termos novos referentes ao diagnóstico Sofrimento espiritual, sem correspondentes na taxonomia. Foram encontrados

tanto termos que representam indicadores clínicos quanto fatores causais do diagnóstico, conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Indicadores clínicos e fatores causais sem correspondentes na NANDA-I edição 2021-2023

INDICADORES CLÍNICOS SEM CORRESPONDENTES NA NANDA-I	FATORES CAUSAIS SEM CORRESPONDENTES NA NANDA-I
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da vontade de viver (A15, A18, A10, A14, A23)</li> <li>• Desejo de morte apressada/ acelerada (A13, A2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade para aceitar o diagnóstico e o tratamento (A7, A22)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dupla identidade (A23)</li> <li>• Sentimentos ambíguos (A23)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações com o sofrimento físico (A7, A9)</li> <li>• Perda de identidade relacional (A20)</li> </ul>

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil, 2023.

Nessa revisão, observou-se que o sofrimento espiritual é uma condição emergente no público em análise. Portanto, cabe à equipe de enfermagem desenvolver habilidades e competências que permitam a identificação, aplicabilidade do diagnóstico e fornecimento do cuidado espiritual efetivo (Caldeira *et al.*, 2017).

No contexto geral dos diagnósticos de enfermagem, observa-se que os fenômenos físicos apresentam diagnósticos afinados, com características definidoras clarificadas e de mais fácil identificação. Na perspectiva da espiritualidade, esses se justificam na subjetividade, fazendo-se necessária a avaliação e resolutividade das lacunas (Caldeira *et al.*, 2017).

Para tanto, uma das possibilidades de acurar o diagnóstico parece se voltar para a dissociação dos termos gerais por termos específicos ao tema (Eshghi; Nikfarid; Zareiyan, 2023). A exemplo, o termo “Sintomas depressivos” é apresentado pela NANDA-I como um único fator relacionado, por sua vez, não contemplando a complexidade e a variedade de elementos que compõem o conceito. Na revisão, percebeu-se que os constituintes desse permeiam entre os indicadores clínicos e os fatores causais, evidenciando a necessidade de reavaliação e delimitação.

Para demonstrar essa associação, são exemplos de “sintomas depressivos”: “baixa autoestima” e “sentimentos de inutilidade” (Fleck *et al.*, 2003). Nesta revisão, as evidências apresentaram a “Baixa autoestima” como um fator causal, também presente na NANDA-I como fator relacionado. Já o sentimento de inutilidade foi identificado como um fator causal na literatura, mas na NANDA-I, o seu termo análogo, “Expressa sentir-se inútil”, está evidenciado como uma característica definidora. Isso mostra que ainda há uma grande necessidade de

refinamento dos termos utilizados nas nomenclaturas de enfermagem, em especial aqueles voltados aos fenômenos que envolvem a subjetividade do ser humano.

Na população com uma doença grave e progressiva, o “sentimento de inutilidade” pode estar diretamente relacionado à “perda da independência” (fator relacionado na NANDA-I). A presença de sintomas não controlados, por vezes, limita as atividades diárias do indivíduo afetado e, consequentemente, causam a “perda da autonomia” e “perda da independência”, muitas vezes sendo essa perda progressiva. Esses aspectos podem gerar “sentimentos de impotência e de inutilidade”, desencadeando uma possível crise existencial acompanhada de sofrimento espiritual, pois ameaçam o que define alguém como pessoa, assim como o sentido de viver e de ser alguém útil (Freitas; Haag, 2009; Almeida 2017; Tomaszewski *et al*, 2017).

Na literatura analisada e segundo a perspectiva da pesquisadora, “medo” esteve presente tanto como indicador clínico (A14, A23), quanto como fator causal (A4, A7 e A20) do Sofrimento espiritual. A NANDA-I em sua edição 2021-2023 propõe “Medo” como característica definidora do diagnóstico, enquanto propõe “Ansiedade” como fator relacionado. No entanto, com base nas definições adotadas pela taxonomia em que define “Medo” (00148) como uma “resposta emocional básica e intensa provocada pela identificação de ameaça iminente, envolvendo uma relação de alarme imediata (APA, 1994)” e “Ansiedade” (00146) como uma “resposta emocional a uma ameaça difusa na qual o indivíduo antecipa um perigo, catástrofe ou infortúnio iminente e não específico”, entende-se que o que difere esses elementos um do outro é a sua causa, podendo esta ser clara e iminente (no medo) ou difusa, potencial (na ansiedade). Portanto, adotar um como indicador clínico (ou característica definidora na NANDA-I) e outro como fator causal (ou fator relacionado na NANDA-I) causa contradições referentes aos conceitos.

Além disso, os estudos evidenciam que o medo somado à consciência de uma doença grave, fora de expectativa de cura ou terminal, além de ser causa da exacerbação dos sintomas físicos, produz angústia, ansiedade e sintomas depressivos (Sapeta, 2007; Krikorian, 2012; Monforte-Royo *et al*, 2012).

Na lista dos componentes do diagnóstico Sofrimento espiritual da NANDA-I está presente o fator relacionado “Dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento”, no entanto, tendo em vista o contexto desta pesquisa com indivíduos com câncer metastático, fora de possibilidade de cura ou com doença terminal, cabe ressaltar um importante fator que parece também ser causa do Sofrimento espiritual, sendo ele apresentado na literatura como “dificuldade para aceitar o diagnóstico e o tratamento” (A7; A22).

Ao descobrir uma doença como o câncer metastático o indivíduo projeta a visualização da perda de funções biológicas e sociais importantes, confronta-se com a própria morte e pode ocorrer de rejeitar nos primeiros instantes a situação. Para lidar com esses conflitos, muitos indivíduos de forma inconsciente utilizam do mecanismo de defesa de negação, no sentido de afastar a possibilidade da realidade da doença (Melo *et al.*, 2013; Correa; Silveira, 2019).

Elias, Giglio e Pimenta (2008) demonstram que um dos aspectos mais relevantes para a presença do Sofrimento espiritual é a negação da gravidade do quadro clínico e a dificuldade em aceitar o diagnóstico e os cuidados necessários. Segundo os autores, esses sentimentos desencadeiam ansiedade e medo da morte que, consequentemente, acarretam Sofrimento espiritual.

Os resultados desta revisão de escopo mostram a necessidade de refletir acerca dos diagnósticos de enfermagem e seus componentes, no sentido de ampliar e aprofundar as pesquisas para aperfeiçoamento das descrições dos fenômenos de Enfermagem. Conforme Kamitsuru, Herdman e Lopes (2021) explicitam, é fundamental que se realizem estudos que forneçam aos enfermeiros informações sobre quais fatores relacionados são mais críticos para cada diagnóstico, assim como quais indicadores de avaliação são preditivos de um paciente desenvolver uma determinada condição, o que possibilitará refinar cada vez mais as listas de características definidoras e fatores relacionados para um diagnóstico.

A acurácia de um diagnóstico é definida pela persistência verdadeira de suas características nas práticas clínicas e sua resistência e evidenciação para com as interposições profissionais (Caldeira *et al.*, 2017). Dessa forma, torna-se fulcral a avaliação e delimitação dos indicadores clínicos e dos fatores de causalidade junto a especificidades do fenômeno e suas interferências, a fim de propiciar à categoria sua aplicabilidade e cuidado efetivo.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem como objetivo examinar as distribuições das variáveis preditoras e de desfecho em uma população, enquanto o estudo analítico objetiva caracterizar as associações entre as variáveis. Caracteriza-se como estudo transversal aquele em que todas as medições são realizadas em uma única ocasião ou em um curto período. Esses estudos são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição (Hulley *et al.*, 2015).

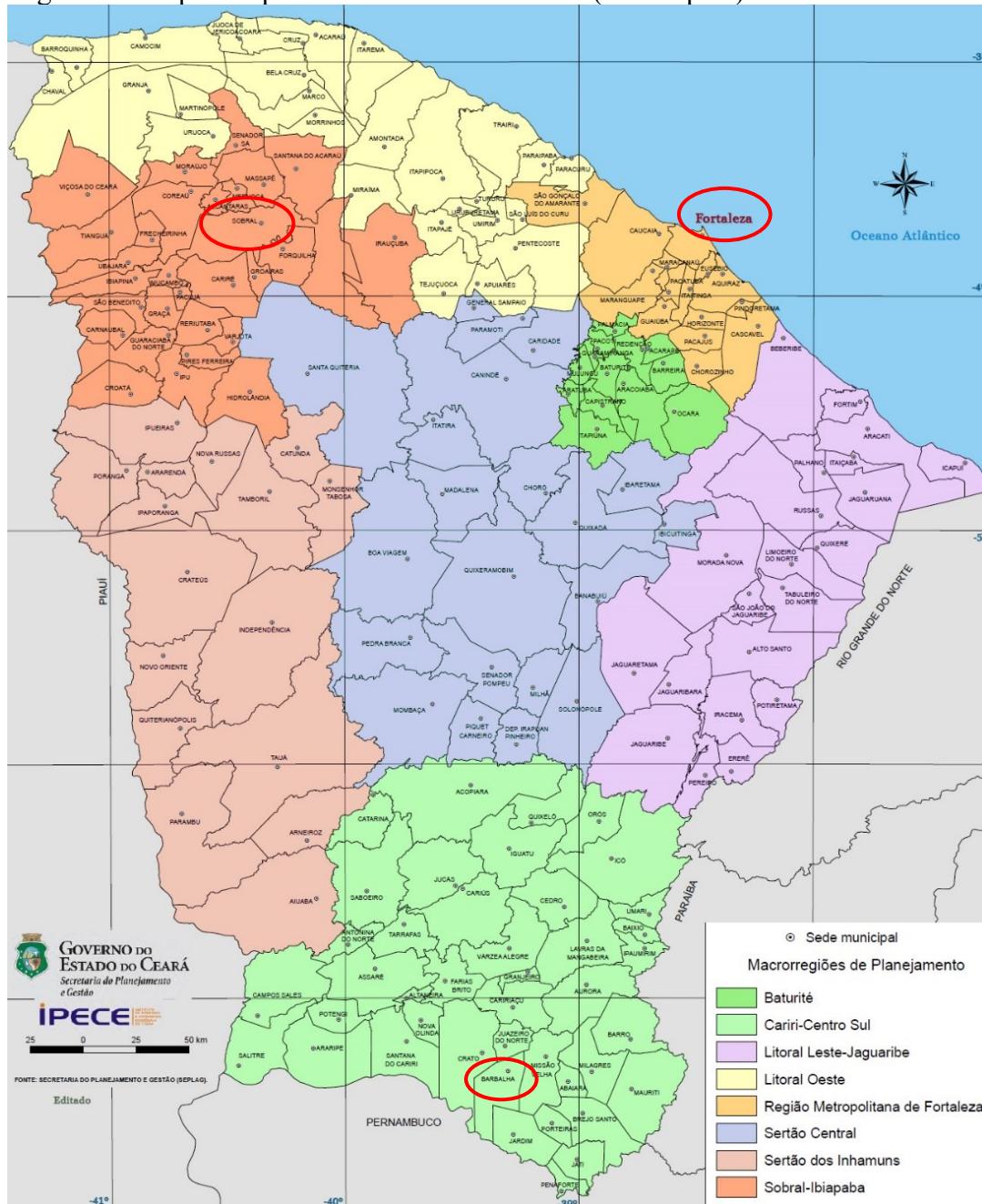
Em relação à abordagem quantitativa, esta permite uma análise sistemática, utilizando dados numéricos obtidos na investigação, valendo-se de modelos estatísticos para explicar os dados obtidos, considerando tudo que pode ser quantificável, conseguindo explicar em números, opiniões e informações, para posteriormente analisá-las (Marconi; Lakatos, 2023).

### 4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado entre os meses de maio de 2023 a fevereiro de 2024, no estado do Ceará, localizado no Nordeste do Brasil. Esse estado brasileiro possui uma área de 148.886,3 km<sup>2</sup>, o que equivale a 9,58% de toda a área pertencente à região Nordeste e 1,75% da área do Brasil. O Ceará é o 4º maior Estado da região e o 17º do país em extensão territorial, é composto atualmente por 184 municípios e é o terceiro mais populoso da região Nordeste (IPECE, 2007; IPECE, 2021).

No estado do Ceará, de acordo com o INCA (INCA, 2022), existem nove instituições que ofertam diagnóstico e tratamento oncológico para a população cearense, concentradas nas cidades de Fortaleza, Sobral e Barbalha, conforme representado na Figura 2. Dessas instituições, duas são Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), uma localizada em Fortaleza, capital cearense, e a outra no município de Sobral. As demais sete instituições são classificadas como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), uma na cidade de Barbalha e as demais na capital cearense.

Figura 2 – Mapa Geopolítico do Estado do Ceará (Municípios)



Fonte: Secretaria do Planejamento e Gestão (SEPLAG). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

Cabe ressaltar que segundo a Portaria SAES nº 1.399, de 17 de Dezembro de 2019 (CONAS, 2019) que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para ser considerado UNACON, um serviço deve dispor minimamente de hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia, podendo ter ou não Serviço de Radioterapia, Serviço de Hematologia ou Serviço

de Oncologia Pediátrica. Já para funcionar como CACON é necessário um hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia de pele e cirurgia plástica, cirurgia torácica e cirurgia de ossos e partes moles), oncologia clínica, hematologia, radioterapia (incluindo braquiterapia) e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia, podendo ter ou não um Serviço de Oncologia Pediátrica. Nesse sentido, esta pesquisa foi realizada em duas instituições do estado do Ceará habilitadas como UNACON pelo Ministério da Saúde (MS).

O primeiro serviço, o Campo 1 de coleta, é uma instituição privada e conveniada ao SUS, referência em oncologia no Ceará desde 1975, que atende pacientes da capital e do interior do Estado. Disponibiliza ambulatório de consultas clínicas e prevenção, serviço de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, imagem, leitos hospitalares, intervenções cirúrgicas e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes de convênios particulares e provenientes do SUS, este representando 70% de todos os atendimentos da instituição (CRIQ, 2022). Neste campo de pesquisa, a coleta ocorreu somente no setor de quimioterapia, enquanto os pacientes recebiam a medicação.

A segunda instituição, o Campo 2 de coleta, está localizada em Barbalha, cidade do interior do Ceará, Cariri cearense. É um hospital filantrópico sem fins lucrativos e que realiza cerca de 85% de seus atendimentos pelo SUS. Além de ser referência nas suas diversas especialidades é o único hospital referência em oncologia para a região do Cariri. Possui oncologia clínica, pediátrica e cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, Cuidados Paliativos e serviços de diagnóstico (HMSVP, 2022).

Nessa segunda instituição, a coleta ocorreu em diversos ambientes, sendo eles: setor de quimioterapia, enquanto os pacientes recebiam a medicação, assim como na sala de espera para quimioterapia, enquanto os pacientes aguardavam ser chamados para receber a medicação; setor de imunoterapia, tanto enquanto os pacientes recebiam a medicação, quanto enquanto esperavam ser chamados; salas de espera para consultas ambulatoriais e salas de espera para radioterapia.

Em ambas as instituições, os pacientes geralmente tinham alguém como acompanhante. De maneira geral, era solicitado ao acompanhante que deixasse o participante à vontade com os entrevistadores, se afastando do local em que estava sendo realizada a coleta. Quando nos setores de quimioterapia, pelos leitos (poltronas) já se encontrarem afastadas entre si, havia uma maior privacidade e não era necessário buscar ambientes mais reservados. Já quando em salas de espera, buscava-se um local mais reservado para o seguimento da entrevista.

### **4.3 População e amostra**

A população desta pesquisa foi composta por adultos com câncer, acompanhados nas unidades de saúde descritas. Foram incluídos indivíduos acima de 18 anos de idade, diagnosticados com câncer metastático e que tinham ciência do seu diagnóstico de câncer e de seu tratamento oncológico. Excluiu-se indivíduos diagnosticados com depressão, que constasse em prontuário a existência do diagnóstico ou o uso de medicamento antidepressivo. Optou-se por excluir esta população, pois os sintomas apresentados poderiam gerar vieses por serem, muitas vezes, semelhantes aos indicadores clínicos do Sofrimento espiritual.

Para avaliação da capacidade cognitiva dos indivíduos para responder às questões, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). Esse é o teste de rastreamento mais utilizado para avaliação da função cognitiva, de fácil aplicação e não requer material específico. É constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, totalizando um escore de 30 pontos.

Devido à influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, foram consideradas notas de corte diferentes para pessoas com graus de instrução distintos. Assim considerou-se as seguintes notas de corte para que os indivíduos pudessem participar da pesquisa: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para indivíduos com baixa ou média escolaridade; 26 pontos para aqueles com alto nível de escolarização (Bertolucci *et al.*, 1994). Nesse sentido, nenhum indivíduo foi excluído por obter baixa pontuação no MEEM.

A amostra deste estudo foi definida conforme a Análise de Classe Latente (ACL) que considera um quantitativo de pessoas pesquisadas para cada indicador clínico (Swanson *et al.*, 2011). Neste estudo, na coleta de dados foram analisados 33 indicadores clínicos e foram adotados seis indivíduos para cada indicador clínico pesquisado, devendo a amostra ser composta por no mínimo 198 indivíduos. Assim, em decorrência da disponibilidade dos participantes, a amostra final foi ampliada para 219 adultos com câncer metastático, sendo 92 provenientes do Campo 1 de coleta e os demais 127 do Campo 2.

A técnica de amostragem para recrutamento dos participantes da pesquisa foi do tipo não probabilística, naturalística, delimitada temporalmente. A amostragem não probabilística é aquela composta por indivíduos que atendem aos critérios de inclusão e são de fácil acesso (Hulley *et al.*, 2015). O método naturalístico refere-se à seleção de um conjunto de pessoas a partir de uma população e a verificação da presença ou ausência de características de

interesse em cada um dos indivíduos (Lavado; Castro, 2001). Os participantes eram amostrados à medida que se apresentavam nos momentos e locais de coleta de dados.

#### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) foi elaborado pela pesquisadora com base nos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem Sofrimento Espiritual (00066) presente na Taxonomia II da NANDA-I – edição 2021-2023 – e na revisão de escopo realizada. A coleta de dados foi realizada por estudantes voluntários que foram treinados para este fim, sendo a pesquisadora quem analisava os questionários e definia a presença ou ausência de cada indicador clínico e fator causal.

Para orientar a coleta de dados e auxiliar a pesquisadora na avaliação da presença ou ausência dos indicadores clínicos e fatores causais do diagnóstico foram utilizados protocolos contendo suas definições conceituais e operacionais (APÊNDICE B e APÊNDICE C). As informações utilizadas para construção dos protocolos foram extraídas de artigos científicos, livros e manuais correspondentes à temática.

##### ***4.4.1 Protocolos Operacionais Padrão***

Foram construídos dois protocolos, um contendo 33 indicadores clínicos (APÊNDICE B) e o outro composto por 18 fatores causais (APÊNDICE C). A criação desses protocolos teve como objetivo embasar de forma teórica os conceitos que envolvem os fatores causais e o mecanismo de ação destes sobre o diagnóstico Sofrimento espiritual dentro do contexto em estudo, assim como os conceitos que envolvem o desenvolvimento dos indicadores clínicos. Além disso auxiliou na padronização da coleta dessas variáveis e na identificação da sua presença ou ausência.

Esses protocolos foram submetidos à avaliação dos membros do grupo de pesquisa Cuidados de Enfermagem na Saúde da Criança (CUIDENSC) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) que tinham experiência em diferentes níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado) com pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem e com a enfermagem clínica.

A avaliação dos protocolos ocorreu por meio de dez reuniões *online* que aconteciam semanalmente e duravam cerca de uma hora cada reunião. Antes das reuniões propriamente

ditas, os materiais foram enviados para que todos os membros tivessem um tempo prévio para leitura minuciosa no sentido de realizar uma contribuição assertiva.

No momento de cada reunião, os membros avaliadores discutiam sobre a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e fatores causais. Foi utilizada uma escala de Likert para avaliação dos itens. Para verificação da clareza, a escala de Likert estava disposta da seguinte forma: 1) Muito claro, 2) Claro; 3) Razoavelmente claro; 4) Pouco claro; 5) Nada claro. E para avaliação da precisão dos itens, a pontuação ocorreu da seguinte maneira: 1) Muito preciso; 2) Preciso; 3) Razoavelmente preciso; 4) Pouco preciso; 5) Nada preciso.

Durante as reuniões, cada fator causal e cada indicador clínico era lido em voz alta pela pesquisadora, assim como sua definição conceitual e operacional. Era estabelecido um tempo para que os avaliadores votassem de acordo com a pontuação da escala de Likert em relação à clareza e à precisão e, posteriormente, se houvesse pontuações abaixo de 5, era discutido o que poderia ser adequado naquela determinada definição. A discussão era continuada até que houvesse consenso entre os juízes e todos os pontos discutidos eram anotados pela pesquisadora para posterior modificação, caso necessário.

Em relação às definições conceituais, os indicadores alterados foram: “Expressa alienação”, “Comportamento de raiva”, “Expressa coragem insuficiente”, “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa perda da serenidade”, “Expressa preocupações sobre as crenças”, “Expressa preocupação sobre sistemas de valores”, “Expressão de criatividade diminuída” e “Desinteresse pela natureza”. Apenas o fator causal “Prática espiritual alterada” sofreu modificação em sua definição conceitual. As mudanças sugeridas foram principalmente substituição de termos ou frases que tornassem as definições mais compreensíveis e adequadas ao título do indicador clínico ou fator causal em questão.

Quanto às definições operacionais, sofreram modificações dentre os indicadores clínicos: “Comportamento de raiva”, “Expressa coragem insuficiente”, “Expressa perda da esperança”, “Expressa preocupações sobre as crenças”, “Percepção de perda do sentido da vida” e “Expressa preocupação sobre sistemas de valores”. Os fatores causais que foram modificados foram: “Abuso de substâncias”, “Barreira para vivenciar o amor”, “Conflito cultural”, “Controle ambiental inadequado”, “Medo”, “Percepção de ter negócios inacabados”, “Prática espiritual alterada”, “Relações interpessoais inadequadas”, “Ritual religioso alterado” e “Expressa sentir-se inútil”. As modificações sugeridas foram voltadas principalmente às questões de investigação dos componentes, como substituição de termos para melhor

compreensão do participante, retirada ou acréscimo de questionamentos para o auxílio da interpretação sobre a presença do indicador clínico ou fator causal.

#### **4.4.2 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) contendo dados de identificação (nome completo, idade, instituição de saúde que está sendo acompanhado), dados sociodemográficos (naturalidade e procedência, renda familiar, número de membros na residência), dados clínicos (data do diagnóstico inicial, data do diagnóstico da metástase e tipo de tratamento que realiza), itens sobre os fatores causais e itens sobre os indicadores clínicos. Os dados foram coletados de fonte primária (próprios participantes da pesquisa) e dos prontuários dos participantes. As entrevistas duravam entre 15 e 40 minutos. Os fatores causais avaliados neste estudo estão descritos no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 – Fatores causais avaliados na pesquisa e Fatores relacionados da NANDA-I  
(continua)

Código do fator causal	Variável investigada na pesquisa como fator causal do diagnóstico	Origem da variável
FC1	Abuso de substâncias	Fator relacionado da NANDA-I
FC2	Ansiedade	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC3	Baixa autoestima	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC4	Barreira para vivenciar o amor	Fator relacionado da NANDA-I
FC5	Conflito cultural	Fator relacionado da NANDA-I
FC6	Controle ambiental inadequado	Fator relacionado da NANDA-I
FC7	Dificuldade para aceitar o diagnóstico	Revisão de escopo
FC8	Dificuldade em aceitar o processo de envelhecimento	Fator relacionado da NANDA-I
FC9	Dor	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC10	Medo	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
FC11	Percepção de ter negócios inacabados	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC12	Perda da independência	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC13	Prática espiritual alterada	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC14	Relações interpessoais inadequadas	Fator relacionado da NANDA-I
FC15	Ritual religioso alterado	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC16	Expressa sentir-se inútil	Característica definidora da NANDA-I

(conclusão)

FC17	Separação do sistema de apoio	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
FC18	Solidão	Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
<b>Fatores relacionados presentes na NANDA-I excluídos da avaliação</b>		
Autoalienação		Fator relacionado da NANDA-I
Alienação social		Fator relacionado da NANDA-I
Privação sociocultural		Fator relacionado da NANDA-I
Sintomas depressivos		Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo
Estressores		Fator relacionado da NANDA-I e revisão de escopo

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2023

Os fatores relacionados da NANDA-I “Autoalienação”, “Alienação social”, “Privação sociocultural”, “Sintomas depressivos” e “Estressores” foram excluídos da avaliação deste estudo. A “Autoalienação” e “Alienação social” foram excluídas em virtude de não ter sido encontrado na literatura questões que pudessem diferenciar este conceito do conceito “Expressa alienação” presente nas características definidoras da NANDA-I. Desta forma, optou-se por assumir esse fenômeno apenas como indicador clínico.

O fator causal “Privação sociocultural” foi excluído desta pesquisa pois é definido como um fenômeno que ocorre quando alguém é impedido a aceder às instituições educativas ou entra no sistema escolar com conhecimentos, capacidades e atitudes que impedem a aprendizagem e contribuem para a formação de um défice cumulativo. Esse fenômeno gera uma série de consequências na vida adulta e pode conduzir à redução das possibilidades econômicas e sociais. Portanto, por ocorrer no processo educacional e ser um fator condicionante a consequências na vida adulta, há inviabilidade de avaliá-lo ao passo que esta pesquisa foi realizada com indivíduos adultos que estão fora do período de formação do sistema educacional escolar (Kramer, 1982; Cerqueira, 2019; Barbosa, Góis, 2020).

Embora a NANDA-I apresente o fator relacionado “Sintomas depressivos” como um único fator, a revisão de escopo mostrou que, quando separados, esses sintomas podem estar presentes no diagnóstico tanto como fatores causais quanto como indicadores clínicos, o mesmo ocorre para “Estressores”. Nesse sentido, realizou-se a avaliação de forma individualizada de cada um desses sintomas depressivos e estressores. Para fins deste estudo, foram considerados sintomas depressivos analisados como fatores causais para o diagnóstico: “Baixa autoestima” e “Expressa sentir-se inútil”, sendo o primeiro apresentado na NANDA-I como fator relacionado e o segundo como característica definidora. E como indicadores clínicos: “Fadiga”,

“Dissonias” e “Expressa perda da esperança”, que já são apresentados na NANDA-I como características definidoras do diagnóstico.

Em relação aos estressores, esse termo é definido originalmente como eventos ou estímulos que conduzem ao estresse (Margis *et al.*, 2003). Desta forma, o mesmo que ocorre com os sintomas depressivos foi considerado neste estudo, ou seja, há diversos estímulos já presentes como fatores causais que levam ao estresse, como: “Abuso de substâncias”, “Ansiedade”, “Conflito cultural”, “Dor”, “Medo”, “Perda da independência”, “Separação do sistema de apoio” e “Solidão”.

Para compor a avaliação dos fatores causais foram utilizadas questões construídas pela própria autora, assim como escalas já validadas. O fator causal “Ansiedade” foi investigado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS do Inglês *Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond; Snaith, 1983), traduzida e validada no Brasil por Botega *et al.* (1995). Essa escala possui 14 itens referentes a avaliação de depressão e ansiedade, no entanto para este estudo só foram utilizadas as perguntas relacionadas à avaliação de ansiedade.

A Escala de Barthel, validada no Brasil (Minosso *et al.*, 2010) e a Escala de Lawton (Santos; Virtuoso Junior; Sindra, 2008) foram utilizadas para identificar a “Perda da independência”. A presença do fator relacionado “Baixa autoestima” foi avaliada por meio da Escala de Rosenberg (1965) validada no Brasil (Dini *et al.*, 2004). Quanto à avaliação de “Dor”, foi utilizado o Inventário Breve de Dor (IBD), primeiramente desenvolvido em inglês (Cleeland; Ryan, 1994) e logo validada no Brasil para pacientes oncológicos (Ferreira *et al.*, 2011). A Escala Brasileira de Solidão UCLA-BR, adaptada e validada para o Brasil por Barroso *et al* (2016) foi utilizada na avaliação do fator relacionado “Solidão”.

As variáveis consideradas como indicadores clínicos nesta pesquisa estão dispostas no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 – Indicadores clínicos avaliados na pesquisa e Características definidoras da NANDA-I excluídas da avaliação.

(continua)

Código do indicador clínico	Variável investigada na pesquisa como indicador clínico do diagnóstico	Origem da variável
IC1	Capacidade de introspecção prejudicada	Característica definidora da NANDA-I
IC2	Expressa alienação	Característica definidora da NANDA-I
IC3	Questiona identidade	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC4	Questiona a própria dignidade	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo

(conclusão)

IC5	Expressa sensação de vazio	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC6	Expressa raiva	Característica definidora da NANDA-I
IC7	Comportamento de raiva	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC8	Culpa excessiva	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC9	Expressa arrependimento	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC10	Expressa necessidade de perdão	Característica definidora da NANDA-I
IC11	Expressa coragem insuficiente	Característica definidora da NANDA-I
IC12	Expressa perda de confiança	Característica definidora da NANDA-I
IC13	Expressa perda de esperança	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC14	Expressa preocupações sobre o futuro	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC15	Expressa perda de controle	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC16	Expressa perda da serenidade	Característica definidora da NANDA-I
IC17	Expressa preocupações sobre crenças	Característica definidora da NANDA-I
IC18	Incapacidade de vivenciar a transcendência	Característica definidora da NANDA-I
IC19	Expressa sentir-se abandonado por um poder maior que si próprio	Característica definidora da NANDA-I
IC20	Expressa raiva direcionada a um poder maior que si próprio	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC21	Percepção e perda de sentido da vida	Característica definidora da NANDA-I
IC22	Questiona o sentido da vida	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC23	Expressa perda da vontade de viver	Revisão de escopo
IC24	Expressa sofrimento	Característica definidora da NANDA-I
IC25	Questiona o sentido do sofrimento	Característica definidora da NANDA-I
IC26	Expressa não se sentir amado	Característica definidora da NANDA-I
IC27	Expressa preocupações sobre sistemas de valores	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC28	Expressa preocupações sobre a família	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC29	Expressão de criatividade diminuída	Característica definidora da NANDA-I
IC30	Desinteresse pela natureza	Característica definidora da NANDA-I
IC31	Choro	Característica definidora da NANDA-I
IC32	Dissonias	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
IC33	Fadiga	Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo
<b>Características definidoras presentes na NANDA-I excluídos da avaliação</b>		
Luto desadaptativo		Característica definidora da NANDA-I
Recusa-se interagir com os outros		Característica definidora da NANDA-I e revisão de escopo

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2023.

Foram excluídas da avaliação as características definidoras da NANDA-I “Luto desadaptativo” e “Recusa-se a interagir com os outros”. As características “Expressa sentir-se inútil” e “Medo” foram avaliadas como fatores causais do Sofrimento espiritual, além disso foi avaliado um indicador clínico encontrado na revisão de escopo realizada, sendo ele “Expressa perda da vontade de viver”.

O “Luto desadaptativo” é definido pela NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021) como um distúrbio que ocorre após a morte de uma pessoa significativa, assim optou-se por não o avaliar, visto que o alvo desta pesquisa é o próprio indivíduo e a investigação do diagnóstico de enfermagem relacionado ao seu processo de adoecimento. Quanto à característica “Recusa-se a interagir com os outros”, esta não foi avaliada, pois subentende-se que se o indivíduo apresenta esta característica não seria possível a interação entre entrevistador e entrevistado.

Com base nos resultados encontrados na revisão de escopo e nas leituras acerca da temática, acrescentou-se o indicador clínico “Expressa perda da vontade de viver”, assim como as características definidoras da NANDA-I “Medo” e “Expressa sentir-se inútil” foram consideradas como fatores causais do diagnóstico, conforme explicado e justificado nos tópicos referentes a cada fator causal do APÊNDICE C.

Na investigação dos indicadores clínicos, algumas escalas também serviram para auxiliar numa avaliação mais eficaz. Para investigação de “Dissonias”, foi aplicado o mini-questionário do sono (*Mini-Sleep Questionnaire*). Esse questionário foi originalmente desenvolvido por Zommer *et al.* (1985) para a triagem de distúrbios de sono e sua versão em português foi validada por Falavigna *et al.* (2011). Assim como o indicador clínico “Fadiga” foi avaliado por meio do Pictograma de Fadiga, adaptado para o uso no Brasil por Mota, Pimenta e Fitch (2009).

#### **4.4.3 Treinamento da equipe e Coleta de dados**

Os dados da pesquisa foram coletados por uma equipe composta pela pesquisadora principal junto a sete estudantes entre o terceiro e o nono período do curso de graduação em Enfermagem. Desses, três estudantes da UFC coletaram no Campo 1 de pesquisa e quatro estudantes da Universidade Regional do Cariri (URCA), localizada no município de Crato, coletaram os dados referentes ao Campo 2.

Os estudantes da equipe passaram por um treinamento prévio ministrado pela pesquisadora principal, no sentido de padronizar a coleta e evitar vieses durante as avaliações,

totalizando 20 horas teóricas e oito horas práticas. A etapa teórica ocorreu em cinco turnos, de forma remota, abordando os seguintes tópicos: O contexto do Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado; particularidades da população (adultos com câncer metastático); o diagnóstico de Enfermagem Sofrimento espiritual da NANDA-I e seus componentes; Protocolos Operacionais Padrão para identificação dos fatores causais e indicadores clínicos do Sofrimento espiritual: mecanismo de ação, definições conceituais e operacionais dos componentes do diagnóstico Sofrimento espiritual.

Após discutir e sanar dúvidas sobre as questões teóricas que envolviam a pesquisa, o material foi entregue aos estudantes primeiramente para a realização de um estudo individual dos instrumentos e cada um de seus itens. Após esse estudo, a pesquisadora realizou uma leitura em conjunto (de forma online) para retirar qualquer dúvida remanescente sobre a aplicação dos instrumentos.

A partir disto, os estudantes junto à pesquisadora foram a campo com o objetivo de realizar um estudo piloto (prática do treinamento) para verificar a adequação dos procedimentos, materiais e métodos propostos (Mackey; Gass, 2005), assim como verificar o desempenho dos estudantes e identificar barreiras e dificuldades que estes pudessem encontrar durante a coleta de dados, sendo possível criar estratégias para adequar a coleta à realidade encontrada.

O estudo piloto ocorreu na primeira semana de coleta com 9 participantes no Campo 1 e 12 participantes no Campo 2. Esses indivíduos foram incluídos na amostra, visto que as alterações realizadas no instrumento foram apenas de estrutura e formatação para que ficassem mais adequados visualmente para os estudantes coletadores. Posterior à realização do estudo piloto, a pesquisadora não compareceu mais a campo para coletar dados, ficando a coleta sob cargo dos estudantes treinados.

No Campo 1, por motivos de exigências da instituição, os estudantes coletadores só tinham acesso aos prontuários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Nesse sentido, no dia da coleta, os estudantes se informavam com o/a enfermeiro/a do posto de enfermagem da Oncologia quais pacientes presentes apresentavam metástase de acordo com o sistema de prontuário informatizado, o qual os profissionais tinham livre acesso. Com essa informação, os estudantes se direcionavam aos pacientes e realizavam a coleta com aqueles que aceitavam. Somente após isso, eram coletadas as informações de prontuário no sistema informatizado da instituição.

Já no Campo 2, os coletadores inicialmente se direcionavam aos prontuários informatizados, buscavam os pacientes que estariam presentes para consultas, imunoterapia,

quimioterapia e radioterapia em cada dia, coletavam as informações clínicas e construíam um cronograma de datas para coleta de acordo com a disposição dos pacientes em dia e hora. Assim, procuravam o paciente no setor, data e horário marcados e realizavam a coleta com aqueles que aceitassem participar da pesquisa.

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Os dados foram compilados e organizados em planilha no software Excel (2010) para consolidação das informações referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, fatores causais e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

A presença ou ausência dos fatores causais e dos indicadores clínicos foram determinadas pela pesquisadora a partir da consulta aos protocolos das definições conceituais e operacionais. A análise estatística foi realizada através do *software* estatístico R versão 4.2.0. A análise dos dados descritiva está apresentada por meio das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foi adotado um intervalo de confiança de 95% para as proporções e variáveis categóricas.

Uma análise Rasch foi desenvolvida para identificar um conjunto de indicadores clínicos que representa uma medida adequada para inferência do diagnóstico Sofrimento espiritual. Para esta análise, os seguintes conceitos do modelo Rasch foram adaptados para sua adequada aplicação aos métodos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem utilizando as definições de Castro *et al.* (2021):

- a) A habilidade da pessoa foi definida como a susceptibilidade da pessoa ao indicador clínico, ou seja, sua capacidade de maior ou menor resistência ao desenvolvimento de determinados sinais clínicos.
- b) A dificuldade do item (indicador clínico) foi definida como o espectro clínico do indicador, ou seja, quanto mais baixo seu valor, maior a sensibilidade do indicador e mais frequentemente será identificado no grupo de pacientes. Por outro lado, quanto maior seu valor, maior sua especificidade para o constructo em questão.
- c) As curvas características dos itens (indicadores clínicos) mostram a probabilidade de se apresentar o diagnóstico de enfermagem (constructo de interesse) como função da susceptibilidade da pessoa aos indicadores, de modo

que, nestes gráficos, quanto mais à esquerda estiver a curva de um indicador maior será sua sensibilidade ao diagnóstico e quanto mais à direita maior será sua especificidade.

Inicialmente, foi efetuada uma análise de ajuste por pessoa. Nessa análise foi possível excluir aqueles participantes que apresentavam estatísticas *t infit* ou *outfit* fora do intervalo entre -2 e +2 até que a proporção de sujeitos que excediam um Qui-quadrado baseado no valor da estatística Z de 1,96 fosse nula, sugerindo ausência de desvio significante dos padrões de respostas preditas. Após isto, o teste de Qui-quadrado foi aplicado para todos os indicadores clínicos, utilizando o método de entrada *stepwise*, com o intuito de identificar itens que não apresentavam bom ajuste ao modelo Rasch, considerando-se também as estatísticas *t infit* ou *outfit* fora do intervalo entre -2 e +2 para exclusão dos itens. Os itens que apresentaram mau ajuste ao modelo Rasch, dependência local e/ou multidimensionalidade de acordo com os testes não paramétricos propostos por Ponocny (2001) (Teste T1, Teste T1m e Teste T11) foram sequencialmente removidos do modelo.

Após a eliminação de itens e participantes na etapa anterior, o modelo Rasch final foi ajustado apresentando as estimativas dos valores de dificuldade dos itens (espectro clínico dos indicadores) com seus respectivos erros padrão. Para verificação da bondade do ajuste foram aplicados os testes de desvio colapsado Hosmer-Lemeshow, Desvio Rost e Desvio Casewise. O teste de Andersen foi aplicado para verificar a necessidade de exclusão de itens devido à funcionamento diferencial.

As medidas de acurácia do modelo são apresentadas incluindo a eficiência (percentual de identificação correta quanto a presença ou ausência do diagnóstico), sensibilidade (capacidade de identificar pessoas com o diagnóstico), especificidade (capacidade de excluir pessoas sem o diagnóstico) e curva ROC que se refere a média entre sensibilidade e especificidade, coeficiente Gini que corresponde a uma medida de separabilidade entre pessoas com e sem o diagnóstico, de modo que quanto mais próximo de um, maior será frequência de pessoas com o diagnóstico que apresentam aquele conjunto de indicadores.

A unidimensionalidade do modelo foi verificada por análise paralela modificada a partir do procedimento proposto por Drasgow e Lissak (1983), no qual se utiliza o segundo autovalor da matriz de correlações tetracóricas dos itens dicotômicos. Uma simulação de Monte Carlo foi usada para aproximar a distribuição desta estatística sob a hipótese nula de igualdade entre o segundo autovalor observado e a média dos segundos autovalores simulados. Para uma melhor visualização dos resultados da análise Rasch são apresentados os gráficos das curvas

características dos itens e das curvas de informação dos itens, além do Mapa de Bond-Fox para ajuste dos itens.

Após todas as análises demonstrarem a adequação dos indicadores clínicos ao modelo Rasch, este conjunto final de itens foi submetido a uma Análise de Classe Latente (ACL) para mensurar as medidas de acurácia diagnóstica destes indicadores clínicos. Utilizou-se um modelo de duas classes latentes para o cálculo dos valores de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95%, bem como para a obtenção de uma estimativa da prevalência de cada diagnóstico. Probabilidades posteriores foram calculadas a partir de cada modelo de ACL ajustado.

Por fim, a inferência diagnóstica baseada nas probabilidades posteriores obtidas a partir da ACL foi utilizada como variável dependente na análise de regressão logística univariada para cada fator causal investigado. Posteriormente, uma análise de regressão logística múltipla, com método de entrada *stepwise* para cada fator causal e variável sócio-demográfica com valores *p* inferiores a 0,2, foi efetuada com o intuito de identificar um modelo multivariado causal. Além disso, são apresentados os valores de quatro coeficientes de determinação (*R*<sup>2</sup>): McFadden, Nagelkerke, Tjur e Cox & Snell. Para todos, quanto maior seu valor, maior é o percentual de explicação da ocorrência do diagnóstico com base nos fatores etiológicos do modelo. Medidas de *Odds Ratio* com os respectivos intervalos de confiança são apresentadas tanto para os modelos univariados quanto para o modelo multivariado.

#### **4.6 Princípios éticos e legais da pesquisa**

Foram atendidos todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aborda as pesquisas incorporando sob a percepção do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia, e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC, via plataforma Brasil, obtendo aceite sob o parecer consubstanciado nº 6.003.643 e CAAE nº 68400823.0.0000.5054, conforme ANEXO B. Além disso, foi submetido às instituições em que a pesquisa foi realizada para apreciação e assinatura da Carta de Anuência (APÊNDICE D) e do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE E).

Aos participantes foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) informando e esclarecendo o objetivo da pesquisa de maneira em que ele pudesse tomar sua decisão de forma voluntária, sendo garantido anonimato sobre a sua participação na pesquisa. A pesquisa ofereceu um risco de constrangimento por abordar questões relacionadas ao histórico de doença, tratamento oncológico e questões emocionais e espirituais. Para reduzir esses riscos, a entrevista foi realizada, quando possível, em um local afastado das demais pessoas e foi informado aos participantes que caso não se sentissem confortáveis para responder as questões ou mesmo durante a realização da entrevista era possível retirar-se a qualquer momento, sem gerar ônus para estes. Os entrevistados foram informados que sua participação não traria nenhum benefício financeiro direto.

## 5 RESULTADOS

Este estudo pretendeu, primariamente, analisar os fatores causais do diagnóstico de Enfermagem Sofrimento espiritual presente na taxonomia NANDA-I (edição 2021-2023). Para isso foram investigados 219 indivíduos com câncer metastático em dois centros de tratamento oncológico do estado do Ceará. Os resultados dessa investigação serão aqui apresentados em tabelas e gráficos, dispondo inicialmente de uma caracterização sociodemográfica e clínica, seguida da análise dos indicadores clínicos (ajustes do modelo Rasch e medidas de acurácia do modelo para os indicadores clínicos, medidas de acurácia com base no modelo de classe latente e prevalência do diagnóstico na população) e análise dos fatores causais (prevalência e modelos de regressão logística univariada e multivariada para os fatores etiológicos do Sofrimento espiritual).

### 5.1 Caracterização dos participantes

A tabela 1 a seguir apresenta a análise descritiva das variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica (sexo, local que passa maior parte do tempo, centro de tratamento de origem, idade, número de membros na família e renda familiar em salários-mínimos) e à caracterização clínica (tratamento que está sendo realizado atualmente, tempo em meses desde o diagnóstico inicial e tempo em meses desde a descoberta da metástase).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica de adultos com câncer metastático. Fortaleza – 2024

(continua)

Variáveis	n	%	% acumulada
1. Sexo			
Feminino	132	60,27	60,27
Masculino	87	39,73	100
2. Local em que passa maior parte do tempo			
Própria casa	192	87,67	87,67
Casa de familiares ou amigos	21	9,59	97,26
Casa de apoio	4	1,83	99,09
Hospital	2	0,91	100
3. Tratamento realizado			
Quimioterapia	152	69,41	69,41
Hormonoterapia	28	12,79	82,20
Tratamento paliativo sem especificação	15	6,85	89,05
Radioterapia	9	4,11	93,16
Imunoterapia	5	2,28	95,44
Quimioterapia e radioterapia associadas	2	0,91	96,35
Sem resposta	8	3,65	100
4. Centro de tratamento de origem			
Campo 1	92	42%	42%

(conclusão)

Campo 2	Variáveis	Mediana	Média	DP	CV	IQR	SW	100%
5. Idade	60,0	58,89	13,5	0,23	20,0	0,98	0,017	
6. Nº de membros na família	3,0	3,34	1,6	0,48	2,0	0,89	<0,001	
7. Renda familiar em nº de salários	2,0	1,82	1,1	0,57	1,0	0,76	<0,001	
8. Tempo em meses desde o diagnóstico inicial de câncer	32,0	48,30	42,4	0,88	51,0	0,87	<0,001	
9. Tempo em meses desde o diagnóstico da metástase	20,0	28,34	28,0	0,99	26,7	0,81	<0,001	
10. Tempo em meses entre o diagnóstico inicial e o diagnóstico de metástase	2,0	19,98	34,3	1,72	23,0	0,64	<0,001	

N=219; DP – desvio padrão; CV – coeficiente de variação; IQR – intervalo interquartil; SW – teste de Shapiro-Wilk.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024.

A maioria dos adultos com câncer metastático investigados era do sexo feminino (60,27%, n=132), com mediana de idade de 60 anos (IQR=20). Quanto ao local em que passam a maior parte do tempo, a maioria relatou ser na própria casa (87,67%, n=192), no entanto 21 (9,59%) participantes relataram estar em casas de familiares ou amigos, os demais relataram ficar em casas de apoio (1,83%) ou internados na instituição hospitalar (0,91%). A mediana de membros na família foi três (IQR=2) e a mediana da renda familiar total foi dois salários-mínimos (IQR=1).

Dos indivíduos investigados, a maioria (58%, n=127) era proveniente do Campo 2 de coleta (Cariri cearense). Do total, 69,41% (n=152) estavam em tratamento quimioterápico, 12,79% (n=28) em uso de hormonioterapia e os demais em tratamento paliativo sem especificação (6,85%), radioterapia (4,11%), imunoterapia (2,28%) e quimioterapia e radioterapia associados (0,91%); não foi possível identificar nos prontuários o tipo de tratamento de oito indivíduos. Quanto ao tempo desde o diagnóstico inicial de câncer até a data da coleta de dados, a mediana foi de 32 meses (IQR=51), já em relação ao tempo desde o diagnóstico confirmado de metástase, a mediana foi de 20 meses (IQR=26,7). Ressalta-se que a avaliação desse tempo foi feita com base na data do primeiro registro de confirmação da presença da neoplasia no prontuário do paciente, assim como para o tempo de metástase. Em algumas situações, a confirmação da neoplasia ocorria na mesma data da confirmação da metástase, portanto sendo esse tempo de zero meses. Desta forma, a mediana do tempo em meses entre o diagnóstico inicial e a confirmação da metástase foi de dois meses (IQR=23).

A tabela 2 a seguir traz informações coletadas por meio de escalas ou questões dos instrumentos que auxiliaram na interpretação e análise dos itens.

Tabela 2 – Variáveis complementares para a interpretação e análise dos itens. Fortaleza, 2024

Variáveis	n	%	% acumulada
1. Frequência de dor			
Às vezes	79	36,07	36,07
Sempre	76	34,70	70,77
Nunca	64	29,23	100
2. Prática espiritual alterada (para mais conectado ou menos conectado)			
Mais conectada espiritualmente	122	55,71	55,71
Menos conectada espiritualmente	20	9,13	64,84
Sem mudança quanto à conexão espiritual	77	35,16	100
Variáveis	Mediana	Média	DP
3. Escala Hospitalar de Ansiedade	5,0	6,34	4,7
4. Escala de Rosenberg	31,0	31,71	5,3
5. Escala de Barthel	100,0	88,49	16,8
6. Escala de Lawton	16,0	16,39	4,2
7. Mini-questionário do sono	30,0	31,40	11,3
			CV
			IQR
			SW
			Valor p

N=219; DP – desvio padrão; CV – coeficiente de variação; IQR – intervalo interquartil; SW – teste de Shapiro-Wilk.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024.

Para avaliação da dor, uma das variáveis identificadas foi a sua frequência, independente do uso de medicamento para seu alívio, ou seja, foi questionado se o indivíduo sentia dor mesmo com o uso de analgésicos. A partir disso, identificou-se que 36,07% (n=79) dos participantes relataram sentir dor somente às vezes, um quantitativo próximo (34,7%, n=76) de participantes relatou sentir dor sempre, enquanto os demais relatam não sentirem dor nunca (29,23%, n=64).

Sobre a prática espiritual dos participantes, foi questionado como estes se sentem em relação à conexão espiritual. Dos entrevistados, 122 indivíduos (55,71%) relataram se sentir mais conectados espiritualmente após seu diagnóstico e tratamento atual, enquanto somente 25 indivíduos (11,41%) disseram se sentir menos conectados espiritualmente, os demais relataram não notar nenhuma mudança.

Em relação às escalas utilizadas no auxílio da identificação dos itens estudados, a mediana de respostas da Escala Hospitalar de Ansiedade (HAD) foi 5 pontos (IQR=8), representando um indivíduo sem ansiedade, e a escala de Rosenberg (avaliação de baixa autoestima) apresentou uma mediana de 31 pontos (IQR=7), ou seja, ausência de baixa autoestima. Para a avaliação do nível de independência, foram utilizadas duas escalas, a escala de Barthel (para avaliação das atividades básicas de vida diária – ABVD) e a escala de Lawton (para avaliação das atividades instrumentais de vida diária – AIVD). A mediana da pontuação da escala de Barthel foi de 100 pontos (IQR=20), representando independência para as ABVD.

Já a escala de Lawton teve uma mediana de 16 pontos (IQR=7), que representa uma dependência parcial de AIVD.

Por fim, a presença de alterações no sono (dissonias) foi avaliada pelo mini-questionário do sono que, segundo as análises, apresentou uma mediana de 30 pontos (IQR=18) e média de 31,40 pontos (DP=11,3), representando um sono moderadamente e muito alterado respectivamente.

## 5.2 Análise dos indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento espiritual

Para as análises, inicialmente identificou-se na amostra a prevalência de cada um dos indicadores clínicos. Esses dados estão apresentados na tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Indicadores clínicos do diagnóstico Sofrimento espiritual identificados em adultos com câncer metastático. Fortaleza – 2024.

(continua)

Indicador clínicos	n	%
Dissonias	127	58,26
Expressa preocupações sobre a família	113	51,60
Expressa preocupações sobre o futuro	110	50,23
Expressa necessidade de perdão	94	42,92
Expressa sofrimento	73	33,33
Choro	67	30,73
Fadiga	66	30,28
Expressa sensação de vazio	63	28,77
Questiona o sentido do sofrimento	58	26,48
Expressão de criatividade diminuída	52	23,74
Expressa perda de controle	44	20,10
Expressa arrependimento	43	19,64
Expressa perda da serenidade	42	19,18
Expressa raiva	40	18,27
Questiona o sentido da vida	40	18,27
Expressa preocupações sobre sistemas de valores	40	18,27
Questiona a identidade	38	17,35
Comportamento de raiva	37	16,90
Questiona a própria dignidade	35	15,98
Culpa excessiva	27	12,33
Desinteresse na natureza	23	10,50
Expressa perda de esperança	18	8,22
Expressa preocupações sobre crenças	16	7,31
Expressa coragem insuficiente	16	7,31
Incapacidade de vivenciar a transcendência	13	5,94
Expressa sentir-se abandonado por um poder maior que si próprio	11	5,02
Expressa perda de confiança	10	4,57
Expressa alienação	9	4,11
Capacidade de introspecção prejudicada	8	3,65
Expressa raiva direcionada a um poder maior que si próprio	8	3,65
Expressa perda da vontade de viver	8	3,65

		(conclusão)
Percepção de perda de sentido da vida	6	2,74
Expressa não se sentir amado	6	2,74

N=219

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024.

De acordo com a tabela 3, todos os indicadores clínicos incluídos na pesquisa estiveram presentes na população em estudo. Alguns destes apresentaram uma maior prevalência, como: “Dissonias” (58,26%); “Expressa preocupações sobre a família” (51,6%); “Expressa preocupações sobre o futuro” (50,23%); “Expressa necessidade de perdão” (42,92%); “Expressa sofrimento” (33,33%); “Choro” (30,73%); e “Fadiga” (30,28%). Já os indicadores que apresentaram prevalências mais baixas foram: “Expressa perda de confiança” (4,54%); “Expressa alienação” (4,11%); “Capacidade de introspecção prejudicada” (3,65%); “Expressa raiva direcionada a um poder maior que si próprio” (3,65%); “Expressa perda da vontade de viver” (3,65%); “Percepção e perda de sentido da vida” (2,74%); e “Expressa não se sentir amado” (2,74%).

Ressalta-se que embora os indicadores clínicos “Expressa raiva” e “Comportamento de raiva” pareçam sinônimos, foram avaliados como indicadores diferentes. “Expressa raiva” foi considerado quando o indivíduo relatava sentir raiva, independente de demonstrá-la ou não, podendo, inclusive, reprimir esse sentimento, enquanto o “Comportamento de raiva” foi considerado quando o indivíduo relatava demonstrar sua raiva por meio de comportamentos que permitissem aos outros a identificação da presença desse sentimento.

Para a avaliação dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual foi desenvolvida, inicialmente, uma análise Rasch com o fito de identificar um conjunto de indicadores clínicos que representasse uma medida adequada para a inferência do diagnóstico na população estudada. A tabela 4 apresenta as estimativas dos valores de dificuldade dos itens (indicadores clínicos) analisados com seus respectivos erros padrão.

Tabela 4 – Modelo Rasch com estatísticas dificuldade dos indicadores clínicos, discriminação, acurácia e medidas de ajuste dos itens após a eliminação *stepwise* e itens que geravam dependência local e/o multidimensionalidade

Indicadores clínicos analisados	Dificuldade	EP	IC95%		Escore z	$\chi^2$	gl	Valor p	Outfit t	Infit t	Discriminação											
Questiona a própria dignidade	1,84	0,25	1,36	2,33	7,48	173,8	156	0,156	0,59	0,21	0,16											
Culpa excessiva	2,24	0,29	1,68	2,80	7,80	131,0	156	0,928	-0,60	-0,77	0,31											
Expressa preocupações sobre o futuro	-0,10	0,16	-0,40	0,21	-0,62	151,3	156	0,592	-0,25	0,43	0,05											
Expressa perda de controle	1,73	0,24	1,27	2,19	7,33	153,7	156	0,536	-0,06	0,62	0,15											
Expressa perda da serenidade	1,66	0,23	1,21	2,11	7,22	132,5	156	0,913	-0,89	-0,83	0,36											
Expressa sofrimento	0,81	0,17	0,47	1,15	4,65	142,7	156	0,770	-0,88	-0,89	0,36											
Expressa preocupações sobre sistemas de valores	1,66	0,23	1,21	2,11	7,22	134,4	156	0,893	-0,82	-0,98	0,39											
Choro	0,93	0,18	0,58	1,28	5,18	134,5	156	0,892	-1,36	-0,68	0,31											
Discriminação Global	1,14	0,12	0,91	1,38	9,50																	
Testes de ajuste	Valor	gl	Valor p		Medidas de acurácia				Coeficientes													
Desvio colapsado:	60,0	56	0,332		Eficiência: 0,761				$R^2$ de Pearson: 0,289													
Hosmer-Lemeshow:	13,1	8	0,109		Sensibilidade: 0,474				$R^2$ da soma de quadrados: 0,288													
Desvio Rost:	171,6	248	1,000		Especificidade: 0,891				$R^2$ de McFadden: 0,328													
Desvio Casewise:	1173,9	1242	0,916		Área sob a curva ROC: 0,820																	
Teste de Andersen	1,64	7	0,977		Coeficiente Gini: 0,640																	
Teste T1 para dependência local:	No. de pares de itens com unicaudal <0,01: nenhum																					
Teste T1m para multidimensionalidade:	No. de pares de itens com unicaudal <0,01: nenhum																					
Teste de Martin-Loef:	$\chi^2$ : 9,08			gl: 14			Valor p = 0,826															
Teste T11 para análise dependência local:	Valor p = 0,310																					
Porcentagem de pessoas com ajuste inadequado: 0%	(0 de 157 pessoas tem z > 1,96)																					

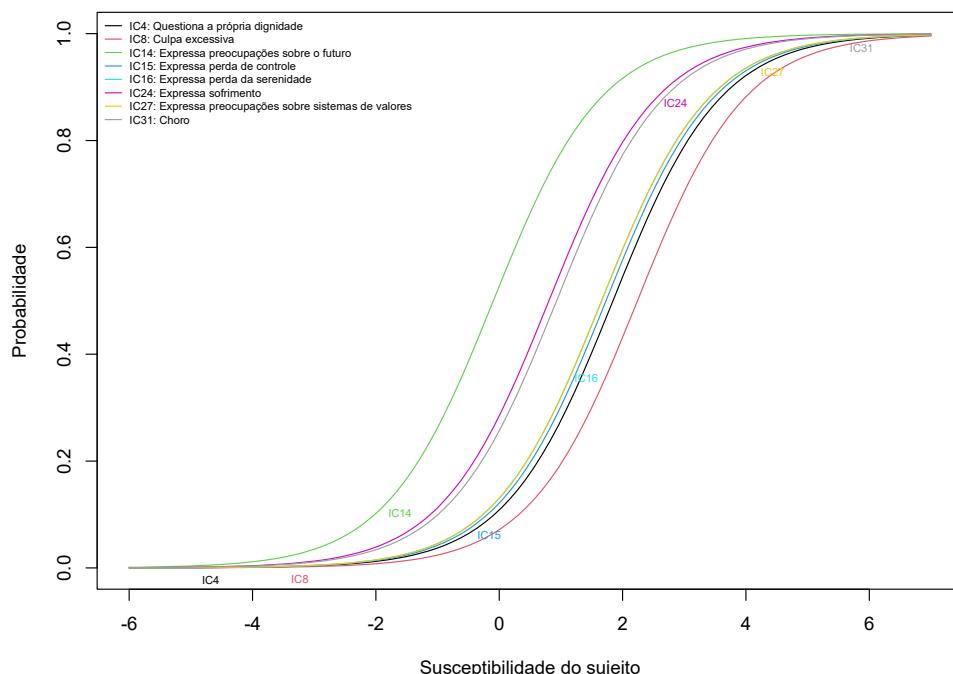
EP – erro padrão.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

Os valores de dificuldade representam o espectro clínico dos indicadores. Quanto maior esse valor, menor a sua frequência na população e maior a sua especificidade. Desta forma, o conjunto de indicadores clínicos (e a estimativa do valor de dificuldade do item – di) que melhor representa a presença do Sofrimento espiritual de acordo com o modelo utilizado é: “Questiona a própria dignidade” (di=1,84); “Culpa excessiva” (di=2,24); “Expressa preocupações sobre o futuro” (di= -0,10); “Expressa perda de controle” (di=1,73); “Expressa perda da serenidade” (di=1,66); “Expressa sofrimento” (di=0,81); “Expressa preocupações sobre sistema de valores” (di=1,66); e “Choro” (di=0,93).

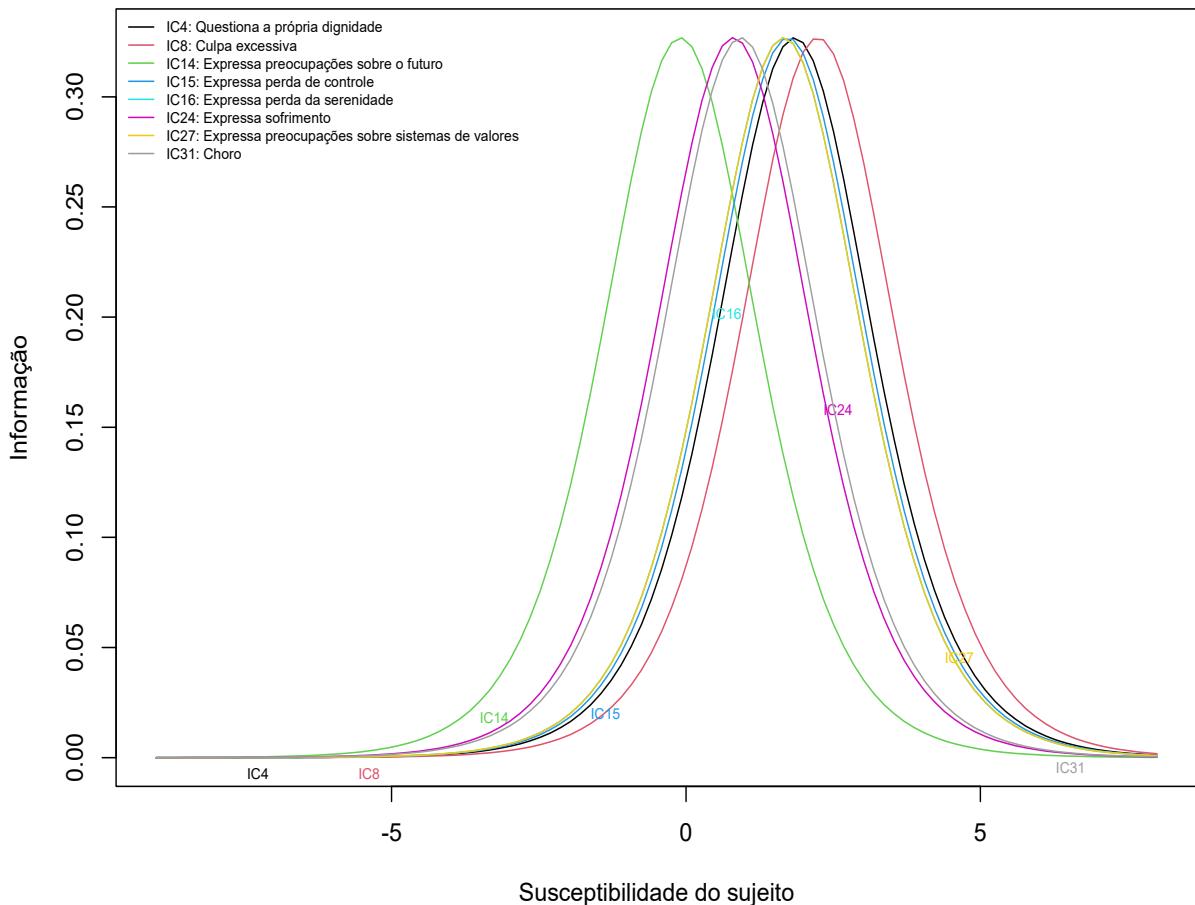
Diante dos valores das medidas de acurácia do modelo apresentado na tabela 4, observa-se que o conjunto de indicadores clínicos apresenta um percentual de 76% de identificação correta do diagnóstico (eficiência=0,761), convergindo entre si mais para especificidade ( $Sp=0,89$ ), ou seja, capacidade de excluir indivíduos sem o diagnóstico, do que para sensibilidade ( $Se=0,47$ ) ou capacidade de identificar pessoas com o diagnóstico. Essas relações podem ser visualizadas nos gráficos das curvas características dos itens (Gráfico 1) e das curvas de informação dos itens (Gráfico 2) que mostram indicadores com maior sensibilidade mais à esquerda e maior especificidade à direita.

Gráfico 1 – Curvas das características dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual



Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

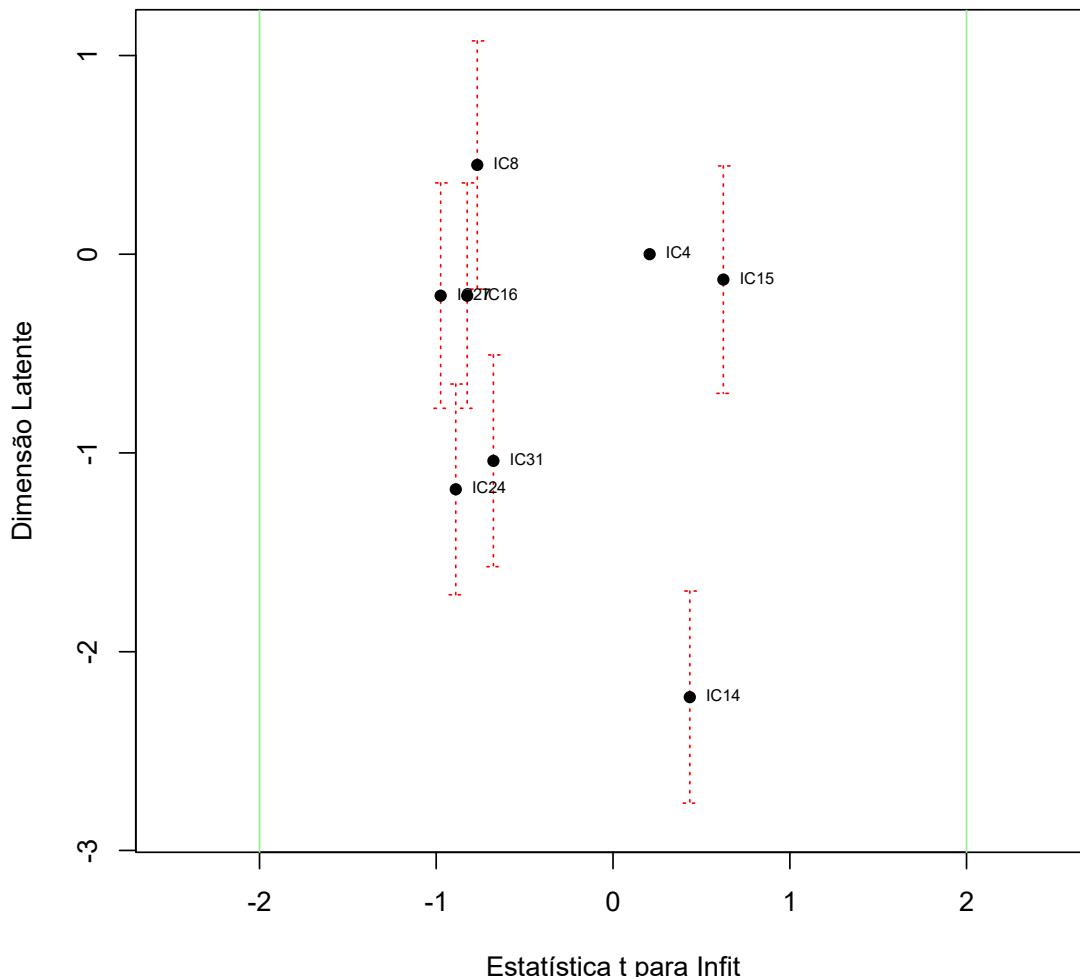
Gráfico 2 – Curvas de informação dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual.



Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

O gráfico 3 apresenta o Mapa de Bond-Fox para o ajuste dos indicadores clínicos do modelo Rasch a partir do teste de Wald calculado para cada um desses indicadores, assim como as Estatísticas T Infit e Outfit dentro do intervalo de -2 e +2, representando um bom ajuste do modelo.

Gráfico 3 – Mapa de Bond-Fox para ajuste de itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Sofrimento espiritual.



Abreviações: IC4 – questiona a própria dignidade; IC8 – culpa excessiva; IC14 – expressa preocupações sobre o futuro; IC15 – expressa perda de controle; IC16 – expressa perda da serenidade; IC24 – expressa sofrimento; IC27 – expressa preocupações sobre sistemas de valores; IC31 – choro.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

A tabela 5 a seguir apresenta as medidas de frequência dos indicadores clínicos (itens analisados e ajustados) e a confiabilidade do modelo Rasch ajustado de acordo com o valor do Alpha de Cronbach para o modelo com todos os itens e para o modelo com a exclusão de cada indicador clínico.

Tabela 5 – Medidas de frequência dos itens e confiabilidade do modelo Rasch ajustado.

Itens	% Incluído	Correlações ponto bisseriais		$\alpha$ Excluindo: Excluído	No. de itens	n
		Incluído	Excluído			
Questiona a própria dignidade	0,15	0,411	0,210	0,59	0	46
Culpa excessiva	0,11	0,432	0,263	0,57	1	53
Expressa preocupações sobre o futuro	0,52	0,574	0,319	0,56	2	34
Expressa perda de controle	0,17	0,405	0,195	0,59	3	35
Expressa perda da serenidade	0,18	0,521	0,324	0,56	4	19
Expressa sofrimento	0,33	0,608	0,381	0,53	5	9
Expressa preocupações sobre sistemas de valores	0,18	0,529	0,333	0,55	6	4
Choro	0,30	0,580	0,351	0,55	7	3

$\alpha$  global: 0,60 (0,49 - 0,67)

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

De acordo com os dados da tabela 5, é possível identificar a prevalência de cada um dos indicadores clínicos dentro do modelo. Os indicadores clínicos “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa sofrimento” e “Choro” se destacaram por apresentarem as mais altas prevalências entre os indivíduos incluídos no ajuste do modelo, com valores de 52%, 33% e 30% respectivamente. Os demais indicadores apresentaram prevalências próximas entre si, assim “Expressa perda da serenidade” e “Expressa preocupações sobre sistemas de valores” tiveram um percentual de 18% cada; 17% dos indivíduos apresentaram “Expressa perda de controle”; 15% “Questiona a própria dignidade”; e 11% “Culpa excessiva”.

Ainda de acordo com a tabela 5 é possível identificar a frequência de repetição dos números de itens do conjunto apresentado, de modo que três indivíduos apresentaram sete dos oito itens ajustados ao modelo, seguido de quatro indivíduos que apresentaram a combinação de seis itens, nove pessoas apresentaram um total de cinco itens, 19 apresentaram quatro itens combinados, 35 apresentaram três, 34 pessoas com expressão de dois itens, 53 apenas um e 46 indivíduos não apresentaram nenhum dos itens.

A tabela 6 a seguir mostra a análise de unidimensionalidade do modelo verificada por análise paralela modificada. O método de simulação de Monte Carlo identificou que os oito indicadores clínicos incluídos no modelo apresentam unidimensionalidade ( $p=0,158$ ), ou seja, representam o mesmo fenômeno, neste caso o diagnóstico Sofrimento espiritual.

Tabela 6 – Análise da Unidimensionalidade dos itens usando Análise paralela modificada

	<b>IC4</b>	<b>IC8</b>	<b>IC14</b>	<b>IC15</b>	<b>IC16</b>	<b>IC24</b>	<b>IC27</b>
<b>IC8</b>	0,255	1,000					
<b>IC14</b>	0,254	0,168	1,000				
<b>IC15</b>	0,065	0,371	0,361	1,000			
<b>IC16</b>	-0,041	0,193	0,394	0,436	1,000		
<b>IC24</b>	0,216	0,450	0,291	0,206	0,355	1,000	
<b>IC27</b>	0,429	0,273	0,297	-0,081	0,353	0,485	1,000
<b>IC31</b>	0,314	0,305	0,323	0,044	0,402	0,410	0,402

Abreviações: IC4 – questiona a própria dignidade; IC8 – culpa excessiva; IC14 – expressa preocupações sobre o futuro; IC15 – expressa perda de controle; IC16 – expressa perda da serenidade; IC24 – expressa sofrimento; IC27 – expressa preocupações sobre sistemas de valores; IC31 – choro. Segundo autovalor dos dados observados: 0,851 Média dos segundo autovalores nas amostras simuladas: 0,713

Valor p: 0,158

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

Após as análises mostrarem adequação dos indicadores clínicos ao modelo Rasch, o conjunto de indicadores foi submetido à análise de classe latente, sob a qual foi possível estimar medidas de acurácia (sensibilidade e especificidade) dos indicadores clínicos e a prevalência do Sofrimento espiritual na população estudada, essas medidas estão dispostas na tabela 7 a seguir.

Tabela 7 – Medidas de acurácia diagnóstica para cada indicador clínico obtidas com base em modelo de classe latente. Fortaleza, 2024

<b>Indicadores clínicos</b>	<b>Se</b>	<b>IC95%</b>	<b>Sp</b>	<b>IC95%</b>
Questiona a própria dignidade	0,3119	0,1887	0,4548	0,9090
Culpa excessiva	0,2662	0,1459	0,4110	0,9414
Expressa preocupações sobre o futuro	0,7813	0,6519	0,9360	0,6240
Expressa perda de controle	0,3422	0,2184	0,4843	0,8630
Expressa perda da serenidade	0,4460	0,3038	0,6284	0,9233
Expressa sofrimento	0,7020	0,5319	0,8845	0,8336
Expressa preocupações sobre sistemas de valores	0,4376	0,2828	0,6285	0,9328
Choro	0,5939	0,4480	0,7755	0,8244
<b>Prevalência: 31,16%</b>	<b>G<sup>2</sup>: 196,6</b>	<b>gl: 201</b>	<b>p = 0,575</b>	<b>Entropia: 0,62</b>

Se: sensibilidade; IC: intervalo de confiança; Sp: especificidade; G<sup>2</sup>: razão de verossimilhança; gl: graus de liberdade.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

De acordo com o modelo de classe latente, foi possível identificar que o Sofrimento espiritual esteve presente em 31,16% dos adultos com câncer metastático incluídos neste estudo. Além disso, o modelo permitiu fazer análises de acurácia diagnóstica de cada indicador clínico do conjunto, separadamente. Assim, ao observar de forma isolada, “Expressa preocupações sobre o futuro” caracterizou-se como um indicador sensível ( $Se=0,78$ ). Os demais indicadores apresentaram alta especificidade ( $Sp>0,80$ ) para a identificação do sofrimento espiritual, sendo eles: “Expressa sofrimento” ( $Sp=0,83$ ); “Questiona a própria dignidade” ( $Sp=0,90$ ); “Culpa excessiva” ( $Sp=0,94$ ); “Expressa perda de controle” ( $Sp=0,86$ ); “Expressa perda da serenidade” ( $Sp=0,92$ ); “Expressa preocupações sobre sistemas de valores” ( $Sp=0,93$ ); e “Choro” ( $Sp=0,82$ ).

A seguir, a tabela 8 apresenta as probabilidades posteriores superiores a 0,5 (50%) para identificar o diagnóstico Sofrimento espiritual a partir das diferentes combinações dos indicadores clínicos que compuseram a análise Rasch e o Modelo de Classe Latente.

Tabela 8 – Probabilidades posteriores superiores a 0,5 para a ocorrência o diagnóstico de Sofrimento espiritual (SE) com base nas diferentes combinações de indicadores clínicos que compuseram a estrutura final

(continua)

Conj.	Indicadores clínicos								n	Sofrimento espiritual	
	IC4	IC8	IC14	IC15	IC16	IC24	IC27	IC31		Pres.	Aus.
1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0,80	0,20
2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0,77	0,23
3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0,78	0,22
4	0	0	1	0	0	0	1	1	3	0,67	0,33
5	0	0	1	0	0	1	0	1	4	0,69	0,31
6	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0,77	0,23
7	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0,96	0,04
8	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0,64	0,36
9	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0,74	0,26
10	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0,95	0,05
11	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0,97	0,03
12	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1,00	0,00
13	0	0	1	1	0	1	0	0	5	0,51	0,49
14	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0,85	0,15
15	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0,91	0,09
16	0	0	1	1	1	1	0	1	2	0,99	0,01
17	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1,00	0,00
18	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0,68	0,32

(conclusão)

19	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0,51	0,49
20	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0,91	0,09
21	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0,52	0,48
22	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0,93	0,07
23	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0,95	0,05
24	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0,99	0,01
25	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1,00	0,00
26	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0,98	0,02
27	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1,00	0,00
28	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1,00	0,00
29	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0,60	0,40
30	1	0	0	0	0	1	0	1	2	0,63	0,37
31	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0,57	0,43
32	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0,91	0,09
33	1	0	1	0	0	1	1	0	2	0,94	0,06
34	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0,99	0,01
35	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0,93	0,07
36	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0,93	0,07
37	1	0	1	0	1	1	1	1	2	1,00	0,00
38	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0,81	0,19
39	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0,97	0,03
40	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1,00	0,00
41	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0,91	0,09
42	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0,99	0,01
43	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0,93	0,07
44	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1,00	0,00
45	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0,70	0,30
46	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1,00	0,00

Abreviações: IC4 – questiona a própria dignidade; IC8 – culpa excessiva; IC14 – expressa preocupações sobre o futuro; IC15 – expressa perda de controle; IC16 – expressa perda da serenidade; IC24 – expressa sofrimento; IC27 – expressa preocupações sobre sistemas de valores; IC31 – choro.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

Os dados apresentados na tabela 8 demonstram as probabilidades de um indivíduo com determinados indicadores clínicos apresentar ou não o diagnóstico Sofrimento espiritual. Foi possível encontrar 46 conjuntos de combinações entre os indicadores clínicos com probabilidades maiores que 0,5 de apresentar o diagnóstico em estudo. Dentre esses conjuntos, 27 indivíduos apresentaram a combinação de três indicadores clínicos, 21 expressaram quatro indicadores combinados, nove apresentaram cinco indicadores, cinco participantes apresentaram seis indicadores e mais cinco apresentaram sete.

A partir da análise de probabilidades posteriores, foi possível verificar que existe um conjunto de indicadores que eleva a probabilidade de o indivíduo apresentar Sofrimento

espiritual (probabilidade > 0,9), constituído por: “Expressa preocupações sobre o futuro”; “Expressa sofrimento”; “Choro”; “Expressa perda da serenidade”; e “Expressa preocupações sobre sistemas de valores”. Deste conjunto, destaca-se os indicadores “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa sofrimento” e “Choro” que estiveram presentes em todos os conjuntos com probabilidade igual a 1,0 para a ocorrência do diagnóstico.

### **5.3 Análise dos fatores causais para o diagnóstico Sofrimento espiritual**

A tabela 9 a seguir apresenta informações acerca das frequências absolutas e da prevalência dos fatores causais nos 219 indivíduos investigados.

Tabela 9 – Fatores causais do diagnóstico Sofrimento espiritual identificados em adultos com câncer metastático

Fatores causais	n	%
Dor	152	69,41
Prática espiritual alterada	142	64,84
Ansiedade	100	45,66
Perda da independência	95	43,38
Medo	67	30,59
Percepção de ter negócios inacabados	66	30,14
Expressa sentir-se inútil	56	25,57
Ritual religioso alterado	43	19,64
Conflito cultural	37	16,9
Barreira para vivenciar o amor	27	12,33
Abuso de substâncias	20	9,13
Solidão	13	5,94
Relações interpessoais inadequadas	11	5,02
Separação do sistema de apoio	11	5,02
Dificuldade para aceitar o diagnóstico	9	4,11
Controle ambiental inadequado	7	3,2
Dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento	7	3,2
Baixa autoestima	2	0,91
N=219		

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

Conforme exposto na tabela 9, todos os fatores causais investigados estiveram presentes na população em estudo. Destacam-se como aqueles com maior prevalência: “Dor” (69,41%, n=152); “Prática espiritual alterada” (64,84%, n=142); “Ansiedade” (45,66%, n=100); “Perda da independência” (43,38%, n=95); “Medo” (30,59%, n=67); “Percepção de ter negócios inacabados” (30,14%, n=66); e “Expressa sentir-se inútil” (25,57%, n=56). Observa-se também, que alguns fatores tiveram uma prevalência abaixo de 5%, sendo eles: “Dificuldade para aceitar o diagnóstico” (4,11%, n=9); “Controle ambiental inadequado”

(3,2%, n=7); “Dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento” (3,2%, n=7); e “Baixa autoestima” (0,91%, n=2).

Vale ressaltar que os (aqui considerados) fatores causais “Medo” e “Expressa sentir-se inútil”, estão descritos na lista de características definidoras do Sofrimento espiritual da NANDA-I (edição 2021-2023), assim como o fator causal “Dificuldade para aceitar o diagnóstico e o tratamento” foi acrescentado após revisão de escopo.

Para compreender o comportamento dos fatores causais quanto ao diagnóstico Sofrimento espiritual, após a análise de classe latente, a inferência diagnóstica baseada nas probabilidades posteriores foi utilizada como variável dependente numa análise de regressão logística univariada para cada fator causal investigado. As análises referentes às regressões estão dispostas na tabela 10, juntamente às medidas de *Odds Ratio* e seus respectivos intervalos de confiança.

Tabela 10 – Modelos univariados de regressão logística para fatores causais do Sofrimento espiritual. Fortaleza, 2024

FC	$\beta$	EP	OR	IC95%	z	$\chi^2$	gl	Valor p
FC1	-0,31	0,54	0,74	0,26	2,12	-0,57	0,32	1 0,570
FC2	1,00	0,30	2,72	1,50	4,93	3,31	10,94	1 <0,001
FC3	-14,76	1029,1	0,00	0,00	$\infty$	-0,01	0,00	1 0,989
FC4	1,76	0,441	5,84	2,46	13,84	4,00	16,04	1 <0,001
FC5	1,22	0,37	3,38	1,63	6,99	3,28	10,78	1 0,001
FC6	1,15	0,78	3,15	0,69	14,50	1,47	2,18	1 0,140
FC7	1,09	0,69	2,98	0,77	11,48	1,59	2,53	1 0,112
FC8	0,55	0,78	1,73	0,38	7,97	0,71	0,50	1 0,479
FC9	0,37	0,33	1,44	0,76	2,75	1,11	1,23	1 0,267
FC10	2,14	0,33	8,53	4,43	16,43	6,42	41,16	1 <0,001
FC11	1,55	0,32	4,72	2,53	8,82	4,87	23,73	1 <0,001
FC12	0,26	0,29	1,29	0,72	2,30	0,87	0,75	1 0,385
FC13	0,65	0,33	1,92	1,01	3,63	2,00	3,99	1 0,046
FC14	2,45	0,80	11,64	2,44	55,49	3,08	9,48	1 0,002
FC15	0,37	0,36	1,45	0,72	2,92	1,05	1,10	1 0,295
FC16	1,48	0,33	4,37	2,30	8,33	4,49	20,18	1 <0,001
FC17	1,91	0,69	6,73	1,73	26,26	2,75	7,55	1 0,006
FC18	2,69	0,78	14,73	3,17	68,55	3,43	11,76	1 <0,001

Abreviações: FC – fator causal; EP – erro padrão; OR – odds ratio; IC – intervalo de confiança; FC1 – abuso de substâncias; FC2 – ansiedade; FC3 – baixa autoestima; FC4 – barreira para vivenciar o amor; FC5 – conflito cultural; FC6 – controle ambiental inadequado; FC7 – dificuldade para aceitar o diagnóstico; FC8 – dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento; FC9 – dor; FC10 – medo; FC11 – percepção de ter negócios inacabados; FC12 – perda a independência; FC13 – prática espiritual alterada; FC14 – relações interpessoais inadequadas; FC15 – ritual religioso alterado; FC16 – expressa sentir-se inútil; FC17 – separação do sistema de apoio; FC18 – solidão.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

A partir das regressões logísticas univariadas apresentadas na tabela 10, destacam-se dez fatores causais que, isoladamente, apresentaram significância estatística na ocorrência do Sofrimento espiritual, sendo eles: “Ansiedade”, “Barreira para vivenciar o amor”, “Conflito cultural”, “Medo”, “Percepção de ter negócios inacabados”, “Prática espiritual alterada”, “Relações interpessoais inadequadas”, “Expressa sentir-se inútil”, “Separação do sistema de apoio” e “Solidão”.

Todos esses fatores causais listados apresentaram valores de *Odds Ratio* positivas, demonstrando um aumento da chance de desenvolvimento do diagnóstico quando esses estão presentes. Dentre eles, indivíduos com “Solidão” demonstraram ter 14 ( $OR=14,73$ ;  $IC= 3,17 - 68,55$ ) vezes mais chances de apresentar o diagnóstico em estudo quando comparados àqueles sem esse fator causal. Além deste, chama também atenção que pessoas investigadas apresentando “Relações interpessoais inadequadas”, “Medo”, “Separação do sistema de apoio” e “Barreira para vivenciar o amor” demonstraram ter, respectivamente, 11 ( $OR=11,64$ ;  $IC=2,44 - 55,49$ ), oito ( $OR=8,53$ ;  $IC=4,43 - 16,43$ ), seis ( $OR=6,73$ ;  $IC=1,73 - 26,26$ ) e cinco ( $OR=5,84$ ;  $IC=2,46 - 13,84$ ) vezes mais chances de apresentar o Sofrimento espiritual quando comparados aos que não apresentaram esses fatores causais.

Ademais, os fatores causais “Percepção de ter negócios inacabados” ( $OR=4,72$ ;  $IC=2,53 - 8,82$ ), “Expressa sentir-se inútil” ( $OR=4,37$ ;  $IC=2,30 - 8,33$ ), “Conflito cultural” ( $OR=3,38$ ;  $IC=1,63 - 6,99$ ), “Ansiedade” ( $OR=2,72$ ;  $IC=1,50 - 4,93$ ) e “Prática espiritual alterada” ( $OR=1,92$ ;  $IC=1,01 - 3,63$ ) quando presentes nos indivíduos investigados apresentaram maior chance de desenvolvimento de ter o Sofrimento espiritual como diagnóstico de enfermagem quando comparados aos que tinham esses fatores causais ausentes.

Após a análise univariada, uma análise de regressão logística múltipla foi realizada, incluindo os fatores causais e as variáveis sociodemográficas, com o intuito de identificar um modelo multivariado causal para o diagnóstico, ou seja, em que a associação do conjunto desses fatores aumenta as chances de ocorrência do Sofrimento espiritual na população estudada. Os valores referentes a essas análises estão dispostos na tabela 11 abaixo, assim como as medidas de *Odds Ratio* e seus respectivos intervalos de confiança.

Tabela 11 – Modelo multivariado de regressão logística para fatores causais e características sociodemográficas do Sofrimento espiritual

(continua)

Fator causal	$\beta$	EP	OR	IC95%	z	$\chi^2$	gl	Valor p	VIF	Tol.
Intercepto	-3,41	0,57	0,03	0,01	0,10	-5,99	35,83	1	<0,001	
Nº de membros na família	0,27	0,12	1,31	1,03	1,65	2,22	4,94	1	0,026	1,036 0,965
FC4	1,34	0,59	3,82	1,20	12,11	2,27	5,17	1	0,023	1,011 0,989
FC11	1,20	0,40	3,54	1,00	8,10	2,90	8,10	1	0,000	1,140 0,811 (conclusão)
FC14	3,15	0,92	23,36	3,85	141,57	3,43	11,75	1	<0,001	1,075 0,931
FC18	2,93	0,96	18,81	2,84	124,58	3,04	9,26	1	0,002	1,053 0,950
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup>: 0,49</b>		<b>McFadden R<sup>2</sup>: 0,34</b>		<b>Tjur R<sup>2</sup>: 0,40</b>		<b>Cox &amp; Snell R<sup>2</sup>: 0,35</b>				

Abreviações: EP – erro padrão; OR – odds ratio; IC – intervalo de confiança; FC4 – barreira para vivenciar o amor; FC10 – medo; FC11 – percepção de ter negócios inacabados; FC14 – relações interpessoais inadequadas; FC18 – solidão.

Fonte: dados da pesquisa. Fortaleza, Ce, Brasil. 2024

De acordo com a tabela 11, o conjunto de fatores que, de maneira associada, aumenta a ocorrência do Sofrimento espiritual é constituído por: número de membros na família (OR=1,31); “Barreira para vivenciar o amor” (OR=3,82); “Medo” (OR=5,78); “Percepção de ter negócios inacabados” (OR=3,54); “Relações interpessoais inadequadas” (OR=23,36); e “Solidão” (OR=18,81). Destaca-se que os coeficientes de determinação do fenômeno (Nagelkerke R<sup>2</sup>, McFadden R<sup>2</sup>, Tjur R<sup>2</sup> e Cox & Snell R<sup>2</sup>) apresentaram valores entre 0,34 (34%) e 0,49 (49%), demonstrando o percentual de explicação da ocorrência do diagnóstico com base no conjunto de fatores causais destacados no modelo.

## 6 DISCUSSÃO

Com o advir do diagnóstico de câncer, em especial da doença metastática, as pessoas se deparam com a possibilidade concreta da finitude da vida e esse processo vem acompanhado de emoções que envolvem diversos âmbitos, questões sociais, psicológicas e espirituais. Além disso, o indivíduo, agora paciente, precisa encarar uma nova realidade, com rotina de exames, constantes visitas a serviços de saúde e tratamentos agressivos.

Desta forma, o cuidado espiritual é um componente essencial na atenção a essas pessoas, pois aspectos espirituais influenciam na forma como eles vivenciam a doença até o final de vida. Assim, mesmo quando o sofrimento espiritual não está sendo considerado no contexto de diagnóstico de enfermagem, ainda é um importante fenômeno para os pacientes (Caldeira *et al.*, 2015; Bhatnagar *et al.*, 2017). Consequentemente, os enfermeiros devem ter a capacidade de identificar os sinais de Sofrimento espiritual, pois isso lhes permitirá reconhecer, avaliar, intervir e encaminhar esses pacientes de acordo com suas necessidades para os cuidados espirituais apropriados (Caldeira *et al.*, 2016; Bhatnagar *et al.*, 2017).

Os resultados deste estudo mostraram que o perfil investigado de adultos com câncer metastático foi, em sua maioria, composto por mulheres (60,27%), com mediana de 60 anos, sendo 58% do público investigado no interior do Ceará e 42% na capital cearense. Esses resultados são similares a outros estudos nacionais e internacionais realizados com adultos com câncer, como no estudo de Xavier *et al.* (2019) em que 58,90% da amostra era do sexo feminino e a faixa etária mais incidente foi de 60 a 69 anos (28,77%), seguida daquela entre 50 e 59 anos (20,55%). Não muito diferente, o estudo de Caldeira *et al.* (2017) teve como maioria dos participantes mulheres (68,8%) e a média de idade foi de 56,2 anos.

Conforme estudo de estimativas de incidência de câncer no Brasil para o triênio – 2023 a 2025 (Santos *et al.*, 2023), excluindo-se câncer de pele não melanoma, serão 483 mil novos casos de câncer até 2025, sendo 50,5% (244 mil novos casos) em mulheres e 49,5% (239 mil novos casos) em homens. Quanto às taxas mundiais, segundo a OMS (OPAS, 2022), a previsão de novos casos para 2050 é de mais de 35 milhões, apresentando um aumento de 77% em relação aos casos estimados para 2022. O aumento desses valores de forma tão rápida é consequência do crescimento e, principalmente, do envelhecimento populacional.

O câncer é uma doença que afeta principalmente idosos, destarte, com o aumento da proporção de idosos na população é esperado um maior número de casos da doença. Mais de 60% dos novos casos de câncer no Brasil ocorrem em pessoas acima de 60 anos de idade e

de todos os casos de câncer no mundo, cerca de 70% ocorrem após os 65 anos (Francisco *et al.*, 2020).

Os adultos com câncer investigados apresentaram uma média de 48,3 meses (cerca de quatro anos) desde a descoberta do câncer inicial até o mês da aplicação do instrumento de coleta, além disso apresentaram uma média de 28,34 meses (um pouco mais de dois anos) desde a descoberta da metástase. Faz-se importante ressaltar que o tempo foi estipulado em relação à data em que houve o primeiro registro do diagnóstico de câncer confirmado pela biopsia no prontuário, assim como a data do primeiro registro de metástase confirmada. Houve casos em que o diagnóstico de metástase foi confirmado junto ao diagnóstico de câncer primário, por este motivo, encontrou-se uma média de 19,98 meses entre o diagnóstico inicial e a metástase, no entanto a mediana desse tempo foi de dois meses, visto que em muitos casos o tempo entre um e outro foi zero.

No estudo de Silva *et al.* (2019), 36% dos participantes relataram ter descoberto o diagnóstico entre um e 12 meses antes das entrevistas, 50% tiveram conhecimento desta entre 13 meses e cinco anos atrás e 14% descobriram o câncer há mais de cinco anos. Caldeira *et al.* (2017) investigaram pessoas com câncer em quimioterapia e na sua amostra identificaram que 25,9% tinham metástase e a média entre o diagnóstico e a entrevista foi de 24 meses, com um tempo médio desde o início do tratamento de 15 meses. Estudo sobre a validade de uma escala de Sofrimento espiritual (Ku; Kuo; Yao, 2013) mostrou que a maioria (95,2%) dos 85 adultos com câncer investigada tinha entre zero e cinco anos desde o diagnóstico de câncer até a entrevista. Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) descobriram em seu estudo que aqueles idosos com câncer que tiveram conhecimento de seu diagnóstico há menos tempo (18,2 meses), ou cuja primeira sessão de quimioterapia ocorreu há menos tempo (9,5 meses) eram os mesmos idosos que apresentaram Sofrimento espiritual.

Pacientes oncológicos vivenciam um pico de Sofrimento espiritual após cerca de três meses do tratamento, mostrando ser esse um período crítico que exige uma abordagem atenta das necessidades espirituais destes pacientes. Desta forma, conhecer as trajetórias do Sofrimento espiritual durante um determinado período permite antecipar o planejamento de intervenções de enfermagem, com o objetivo de promover resultados de bem-estar espiritual nos pacientes com câncer metastático (Martins; Domingues; Caldeira, 2023). Levando em consideração que o Sofrimento espiritual pode ocorrer em decorrência, principalmente, da concretização da possibilidade de morte, a descoberta de um retorno da doença com metástase durante ou após ter sido submetido a um tratamento agressivo, ou mesmo a descoberta da

metástase junto ao diagnóstico de câncer inicial, podem desencadear um Sofrimento espiritual ainda mais profundo e acentuado.

Durante a progressão maligna do câncer, a disseminação de células para outros órgãos ocorre ainda em fase inicial, no entanto as manifestações clínicas das metástases geralmente levam anos para surgirem. Com a melhoria das estratégias de detecção precoce, controle local da doença e refinamento das terapias adjuvantes, a sobrevida em cinco anos de pessoas com metástases aumentou nos últimos tempos (Klein, 2020). O prognóstico de pessoas com metástases depende de diferentes fatores, como estadiamento do tumor durante o diagnóstico, tempo desde o diagnóstico até o início do tratamento, sítio da metástase, idade do indivíduo e presença de comorbidades (Estumano *et al.*, 2023).

O estudo de Estumano *et al.* (2023) mostrou que dos 678 prontuários de pacientes oncológicos analisados, 74,8% apresentaram metástase unifocal, 24% multifocal e 1,2% não tinham identificação. Quando realizada a busca dos pacientes acompanhados no período de 5 anos, 67% deles havia falecido e 33% permaneciam vivos, sendo que a mediana da sobrevida global dos pacientes foi de três meses. Já no estudo de Manhães, Guimarães e Carvalho (2021) que comparou a sobrevida de pacientes com metástase pulmonar e pleural submetidos à cirurgia, mostrou que a sobrevida global aos 30 meses (dois anos e meio) foi de 57,9%, sendo que pacientes com metástase pulmonar tiveram maior sobrevida em 30 meses quando comparados àqueles com metástase pleural (75% vs. 50%; p=0,017).

Estudo que buscou caracterizar a sobrevida global de mulheres com câncer de mama metastático tratadas com trastuzumabe (Gonçalves *et al.*, 2023) mostrou que a mediana da sobrevida foi de 43,63 meses (IC95% 33,92–53,34), sendo que a mediana da sobrevida global para a população já diagnosticada com doença metastática (estádio IV) foi significativamente menor do que para as pacientes diagnosticadas nos estádios I-III (37,43 meses vs. 48,6 meses, p<0,01).

Portanto, a média de tempo encontrada neste estudo desde o diagnóstico do câncer inicial (48,3 meses) e da metástase (28,34 meses) até a data da entrevista pode ter relação com a sobrevida destes pacientes que, apesar de variar em relação a diversos fatores e de ser possível encontrar indivíduos em tratamento de metástases há mais de 10 anos, a maioria dos estudos acima citados mostram uma sobrevida menor que cinco anos.

Nesta pesquisa, o tratamento que se destacou como principal foi o quimioterápico, em que 69,41% dos participantes estavam sob sua administração. No entanto, outros tratamentos estiveram presentes, como hormonioterapia, radioterapia e imunoterapia. A quimioterapia, assim como radioterapia, caracteriza-se por ser um dos principais e mais

utilizados tratamentos adjuvantes para câncer e, nos casos de metástases, os medicamentos quimioterápicos são importantes aliados por terem a capacidade de atingir células de maneira sistêmica (INCA, 2023). O estudo de Silva *et al.* (2019) identificou em uma amostra composta por 129 voluntários com câncer, que 55% realizavam quimioterapia e 44% realizavam radioterapia. Jesus *et al.* (2019) também identificaram em uma amostra de 110 pessoas com câncer, que 88 realizavam tratamento quimioterápico. Portanto, ao se realizar pesquisas com indivíduos com câncer sob algum tipo de tratamento, é comum que se encontre uma grande quantidade destes recebendo medicamentos quimioterápicos.

Faz-se importante destacar que em uma amostra de 219 indivíduos com câncer metastático, apenas 15 (6,85%) tinha registros de tratamento paliativo nos prontuários. Segundo a OMS (2017), cuidado paliativo é uma abordagem que previne e alivia o sofrimento, seja físico, psicossocial ou espiritual, de pessoas (adulto, adolescente, criança) e seus familiares quando enfrentam problemas inerentes a uma doença potencialmente fatal. Sendo assim, a ausência desse cuidado para pacientes com câncer metastático ou a sua prestação de forma reduzida pode trazer impactos importantes no enfrentamento, especialmente espiritual, à doença.

Em relação aos dados sociodemográficos, a mediana de membros da família que residiam na mesma casa dos indivíduos investigados foi de três membros e a renda familiar média foi de 1,82 salários-mínimos. Mendes *et al.* (2023) estudaram o bem-estar espiritual em pacientes sob cuidados paliativos e identificaram que a renda mensal média dos participantes da pesquisa foi de 1,5 salários-mínimos. Um outro estudo (Silva *et al.*, 2019) com indivíduos com câncer, identificou que dos 129 participantes, 56% tinham companheiro (casado ou em união estável) e 86% declararam ter filhos. A renda média referida por estes foi de um salário-mínimo. Observa-se, portanto, um perfil de indivíduos com uma renda mensal abaixo de dois salários-mínimos.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD – IBGE, 2020), 90% dos brasileiros têm renda inferior a R\$ 3,5 mil por mês e cerca de 70% recebem no máximo dois salários-mínimos, ou seja, estão na base da pirâmide salarial brasileira. Esses dados apresentam relevância quando se fala no adoecimento por câncer, tratamento e sobrevida dos indivíduos.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que leva em consideração saúde, educação e renda, e reflete em valores o nível de desenvolvimento de um local (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – UNPD, 2024), é uma medida que influencia diretamente no diagnóstico precoce do câncer e, consequentemente, na disposição do

tratamento adequado. Mulheres de países com IDH mais baixo apresentam 50% menos probabilidade de serem diagnosticadas com câncer de mama do que mulheres de países com IDH mais alto, no entanto têm maiores riscos de óbito pela doença em decorrência do diagnóstico tardio e não acesso ao tratamento (OMS, 2024).

Estimativas de incidência do câncer no Brasil (Santos *et al.*, 2023) mostram importantes desigualdades regionais de acordo com o IDH de cada região, semelhante ao que acontece a nível mundial. Cânceres relacionados a infecções (câncer de estômago e colo de útero) estão entre os principais tipos de neoplasias presentes no Norte e Nordeste brasileiros, assim como em países menos desenvolvidos, que detém cerca de 2/3 dos cânceres atribuídos a infecções que ocorrem em todo o mundo. Já em regiões brasileiras mais desenvolvidas, como Sudeste e Sul, cânceres associados às infecções têm sido substituídos por aqueles relacionados ao estilo de vida e comportamento (pulmão, mama feminina, próstata, cólon e reto).

Tendo em vista esses dados referentes ao nível socioeconômico dos indivíduos pesquisados, faz-se importante identificar em que locais essas pessoas passam a maior parte de seu tempo, visto que muitos se deslocam por grandes distâncias para receber o tratamento oncológico. Assim, nesta pesquisa, 87,67% relataram estar a maior parte do seu tempo em sua própria casa, no entanto alguns disseram necessitar passar a maior parte de seu tempo em casas de familiares ou amigos, casas de apoio e, até mesmo, no próprio hospital.

As casas de apoio comumente são organizações filantrópicas, sem fins lucrativos, mantidas através de trabalhos voluntários, pela sociedade civil e doações. Essas casas oferecem suporte para pacientes com câncer e familiares que moram em outras cidades e necessitam estar próximos ao local de tratamento (Santos; Simões; Pereira, 2018). O estado do Ceará possui três centros de atendimento oncológico, localizados em cidades com grandes distâncias entre si (Fortaleza, Sobral e Barbalha). Desta forma, muitos pacientes oncológicos que residem em cidades distantes aos centros necessitam da estadia nessas casas de apoio, sendo essas organizações essenciais para o seguimento e não abandono do tratamento desses pacientes.

Em se tratando do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual, a partir dos dados deste estudo, foi possível identificar por meio da Análise de Classe Latente (ACL) uma prevalência de 31,19% do diagnóstico entre os 219 adultos com câncer metastático investigados. Outros estudos realizados em busca de investigar a prevalência desse diagnóstico de enfermagem entre pessoas com câncer mostraram resultados semelhantes.

O estudo de Caldeira *et al.* (2017) identificou uma prevalência do diagnóstico de 40,8% entre 169 adultos com câncer em uso de quimioterapia, mesma prevalência encontrada por Caldeira *et al.* (2015) em 170 pacientes com câncer. Além disso, o primeiro estudo

identificou que 34,7% dos pacientes com angústia espiritual de acordo com a *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ) tinham metástase, sendo esta apresentação da doença estatisticamente significante para diminuir a média da escala (ou seja, aumentar o nível de angústia espiritual).

Ao investigar 70 mulheres com câncer de mama, Caldeira *et al.* (2016) encontraram 38,6% destas mulheres com Sofrimento espiritual. Já Silva *et al.* (2019) identificaram que 57% dos 129 voluntários com câncer participantes da pesquisa apresentaram uma moderada angústia espiritual de acordo com a Escala de Angústia Espiritual utilizada.

A alta prevalência, de pelo menos  $\frac{1}{4}$  das pessoas diagnosticadas com câncer metastático apresentando Sofrimento espiritual, evidencia que o diagnóstico desta doença traz consigo uma carga de sensações relacionadas à finitude e ao significado da vida (Silva et al, 2019). Desta forma, ao lidar com esta população, o enfermeiro provavelmente irá se deparar com pacientes em Sofrimento espiritual e por este motivo há a necessidade de desenvolver competências para identificação do diagnóstico e fornecimento de cuidados espirituais específicos (Caldeira *et al.*, 2015).

Nesta pesquisa, optou-se por excluir pessoas com diagnóstico de depressão explícito no prontuário ou em uso de medicamentos antidepressivos, com o intuito de evitar possíveis vieses na identificação do diagnóstico de enfermagem em pessoas com câncer metastático. O estudo de Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) realizado com idosos com câncer revelou que o Sofrimento espiritual esteve presente em 42,2% da amostra, porém ao avaliar idosos em uso de antidepressivos, esse percentual aumentou para 72,7%. Além disso, estimaram um aumento de 1,23 a 4,12 ( $OR=2,248$ ) no risco de ter Sofrimento espiritual entre aqueles que tomavam antidepressivos. Isso mostra que, embora alguns sintomas depressivos assemelhem-se a alguns indicadores clínicos do Sofrimento espiritual, pacientes podem estar com o diagnóstico de enfermagem em questão, em uso de medicamento antidepressivo e ainda assim apresentar sua manifestação clínica, ou seja, o estado de Sofrimento espiritual não deve ser considerado resolvido pelo uso de medicamentos antidepressivos.

Um sintoma depressivo recorrente é o pensamento de morte ou ideação suicida (Caldeira, Carvalho e Vieira, 2014), sintoma este que não está listado na taxonomia da NANDA-I (versão 2021-2023) para o Sofrimento espiritual, mas que foi investigado nesta pesquisa como o indicador clínico “Expressa perda da vontade de viver”. No entanto, este indicador apresentou uma prevalência baixa na população em geral pesquisada (3,65%, N= 219) e não teve significância estatística entre aqueles indivíduos com o diagnóstico de enfermagem. Sabe-se, portanto, que o Sofrimento espiritual e a Depressão tratam-se de

fenômenos relacionados, porém distintos, portanto mais estudos são necessários no sentido de delinear de maneira mais precisa os indicadores que, de fato, diferenciam ambos os diagnósticos e a relação temporal entre eles.

Caldeira *et al.* (2017) utilizaram o instrumento *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ) para validar o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual e descobriraram uma forte associação entre as medidas desse instrumento e o autorrelato dos pacientes. Quando os pacientes eram questionados sobre sua espiritualidade, pareciam capazes de determinar de forma precisa se estavam ou não apresentando Sofrimento espiritual, demonstrando o autorrelato de sofrimento como um potente artifício no diagnóstico desses indivíduos. Todavia, muitos pacientes relutam falar sobre sentimentos e espiritualidade com profissionais de saúde, necessitando que o enfermeiro possibilite uma relação de confiança para com o paciente (Chaves *et al.*, 2011). Assim, o uso de ferramentas como instrumentos e autorrelato dos pacientes mostra-se útil para a confirmação da presença do diagnóstico, mas, acima disso, o conhecimento do enfermeiro quanto aos indicadores clínicos do Sofrimento espiritual e sua diferenciação de outros diagnósticos é crucial para um correto e assertivo plano terapêutico.

Desta forma, neste estudo, foram utilizados dois modelos estatísticos de análise para compreender o comportamento das variáveis “indicadores clínicos” na perspectiva do fenômeno em estudo, “Sofrimento espiritual” em adultos com câncer metastático. Primeiramente uma análise Rasch foi desenvolvida para identificar um conjunto de indicadores que melhor representasse a inferência do diagnóstico na população estudada. Após isso, foi realizada uma Análise de Classe Latente (ACL) para estimar as medidas de sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico do conjunto que melhor se adequou ao modelo Rasch aplicado anteriormente. A Análise de Probabilidades Posteriores foi aplicada para identificar as combinações de indicadores clínicos que estiveram presentes no contexto estudado com probabilidade de desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem maior que 50%.

O conjunto de indicadores clínicos que se destacou para inferência do diagnóstico em estudo nesta população foi: “Expressa preocupações sobre o futuro”; “Expressa sofrimento”; “Choro”; “Expressa preocupações sobre sistemas de valores”; “Expressa perda de serenidade”; “Expressa perda de controle”; “Questiona a própria dignidade”; e “Culpa excessiva”. De acordo com as análises realizadas no modelo Rasch, este conjunto de indicadores apresenta 76% de identificação correta do diagnóstico e convergem entre si mais para a especificidade do que para sensibilidade.

Indicadores clínicos sensíveis são essenciais para identificar aqueles indivíduos que podem apresentar o diagnóstico, no entanto são os indicadores mais específicos que contribuem

para a sua diferenciação e confirmação (Eshghi; Nikfarid; Zareiyan, 2023). Desta forma, a identificação de um conjunto de indicadores mais específicos para o Sofrimento espiritual na população estudada contribui diretamente no reconhecimento dos indivíduos com o diagnóstico de enfermagem e na sua diferenciação de outros diagnósticos ou de fenômenos que apresentam características semelhantes a este.

É válido destacar que conforme as análises de probabilidades posteriores, foram encontradas 46 combinações entre os oito indicadores clínicos com 50% ou mais de probabilidade de apresentar o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual entre os adultos com câncer metastático investigados. Desses 46 combinações, nove tiveram uma probabilidade de 100% de ocorrência do diagnóstico e um conjunto de três indicadores se destacou por fazer parte dessas nove combinações. Esse conjunto é composto por: “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa sofrimento” e “Choro”.

O indicador clínico **“Expressa preocupações sobre o futuro”** mostrou-se prevalente em 50,23% da amostra em geral e, após a exclusão dos indivíduos que não se adequaram ao modelo Rasch, apresentou prevalência de 52%. De acordo com a ACL, este indicador apresentou elevando valor de sensibilidade (0,78). Entende-se, portanto, que a presença desta manifestação pode alertar sobre a presença de Sofrimento espiritual na pessoa com doença metastática. Além disso, a prevalência deste indicador foi ainda maior que a prevalência do diagnóstico propriamente dito na população, demonstrando que são necessários outros indicadores clínicos para diferenciar a expressão de preocupações sobre o futuro que caracteriza, de fato, o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

Lidar com um câncer metastizado traz consigo a incerteza do futuro e ameaça existencial, seja relacionado ao prognóstico e expectativa de vida, aos sintomas que poderão surgir com o avançar da doença, à possibilidade de dependência principalmente dos familiares, preocupações relacionadas ao sofrimento dos familiares, além das preocupações relacionadas a questões sociais, manutenção de gastos e manutenção da família (Thornton *et al.*, 2013; Vehling; Kissane, 2018).

Shih *et al.* (2009) estudaram as preocupações de idosos com câncer e sob cuidados paliativos em Taiwan e descobriram que os participantes se preocupavam com questões futuras relacionadas ao seu funeral e a aparência estética de seu corpo, com possíveis sintomas durante o processo de morrer e com o seu significado para o mundo, ou seja, o que deixaria de contribuições para as pessoas. Além dessas preocupações individuais, destacaram-se as preocupações futuras com questões relacionadas à família. Essas preocupações foram particularmente mais importantes para aqueles participantes que se consideravam “líderes” de

suas famílias, pois receavam que suas dificuldades físicas pudessem mudar a sua identidade e diminuir o respeito dos demais membros para com ele. Além disso, os indivíduos relataram a necessidade de determinar um membro para sustentar a continuidade da família após sua morte, lidar com as questões familiares mais complexas e ser apoio aos demais membros da família. Houve também pensamentos sobre preocupar os familiares com o compartilhamento de seus sintomas e sentimentos, evitando o fazer.

Estudo recente (Alnaeem; Shehadeh; Nashwan, 2024) mostrou que pessoas com câncer hematológico avançado estavam preocupadas com o impacto negativo de sua morte iminente sobre seus familiares. As preocupações giravam em torno dos filhos ou crianças dependentes da pessoa doente, que necessitavam de seus cuidados e a incapacidade dos participantes de sustentar suas famílias, principalmente após a sua morte.

Desta forma, preocupações relacionadas ao futuro parecem contemplar preocupações relacionadas a questões familiares, ou o contrário pode ser verdade. Neste estudo, o indicador “**Expressa preocupações com a família**” esteve presente em 51,6% da amostra em geral. No entanto não se destacou como parte do conjunto de indicadores que representa o Sofrimento espiritual no contexto estudado de acordo com a análise Rasch. Já o estudo de Caldeira *et al.* (2015) afirmou que preocupações com a família foi uma característica deveras importante em pessoas criticamente doentes, muitas vezes relacionada com as mudanças na dinâmica familiar após o diagnóstico do paciente, sendo uma causa considerável de sofrimento.

Um indicador que se destacou nesta pesquisa foi “**Expressa sofrimento**”, com prevalências muito próximas entre a amostra em geral e entre aqueles incluídos na análise Rasch, sendo de 33,33% e 33% respectivamente. Além disso, com um nível de dificuldade na análise Rasch de 0,81, destacou-se por apresentar altos valores de sensibilidade (0,70) e especificidade (0,83) concomitantemente, mostrando ser um indicador capaz de identificar indivíduos com câncer metastático que podem ter Sofrimento espiritual e de diferenciá-los daqueles que não o tem.

Destaca-se que, segundo as análises de probabilidades posteriores, todas as combinações de indicadores clínicos que tiveram uma probabilidade igual a 1,0 para a presença do diagnóstico continham o indicador “Expressa sofrimento”. Assim, o enfermeiro ao se deparar com um paciente com doença metastática expressando sofrimento deve saber que há grandes possibilidades de ele estar em Sofrimento espiritual (Caldeira *et al.*, 2018), podendo funcionar como um tipo de triagem para o reconhecimento do diagnóstico em questão.

Muitos estudos que tiveram como objetivo identificar, descrever ou validar indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em pessoas com

câncer (Caldeira *et al.*, 2013; Caldeira; Carvalho; Vieira, 2013; Caldeira *et al.*, 2015; Caldeira *et al.*, 2017; Caldeira *et al.*, 2018; Martins; Caldeira, 2018) demonstraram a expressão de sofrimento como uma manifestação altamente sensível.

Observa-se, portanto, diferenças de outros estudos na literatura com pessoas com câncer que mostraram “Expressa sofrimento” como sensível (mas não específico) e este estudo que o identificou com alta especificidade, ou seja, menos pessoas expressaram sofrimento, mas entre aquelas que o relataram, a maioria tinha o diagnóstico em estudo. Essas diferenças podem ter relação com o tempo desde o diagnóstico que, aqui, foi em média 28,34 meses (um pouco mais de dois anos). Isso porque pesquisas mostram que quanto menor o tempo desde o diagnóstico da doença, maior a expressão de Sofrimento espiritual, com um pico desse sofrimento em cerca de três meses do tratamento (Caldeira; Carvalho; Vieira, 2014; Martins; Domingues; Caldeira, 2023).

Nessa perspectiva, não é o falar sobre a morte ou a consciência em si de sua proximidade que faz emergir necessariamente o Sofrimento espiritual, mas sim o sentido que ela tem para a pessoa e os sofrimentos adjacentes, como as preocupações com os familiares, a perda da funcionalidade ou qualquer valor que esteja comprometido pelo adoecimento e pelos limites impostos pela finitude da vida (Caldeira *et al.*, 2018; Hoffman; Santos; Carvalho, 2021).

Neste estudo, considerou-se a presença do indicador clínico “**Choro**” quando os participantes relatavam chorar ao pensar sobre o seu processo de adoecimento e tratamento, ou quando choravam durante a entrevista. Assim, foi possível encontrar uma prevalência do indicador “Choro” na amostra em geral de 30,73%, e naqueles que se adequaram às análises Rasch, de 30%. Este indicador apresentou um nível de 0,93 de dificuldade, especificidade de 0,82 e uma sensibilidade mediana de 0,59.

Os resultados das análises mostraram que os indicadores “Expressa sofrimento” e “Choro” possuem comportamentos muito semelhantes ao representar o diagnóstico na população estudada. Embora haja uma discrepância entre os valores de sensibilidade desses indicadores, a prevalência na população e os valores de especificidade foram próximos, fortalecendo o que foi identificado nos gráficos de características e identificação dos itens de acordo com a análise Rasch, em que estas variáveis tinham curvas aproximadas. Isso mostra que a suscetibilidade do indivíduo que apresenta a expressão de sofrimento e que apresenta o choro como manifestações, é muito semelhante entre si. O que ficou ainda mais claro na análise de probabilidades posteriores, em que ambos os indicadores foram identificados naqueles conjuntos de itens que têm probabilidade posterior de 100% de apresentar o Sofrimento espiritual.

Em estudos realizados por Caldeira *et al.* (2015, 2016, 2017) a presença do choro, juntamente a outras características, foi relatada como um dos critérios principais para o Sofrimento espiritual. Revisão de literatura realizada por Eshghi, Nikfarid e Zareiyan (2023) também mostrou que o “Choro” foi um dos indicadores para Sofrimento espiritual que teve maior frequência entre os estudos revisados, além de falta de paz, falta de esperança, comportamento de raiva, falta de sentido na vida, medo e preocupação com crenças e sistema de valores e/ou Deus. Com o objetivo de entender as necessidades e experiências de pacientes adultos com neoplasia hematológica avançada, Alnaeem, Shehadeh e Nashwan (2024) identificaram nas entrevistas que ao refletir sobre a falta de cura e questões futuras, alguns pacientes choravam e relatavam sensação de impotência e medo da morte.

Por outro lado, estudo que desenvolveu um programa de terapia do choro para sobreviventes de câncer de mama e testou seus efeitos emocionais e fisiológicos, constatou que houve reduções significativas nos níveis de sofrimento medidos antes e depois da intervenção, indicando que um choro eficaz pode ajudar a aliviar emoções (Byun; Hwang; Kim, 2020).

O choro, de maneira geral, pode ser considerado uma forma de manifestar sofrimento, necessidades urgentes, uma expressão de uma força emocional interior ou mesmo uma manifestação material da dor. Ao mesmo tempo, também pode ser um processo terapêutico de alívio e enfrentamento, podendo ajudar a reduzir a tensão independente de consumir energia (Rydé *et al.*, 2007; Caldeira *et al.*, 2015; Martins; Caldeira, 2018; Byun; Hwang; Kim, 2020). Desta forma, destaca-se a importância da entrevista e do fornecimento de condições para intimidade na abordagem de pacientes com doença metastática e em fim de vida, especialmente durante a administração de tratamentos, promovendo tempo e espaço significativos para este cuidado.

De acordo com as análises deste estudo, outros dois indicadores clínicos que se destacaram e se mostraram com comportamentos quase idênticos foram “Expressa preocupações sobre sistemas de valores” e “Perda de serenidade”. Consequentemente, as curvas correspondentes a esses itens nos gráficos de identificação e caracterização estão sobrepostas.

O indicador “**Expressa preocupações sobre sistemas de valores**” esteve presente em 18,27% da amostra no geral e 18% naqueles incluídos na análise Rasch, apresentando valor de dificuldade de 1,66, sensibilidade de 0,43 e especificidade de 0,93. Já o item “Expressa perda de serenidade” esteve presente em 19,18% dos participantes no geral e, assim como o indicador anterior, em 18% nos incluídos no modelo Rasch. O nível de dificuldade desse item também foi 1,66, sensibilidade de 0,44 e especificidade de 0,92.

Diversos são os estudos que citam preocupações com sistemas de valores como uma manifestação relacionada ao fenômeno sofrimento espiritual ou ao âmbito espiritualidade. No entanto, todos esses estudos tratam das preocupações com sistemas de valores associadas às crenças. Para Glenn e Pieper (2019), a espiritualidade é uma construção ampla e abstrata, envolve diversos fenômenos relacionados à existência humana, como encontrar significados e propósito na vida; valores, crenças e atitudes; e relacionamento com Deus ou um poder considerado maior que si próprio. Segundo Velosa *et al.* (2017), ainda há dificuldades em formular definições precisas para espiritualidade, no entanto sabe-se que este âmbito da vida se relaciona com valores, crenças e experiências centrais do ser humano.

Corroborando este estudo, a pesquisa de Chaves, Carvalho e Hass (2010) apresentou “preocupações em relação ao sistema de valores, crenças e a Deus” como uma das sete características definidoras consideradas principais e mais importantes para a presença do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual. A revisão de Eshghi, Nikfarid e Zareiyan (2023) também identificou a “preocupação com sistema de valores e crenças” como um dos principais critérios presentes na literatura para a identificação do Sofrimento espiritual.

Silva *et al.* (2019) ainda trazem que quando sentimentos angustiantes como desespero, raiva, medo e incertezas com o futuro se relacionam com o transtorno do sistema de valores e crenças, há a presença do Sofrimento espiritual, expresso por meio de alterações de comportamento, raiva de Deus e preocupação com o significado da vida/morte ou com o sistema de crenças, não deixando claro a relação temporal entre esses fenômenos. Divergindo dessa ideia, Caldeira *et al.* (2017) concluíram que, apesar de presente na literatura, ainda faltam estudos que comprovem que o Sofrimento espiritual como fenômeno da área de enfermagem tenha essa manifestação (Expressa preocupações sobre sistemas de valores) como característica definidora.

As características definidoras “Expressa preocupações sobre sistema de valores” e “**Expressa preocupações sobre crenças**” foram inseridas como tais somente na versão 2021-2023 da NANDA-I. Neste estudo, apesar do primeiro estar entre os oito indicadores clínicos que se adequaram aos modelos com significância estatística, o último esteve presente em 7,31% da amostra total e não se destacou diante dos modelos utilizados.

Para fins deste estudo, adotou-se a definição para “sistema de valores” como sendo princípios que determinam a forma de comportamento e interação com outros indivíduos e ambiente, assim como suas decisões e que podem ter origem na família, religião, sociedade, política, ou qualquer âmbito da vida que o indivíduo considere como valor importante. Enquanto a definição de “crença” utilizada foi tudo aquilo que se acredita e se tem convicção

(Almeida; Sobral, 2009; Benites; Neme; Santos, 2017). Ambas as definições apresentam significados amplos e subjetivos, que dependem de uma identificação e interpretação individual. Os resultados conflitantes encontrados podem ser reflexo da necessidade de mais pesquisas que explorem esses comportamentos que parecem ter importantes semelhanças entre si, ou mesmo, em vez de critérios distintos, talvez façam parte de um único fenômeno que possa identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

Conforme mencionado anteriormente, o indicador “**Expressa perda da serenidade**” apresentou valores bem semelhantes a “Expressa preocupações sobre sistemas de valores”, com uma alta especificidade, e sensibilidade inferior a 0,50. Para fins deste estudo, a perda da serenidade foi definida como a ausência da capacidade de manter componentes comportamentais e cognitivos associados à sensação de calma, tranquilidade e paz interior (Roberts, 1991, 1993; Floody, 2013). Portanto, comprehende-se que estas sensações correspondem à serenidade.

Chaves *et al.* (2010) identificaram a característica definidora “expressa falta de serenidade” presente em 75,5% dos 120 pacientes com doença renal crônica investigados em sua amostra. No entanto, essa característica foi considerada secundária para a identificação do Sofrimento espiritual. Estudo com o objetivo de identificar a prevalência das características definidoras do Sofrimento espiritual entre mulheres com câncer de mama, mostrou que as mais frequentes foram expressa sofrimento, choro e ansiedade. Ao comparar as características presentes entre mulheres com e sem o diagnóstico de enfermagem, os itens “expressa sofrimento”, “alienação”, “expressa falta de serenidade” e “incapacidade para expressar criatividade” eram os mais frequentes quando o Sofrimento espiritual estava presente (Caldeira *et al.*, 2016).

Rabbi *et al.* (2017) examinaram até que ponto um diagnóstico de Sofrimento espiritual é idêntico em quatro medidas diferentes. A análise de itens de medida individuais sugeriu um modelo alternativo de três parâmetros para sofrimento espiritual: não se sentir em paz, sentir-se incapaz de aceitar que a situação está acontecendo e percepção da gravidade da própria doença. Schultz et al. (2018) relataram a falta de paz interior como uma das principais afirmações de angústia espiritual.

De acordo com a definição de Sofrimento espiritual assumida pela NANDA-I (2021-2023), os elementos-chave do diagnóstico são a perda de significado e propósito e a ruptura nos relacionamentos consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com o sagrado (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Assim, a expressão de serenidade e a paz interior são elementos que falam da relação de alguém consigo mesmo, estando presente como atributo

essencial na definição do diagnóstico, mostrando-se ser um componente muito importante para a expressão do Sofrimento espiritual, capaz de diferenciar indivíduos com o diagnóstico daqueles que não o possuem.

Quanto ao indicador clínico “**Expressa perda de controle**”, sua prevalência na amostra total foi 20,1% e naqueles incluídos na análise Rasch foi 17%, apresentando um valor de 1,73 de dificuldade segundo esse modelo. De acordo com a ACL, a sensibilidade deste indicador foi 0,34 e a sua especificidade foi 0,86, mostrando-se ser um comportamento capaz de diferenciar adultos com doença metastática apresentando diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual, daqueles que não o possuem, assim como a maioria dos indicadores estatisticamente significantes neste estudo.

Este indicador entrou na lista de características definidoras da NANDA-I somente na versão 2021-2023. Há algum tempo, autores já discutiam e sugeriam a fusão da característica “Estratégias de enfrentamento ineficazes”, presente nas versões anteriores a 2021, com “Expressa perda de controle”, sob a justificativa de que o primeiro é definido como um processo associado ao controle da experiência (Caldeira; Carvalho; Vieira, 2013). Para fins deste estudo, perda de controle foi definida como ter perdido o domínio sobre alguma circunstância, apresentando dificuldade para se organizar.

Frequentemente o ser humano é confrontado com a realidade de que muito do que se encontra na vida está fora do seu controle. Desta forma, é necessário encontrar maneiras afirmativas e construtivas para enfrentar essa falta de controle que permeia a condição humana (Shapiro *et al.*, 2011). No entanto, o enfrentamento é um processo complexo que envolve, além de fatores relacionados à espiritualidade, fatores físicos, estado mental e emocional e sistema de apoio (Marvin *et al.*, 2011).

Segundo Velosa (2023), a sensação de conexão consigo mesmo, com os outros e com o sagrado pode ser um meio de enfrentamento espiritual positivo ou negativo. Quando positivo dá a sensação de visão de mundo benevolente, aumentando a gratidão, a esperança, o significado, o propósito e a paz. Porém, quando negativa, está relacionada a níveis mais altos de sofrimento, raiva e outros sintomas. O estudo de Chan *et al.* (2016) identificou que a sensação de perda de controle ocorreu, principalmente, pela capacidade prejudicada de autocuidado e sentimento de dependência.

Estudo qualitativo que explorou estratégias de enfrentamento para o Sofrimento espiritual de pessoas com câncer em estágio terminal em Israel apresentou cinco dimensões relatadas pelos participantes: estar aberto para encarar a realidade; conectividade com a família; busca de significado; conectar corpo, mente e espírito; e humor e perspectiva positiva. Assim,

concluiu que esses elementos são os principais fatores no reconhecimento das habilidades do indivíduo para responder à doença e o estresse causado por ela e, assim, determinar o quanto bem uma pessoa administra ou tem controle sob determinada situação, seja ela o estresse, a doença ou o sofrimento (Bentur *et al.*, 2014).

Desta forma, pode-se entender a expressão da perda de controle como uma consequência da ausência de estratégias de enfrentamento da doença e da possibilidade de morte, sendo um indicador clínico importante para determinar a presença do Sofrimento espiritual, visto que representa uma falha na tentativa de conexão consigo mesmo, com os outros e/ou com um ser divino, atributos essenciais para a presença do diagnóstico de enfermagem.

O sétimo indicador clínico que se destacou na análise Rash foi “**Questiona a própria dignidade**”, com um nível de dificuldade de 1,84. Presente em 15,98% da amostra geral e em 15% daquela que se adequou ao modelo. De acordo com os gráficos de identificação e caracterização dos itens, a curva que representa este indicador está logo mais à direita do indicador mencionado anteriormente (Expressa perda de controle), ou seja, representando ser um pouco mais específico dentro do conjunto. Segundo à ACL, apresentou um valor de sensibilidade de 0,31 e de especificidade de 0,90, convergindo com a análise do conjunto.

Dignidade pode ser definida como o valor particular que o próprio indivíduo tem como ser humano, como ser racional e livre, como pessoa com qualidade moral que infunde respeito (Cunha, 2017). Quatro conceitos podem ser compreendidos como sendo a essência da dignidade: 1) respeito (por si mesmo e pelos outros), 2) autonomia (tomada de decisão, independência), 3) empoderamento (autoestima, orgulho) e 4) comunicação (Rudilla *et al.*, 2016). Assim, o desequilíbrio em qualquer uma dessas dimensões pode despertar a sensação de perda da dignidade.

Estudo com o objetivo de analisar a dignidade percebida de 508 pacientes com câncer localmente avançado ou metastático mostrou que pessoas recém diagnosticadas que não iniciaram nenhum tratamento, idosos acima de 65 anos de idade, indivíduos com pior status de desempenho e pior sobrevida estimada, apresentam baixos níveis de dignidade percebida. Além disso, os níveis de perda de dignidade foram maiores naqueles participantes com cânceres mais avançados (Obispo *et al.*, 2022).

Rosenberg (2018) afirma que há uma associação entre o enfraquecimento da percepção de dignidade e sintomas de preocupações, culpa e sensação de desesperança em pacientes com condições ameaçadoras de vida. Desta forma, o Sofrimento espiritual vivenciado

por estes pacientes manifesta-se pelos sintomas mencionados, ameaçando o significado dado à vida quanto à coerência do senso de personalidade desses indivíduos.

O declínio gradual nas habilidades físicas e atividades de vida diária, gerando maior senso de dependência de outras pessoas, leva a um sofrimento que afeta diretamente a percepção de dignidade e de valor próprio. O senso de dignidade dos pacientes com câncer é um marcador de seu bem-estar espiritual. Indivíduos com câncer avançado e/ou metastático vivem continuamente com incertezas, o que implica na necessidade de adaptação para não haver sequelas psicoespirituais que possam impactar sua percepção de dignidade. Portanto, estratégias de enfrentamento disfuncionais podem estar relacionadas à perda do senso de dignidade (Obispo *et al.*, 2022; Bluck *et al.*, 2022).

Questionar-se sobre a dignidade é um ato que indica uma percepção de dignidade diminuída ou ausência dela. De acordo com este estudo e os demais mencionados, pode-se afirmar que a percepção de dignidade está diretamente ligada ao nível de dependência da pessoa com doença metastática, ou mesmo à possibilidade dessa dependência surgir com o avançar da doença. Além disso, também se relaciona com outros comportamentos que refletem indicadores clínicos importantes para a identificação e confirmação do diagnóstico de enfermagem. Sofrimento espiritual, como a perda de controle, a expressão de sofrimento, preocupações sobre o futuro, culpa, perda da esperança, entre outros.

De acordo com as análises, o indicador “**Culpa excessiva**” foi aquele que apresentou menor prevalência (11%) e maior valor de dificuldade (2,24) segundo a análise Rasch. Em consonância a esses resultados, a ACL mostrou que este indicador foi o de mais alta especificidade (0,94) em relação aos demais e mais baixa sensibilidade (0,26), indicando que sua presença entre adultos com câncer metastático é capaz de diferenciar a presença do Sofrimento espiritual de outros diagnósticos.

Caldeira *et al.* (2015), ao validar o diagnóstico Sofrimento espiritual em pessoas com câncer fazendo quimioterapia, mostrou esta característica definidora como presente na população em estudo, porém com uma prevalência abaixo de 50%. Segundo as análises realizadas pelos autores, o valor de sensibilidade foi congruente com o desta pesquisa (0,23) e seu valor de especificidade foi de 0,83.

O sentimento de culpa é próprio do ser humano, pois ele tem consciência e é guiado por valores. Quando o indivíduo considera que não realizou o que devia ou que pouco fez das possibilidades e valores que a vida o proporcionou, deixa de alguma forma uma lacuna existencial (Freitas *et al.*, 2020). Nos casos daqueles que recebem o diagnóstico de um câncer avançado ou metastático, o sentimento de possibilidade de morte próxima traz consigo a

sensação de período de conclusão da vida e, consequentemente, a necessidade de o indivíduo olhar para trás e avaliar o que foi vivido até o momento (van Laarhoven *et al.*, 2012).

Culpa de forma geral pode incluir uma ampla gama de experiências, como culpa por uma discussão com alguém querido, um casamento que não persistiu, uma tarefa que não foi concluída, ou mesmo uma vida diferente dos próprios ideais. No contexto espiritual, a culpa implica não somente que os padrões pessoais não foram atendidos, mas que a relação com algo superior e o transcendente está perturbada. Todos esses tipos de experiência induzem à angústia e, por vezes, ao sofrimento, quando não solucionadas (van Laarhoven *et al.*, 2012).

Freitas *et al.* (2020) realizaram entrevistas com 20 idosos com câncer em quimioterapia para o desenvolvimento de um estudo qualitativo e afirmaram que quando o sentimento de culpa esteve presente nas falas dos participantes, este foi consequência da não realização dos cuidados necessários com a saúde quando mais jovens ou após recomendações médicas. Ou seja, esse sentimento esteve relacionado com os hábitos de vida anteriores, o descuido de si e o não cumprimento de orientações médicas. Toussaint *et al.* (2017) também afirmaram que, indivíduos com câncer investigados sobre os motivos de sentir culpa, geralmente vinculam-na a cuidados de saúde não realizados antes da doença.

Segundo van Laarhoven *et al.* (2012), o conceito de culpa está intimamente ligado ao conceito de perdão. Só existe perdão quando se presume que alguém é culpado de algo. Desta forma, em seu estudo sobre validação do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual, Caldeira, Carvalho e Vieira (2013) sugeriram que as características correspondentes a “Culpa excessiva” e “Expressa necessidade de perdão”, quando conectadas ao “eu”, deveriam ser fundidas em um único indicador, sendo ele “Culpa excessiva”. Ademais, Toussaint *et al.* (2017) identificaram em seu estudo que o perdão de si mesmo apresentou forte correlação negativa com o sentimento de culpa. O estudo de Velosa (2023) confirma a necessidade de perdão, culpa e arrependimento como manifestações da presença de Sofrimento espiritual em pessoas sob cuidados paliativos.

O indicador clínico “**Expressa necessidade de perdão**”, apesar de não ter se ajustado aos modelos estatísticos aplicados nesta pesquisa, não fazendo parte do conjunto relevante para o diagnóstico em adultos com câncer metastático. Ele esteve presente em 42,92% da amostra geral, sendo um dos indicadores mais prevalentes, apresentando, inclusive, uma prevalência maior que a do próprio diagnóstico de enfermagem.

Para fins deste estudo, considerou-se necessidade de perdão como sendo uma vontade inevitável de superação do ressentimento e restituição por ato prejudicial cometido por si ou por outra pessoa significativa (Scobie; Scobie, 1998). Ou seja, o perdão aqui investigado

foi relacionado a si próprio, a outras pessoas e a um poder maior/transcendente. Desta forma, embora muitas vezes discutido com o mesmo sentido de perdão aos outros, o autoperdão (ou perdão de si próprio) é distinto em termos fundamentais.

O autoperdão se refere ao perdão de um ofensor que é o próprio indivíduo, destarte, esta experiência é inteiramente intrapessoal. Esse sentimento é relacionado de forma inversa à autoculpa, podendo o autoperdão ser benéfico à saúde por reduzir a autoculpa. O autoperdão, considerado um sentimento individual pode ser facilitado pelas diversas outras formas de perdão, sendo um dos meios de enfrentamento do sofrimento resultante da incongruência entre os próprios valores e os comportamentos, ou seja, o sentimento de autoculpa (Toussaint *et al.*, 2017). Deste modo, quando há necessidade de perdão voltado a si próprio, há uma falha nos mecanismos de enfrentamento, ou mesmo de controle, da culpa.

Assim, embora “necessidade de perdão” contemple “necessidade de autoperdão”, a primeira se apresenta como um sentimento mais amplo, que pode estar vinculado à culpa, mas não necessariamente, a exemplo nos casos da necessidade de “perdoar” alguém e não de “ser perdoado” por alguém.

Cabe destacar o indicador “**Expressa arrependimento**”, com baixa prevalência na amostra em geral (19,64%), ainda assim mais presente que Culpa excessiva, e que possui semelhanças importantes em sua definição com os discutidos anteriormente (culpa excessiva e expressa necessidade de perdão). Neste estudo, considerou-se arrependimento uma emoção negativa e cognitiva desagradável, acompanhada de uma sensação de culpa por transgressões, deficiências ou erros, experimentada ao se perceber ou imaginar que a situação atual teria sido melhor se tivesse decidido de forma diferente (Zeelenberg, 1999; Zeelenberg; Breugelmans, 2008).

Tendo em vista as definições aqui atribuídas a esses três indicadores clínicos, é possível observar que, teoricamente, ambos convergem em um mesmo sentido. Ainda assim, merecem mais investigações, com o fito de aprimorar seus conceitos e definições como critérios determinantes para a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem em questão.

Embora não tenha se destacado como parte do conjunto de indicadores relevantes para o diagnóstico no contexto estudado, 58,26% dos indivíduos investigados apresentaram “**Dissonias**” de acordo com o *Mini Questionário do Sono*. O questionário revelou uma pontuação média de 31,4, representando um sono “muito alterado”.

Mercadante *et al.* (2015) concluíram que 60,8% dos participantes com câncer avançado em seu estudo apresentaram distúrbios de sono. A presença deste sintoma esteve associada a baixas pontuações de status funcional, pessoas mais jovens (abaixo de 60 anos),

terapia hormonal, uso de opioides e corticosteroides e altas pontuações na escala HADS para Ansiedade e Depressão. O estudo de Siddinath *et al.* (2024) obteve resultados semelhantes ao mostrar que mais de 50% dos indivíduos com câncer avançado investigados classificaram seu sono como ruim.

Pacientes com câncer avançado são mais suscetíveis a desenvolver distúrbios do sono como insônia, inquietação, hipersonolência e apneia do sono. Essa associação entre o câncer e distúrbios do sono já é reconhecida na literatura, podendo ocorrer como consequência de diversos eventos estressantes relacionados à própria doença, tratamentos ofertados, preocupações, sintomas psicoemocionais e sofrimento espiritual (Otte *et al.*, 2014; Siddinath *et al.*, 2024). Desta forma, a alta prevalência de dissonias na população aqui estudada, pode estar relacionada a essas diversas questões mencionadas, não necessariamente representando o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual, portanto não sendo identificado como essencial nesse contexto.

Com base nas análises realizadas e no que foi discutido, observa-se que há semelhanças importantes entre vários indicadores clínicos, assim como relações estreitas entre seus comportamentos diante da representação do diagnóstico Sofrimento espiritual como fenômeno de enfermagem. Isso mostra que esses fenômenos fazem parte de uma mesma dimensão, confirmando o que pode ser visualizado no mapa de Bond-Fox (Figura X) para ajuste dos indicadores clínicos ao modelo Rasch, em que esses itens fazem parte de uma única dimensão latente.

Após a análise dos indicadores que melhor representam o diagnóstico Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastático por meio do modelo Rasch e da ACL, realizou-se uma análise de regressão logística univariada para cada fator causal investigado, utilizando a inferência diagnóstica baseada na análise de probabilidades posteriores. Assim, dez fatores causais se destacaram nas análises com significância estatística (valor  $p \leq 0,05$ ), ou seja, quando adultos com câncer metastático estão expostos a esses fatores causais apresentam uma maior chance de desenvolvimento do diagnóstico, são eles: “Prática espiritual alterada”, “Ansiedade”, “Conflito cultural”, “Expressa sentir-se inútil”, “Separação do sistema de apoio”, “Percepção de negócios inacabados”, “Barreira para vivenciar o amor”, “Medo”, “Relações interpessoais inadequadas” e “Solidão”. Ressalta-se que apesar de não estarem presentes no conjunto dos fatores com significância neste estudo, “Dor” e “Perda da independência” se destacaram pelas suas altas prevalências na população estudada.

O sintoma “**Dor**”, investigado como causa do Sofrimento espiritual, apresentou uma prevalência de 69,41% na população estudada. Ao serem questionados sobre a frequência

em que sentiam dores físicas, 36,07% responderam que a sentiam às vezes e 34,7% que sempre tinham dor. Esses dados mostram que a maioria dos indivíduos acometidos pela doença metastática, mesmo quando tratados com analgésicos, apresentam dor.

Embora a dor não faça parte do conjunto causal com maior chance de desencadear o diagnóstico de enfermagem nos indivíduos estudados, é inegável que este sintoma precisa de atenção pelas equipes de saúde nesta população. A dor física não controlada interfere no funcionamento físico, psicológico, espiritual e social, sendo causa primária de medo, desconforto e sofrimento em pessoas com câncer (Caldeira *et al.*, 2015; Hagarty *et al.*, 2020; Corgozinho *et al.*, 2020).

A presença de dor impõe limites que, muitas vezes, impedem a pessoa doente de exercer suas atividades individuais e sociais. A “**Perda da independência**” esteve presente em 43,38% da amostra, investigada por meio da escala de Barthel, que apresentou mediana de 100 pontos, e da escala de Lawton com mediana de 16 pontos. Com base nesses dados, observou-se que quase metade dos indivíduos investigados tiveram alguma redução na independência após o processo de adoecimento. Essa perda foi notada principalmente na realização de atividades instrumentais de vida diária (escala de Lawton – dependência parcial), como sair para fazer compras, atender telefonemas, usar meios de transporte públicos, entre outras.

Ressalta-se que, neste estudo, qualquer dependência relatada como ocorrida após o processo de adoecimento, foi considerada “Perda da independência”. A perda da independência relacionada às atividades instrumentais parece ocorrer antes daquela relacionada às atividades básicas, isso porque, neste estudo, a primeira foi mais presente, mesmo quando a segunda ainda não existia. Apesar do baixo nível de dependência dos adultos incluídos neste estudo, a consciência da irreversibilidade e possível progressão do quadro aumenta a vulnerabilidade do indivíduo, interferindo diretamente na sua qualidade de vida, muitas vezes sendo causa de perda da identidade, perda de dignidade, questionamentos sobre o sentido da vida, levando ao Sofrimento espiritual (Almeida, 2017).

Destarte, em se tratando dos fatores causais que fazem parte daqueles significativos estatisticamente para este estudo, “**Prática espiritual alterada**” foi definida como uma situação em que o desempenho de atividades que têm como finalidade cultivar a espiritualidade em busca de um propósito para a vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com alguma representação não física, é percebida como desorganizada ou diferente do que era praticado anteriormente (Oliveira *et al.*, 2020; Evangelista *et al.*, 2016). O fator foi considerado presente quando essa alteração ocorria tanto para menos conectado espiritualmente, quanto para mais conectado, já que na lista de fatores relacionados da

NANDA-I (2021-2023) é mencionado apenas como “alterado”, ou seja, modificado de alguma forma.

Assim, de acordo com os resultados desta pesquisa, este fator causal teve a maior prevalência (64,84%) entre aqueles que apresentaram significância estatística. Entretanto, 55,71% relataram se sentir mais conectados e com uma prática espiritual aumentada quando comparados a antes do processo de adoecimento e tratamento, ou à época da descoberta da doença. Somente 9,13% relataram estar menos conectados espiritualmente em relação à antes.

Caldeira *et al.* (2017) trazem em seu estudo que embora a depressão e o sofrimento espiritual sejam distintos, a depressão afeta a espiritualidade e há evidências de que níveis mais altos de conexão espiritual estão relacionados a menos transtornos depressivos. A prática espiritual em pessoas que vivenciam uma doença grave contribui para o alívio do sofrimento e para a sensação de bem-estar e paz, permitindo que essa pessoa encontre sentido na vida. Desta forma, crenças e práticas espirituais e religiosas, como a oração, a fé, a experiência comunitária, o significado e a moralidade, desempenham um papel importante em condições graves de saúde, funcionando como enfrentamento na superação de situações complexas (Martins; Caldeira, 2018; Martins *et al.*, 2021).

A prática espiritual regular parece ser capaz de dotar o indivíduo de um importante recurso de resiliência contra experiências desestabilizadoras (Kohls; Walach, 2008). Pacientes que vivenciaram Sofrimento espiritual relataram que estratégias de enfrentamento, como encontrar conexão ou esperança, práticas espirituais e depositar confiança em um o poder superior, foram importantes na superação do sofrimento associado a uma condição de saúde difícil (Martins; Caldeira, 2018).

Portanto, com base nos estudos, percebe-se que práticas espirituais aumentadas, ou uma maior conexão espiritual, parecem funcionar como uma estratégia de enfrentamento, e não como causa do Sofrimento espiritual. Diferente dos casos em que há uma redução nas práticas espirituais que, de fato, pode contribuir para o desenvolvimento de angústia, perda de significado na vida e, consequentemente, Sofrimento espiritual.

Neste estudo, apesar deste fator ter se destacado como o mais presente na população estudada, a OR identificada nas regressões logísticas foi a mais baixa ( $OR=1,92$ ). Isso possivelmente se deve a uma superestimação da sua presença na amostra, por ter sido considerada quando havia práticas espirituais tanto reduzidas quanto aumentadas. Nesse sentido, faz-se necessário repensar uma terminologia mais específica para determinar o fenômeno que verdadeiramente contribui para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

Segundo Climasinski *et al.* (2022), pessoas em sofrimento espiritual podem relatar sentimento de vazio, solidão, culpa, inutilidade e falta de sentido na vida. Assim, “**Expressa sentir-se inútil**” é relatado na NANDA-I como uma característica definidora do Sofrimento espiritual. No entanto, neste estudo, esta variável foi considerada como fator causal ao diagnóstico de enfermagem estudado. A relação entre o sentimento de inutilidade e o sofrimento espiritual já é relatada na literatura, embora a ordem cronológica em que ocorrem esses fenômenos não esteja tão clara. Sabe-se, porém, que sentimento de inutilidade é considerado um sintoma depressivo (Fleck *et al.*, 2003) que, por sua vez, está entre os fatores relacionados (Sintomas depressivos) listados na NANDA-I para o diagnóstico Sofrimento espiritual.

Aqui nesta pesquisa, “Expressa sentir-se inútil” como fator causal esteve presente em 25,57% da amostra. Indivíduos que expressaram esta variável tiveram 4,34 vezes mais chances de apresentar o diagnóstico de enfermagem em estudo do que aquelas pessoas sem a sua expressão. A doença metastática, junto ao seu tratamento, muitas vezes vem acompanhada de efeitos limitantes que ultrapassam a dimensão física, resultando em sentimentos de inutilidade, exaustão e sofrimento progressivo (Mendonça *et al.*, 2021). Na maior parte dos casos de indivíduos com câncer metastático, há uma perda da independência, levando a alterações na imagem corporal, isolamento de vínculos sociais e de atividades de lazer. A partir disto, diversas reações emocionais são geradas, como medo, ansiedade, sentimentos depressivos, incluindo sentimentos de inutilidade, tanto pela doença, quanto pela progressão da dificuldade que ela conduz (Tomaszewski *et al.*, 2017).

No estudo de Elsner *et al.* (2012), o sentimento de inutilidade esteve entre as emoções mais relatadas pelos pacientes com doença grave avançada, além do sentimento de estar separado do mundo, desejo de morte e medos diversos. Elsner *et al.* (2012) e Lee *et al.* (2015) trazem em seus estudos que desemprego, problemas financeiros e o fardo de sustentar financeiramente a família estão associados à desmoralização e à sensação de inutilidade, com impacto significativo na qualidade de vida entre pessoas com câncer metastático e avançado.

Assim, este estudo defende a ideia de que o sentimento de inutilidade (“Expressa sentir-se inútil”) deve ser incluído como um fator causal ao Sofrimento espiritual, tanto pela representação que teve neste estudo, quanto pela aproximação e relação deste sentimento a outras emoções relatadas na NANDA-I como fatores relacionados ao diagnóstico, a exemplo da perda de independência, da ansiedade e dos sintomas depressivos.

A presença de “**Ansiedade**” na doença avançada e relacionada ao sofrimento espiritual já é bem relatada na literatura (Masterson *et al.*, 2018; Lee *et al.*, 2018; Ordons *et al.*, 2018; Lee; Ramaswamy, 2020; Eshghi; Nikfarid; Zareiyan, 2023). Neste estudo, o fator causal

Ansiedade foi o segundo mais presente entre a população estudada, com prevalência de 45,66%. A pontuação da escala HADS (ansiedade) foi utilizada para identificar a presença ou ausência desse fator causal na amostra, com uma nota de corte de 7. A média e a mediana da escala apontaram valores referentes à não existência de ansiedade (6,34 e 5, respectivamente). Este estudo ainda apontou que indivíduos no contexto estudado que apresentam ansiedade de acordo com os escores da HADS têm quase três vezes mais chance de apresentar o diagnóstico quando comparados àqueles sem ansiedade.

A Ansiedade, além de compor a lista dos fatores relacionados do diagnóstico Sofrimento espiritual na NANDA-I, também é um diagnóstico de enfermagem relatado na taxonomia, sendo definido como uma resposta emocional a uma ameaça difusa em que o indivíduo antecipa um perigo iminente inespecífico ou infortúnio (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). No caso de um diagnóstico de câncer metastático, a incerteza quanto ao futuro pode levar à ansiedade, além de outras questões associadas, como sintomas físicos (dor, náuseas, emagrecimento, entre outros) ocasionados pela doença, efeitos da terapia e modificações na rotina do indivíduo.

Vale destacar que nos casos de doença grave e avançada, como no câncer metastático, a presença da ansiedade pode estar associada à incerteza da morte, além das diversas questões já mencionadas. Portanto, investigações acerca da relação entre o (também) diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” e o Sofrimento espiritual poderiam ser válidas na compreensão desse fenômeno no contexto estudado.

Lee *et al.* (2018) mostram em seu estudo qualitativo que ansiedade, medo e incertezas são sentimentos relatados em todas as fases do processo de adoecimento por câncer. Inicialmente, quando informados de seu diagnóstico, sentiram-se ansiosos e com medo do desconhecido; durante a fase intermediária da doença, esse medo e ansiedade evoluíram para dor antecipada do processo de morrer e incerteza sobre prognóstico e esperança de vida; na fase final, a dor e a ansiedade estiveram centrados na ocorrência e na intensidade da dor.

Esse estudo (Lee *et al.*, 2018) apresenta conclusões interessantes. Segundo os autores, o atendimento ao paciente com câncer avançado deve ser fundamentado numa abordagem holística, levando em consideração as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Essas dimensões são interligadas e o desequilíbrio em uma delas traz consigo o declínio paralelo em outra dessas dimensões, ou seja, quando a angústia está presente em um domínio, outro também será atingido. Assim, os sintomas físicos desencadeiam sofrimento psicossocial que, por sua vez, aumenta o sofrimento espiritual, por isso, sempre existirá associação entre o sofrimento espiritual e outros sintomas angustiantes.

A proximidade entre “Ansiedade” e “Medo” também é algo documentado na literatura. Este último, na NANDA-I (versão 2021-2023), está presente na lista de características definidoras do diagnóstico Sofrimento espiritual e na lista dos diagnósticos. É definido pela taxonomia como uma resposta emocional básica e intensa despertada pela detecção de ameaça iminente, envolvendo uma reação imediata de alarme que mobiliza o organismo ao desencadear um conjunto de mudanças fisiológicas (APA, 1994; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Em definição, o que difere esses dois fatores é que na ansiedade a ameaça é difusa, e no medo a ameaça é iminente. Portanto, ambos podem ser compreendidos como resposta ao processo de adoecimento e como causa do desequilíbrio espiritual.

Assim, este estudo considerou o “**Medo**” como um fator causal ao diagnóstico Sofrimento espiritual, e não como indicador clínico. Este fator esteve presente em 30,59% da amostra estudada, demonstrando que pessoas que o apresentam têm 8,53 vezes mais chances de desenvolver o diagnóstico quando comparadas àquelas que não o apresentam. No estudo de Caldeira *et al.* (2015), apesar de “Medo” ter sido estudado como uma característica definidora do diagnóstico, essa variável esteve presente em 88,4% dos pacientes com câncer em Sofrimento espiritual, sendo relatada como medo de sofrer no futuro, sentir dor ou perder sua autonomia. Ressalta-se que nessa mesma pesquisa, Ansiedade foi estudada também como característica definidora do diagnóstico, em razão da versão da NANDA-I utilizada no ano do estudo, que apresentava esta variável como característica definidora e não como fator relacionado, como é atualmente.

Assim como em Caldeira *et al.* (2015), os participantes do estudo de Yoosefee *et al.* (2023) relataram sentir medo do sofrimento que poderiam enfrentar com o avançar da doença. O medo, assim como a tristeza e a angústia, são reações normais em pessoas com doenças avançadas. O medo é uma resposta emocional que pode atuar tanto como um estímulo ao tratamento oncológico, quanto como barreira para tal, por meio de um processo de negação da doença (Caldeira *et al.*, 2016; Velosa, 2023).

Para a pessoa com uma doença avançada, um importante gerador de ansiedade é a sensação de que não conseguiu concluir algo que considera importante. A doença metastática traz consigo uma consciência de tempo limitado que faz, muitas vezes, o ser doente refletir sobre atividades valorizadas por ele que estão incompletas e que sua conclusão pode ser improvável, o que reflete em sofrimento relacionado à Percepção de negócios inacabados. Yoosefee *et al.* (2023) sugerem que a percepção de insuficiência de tempo pelo indivíduo com doença avançada é um importante obstáculo do alívio da sua dor espiritual.

Neste estudo, a “**Percepção de negócios inacabados**” esteve presente em 30,14% da amostra de 219 indivíduos com metástase. De acordo com a regressão realizada, este fator causal apresentou uma OR de 4,72, ou seja, indivíduos que o apresentam, dentro deste contexto, têm 4,72 vezes mais chances de desenvolver o Sofrimento espiritual quando comparados àqueles que não o apresentam. No estudo de Masterson (2018), mais de 70% das 223 pessoas com câncer em estágio IV investigadas relataram ter negócios inacabados. Nesses pacientes, o sofrimento decorrente da sensação de ter negócios inacabados emergiu como causa de desesperança, ansiedade e falta de conexão consigo mesmo e com o transcendente.

O conceito de “negócios inacabados” deve ser interpretado de formas diferentes para pessoas enlutadas e para aqueles que vivenciam uma doença avançada que pode levar à morte. No contexto do luto, a percepção de negócios inacabados envolve reconhecer o relacionamento com a pessoa falecida como incompleto, não expresso, não resolvido ou sem encerramento. Já para indivíduos que enfrentam uma doença avançada, a sensação de ter negócios inacabados está relacionada a objetivos de vida, muitas vezes fora dos relacionamentos, que não conseguiram ser cumpridos (Masterson, 2018).

Com base nessas discussões, o enfermeiro deve estar atento à presença de emoções e sintomas como ansiedade e medo, assim como reconhecer possíveis causas destas manifestações, como a sensação de inutilidade e a presença de negócios inacabados, entre indivíduos com câncer metastático, pois são possíveis desencadeadores de um fenômeno mais angustiante, o diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual.

O sofrimento espiritual é um fenômeno complexo, abstrato e multidimensional e é influenciado diretamente pelo contexto cultural do indivíduo (Eshghi; Nikfarid; Zareiyan, 2023). Neste estudo, o “**Conflito cultural**” esteve presente em 16,9% da amostra estudada. Na regressão univariada, observou-se que indivíduos com Conflito cultural presente tiveram 3,38 vezes mais chances de apresentar o diagnóstico de enfermagem que aqueles sem o fator causal.

Fatores culturais desempenham papel significativo no desenvolvimento do sofrimento espiritual, assim como influenciam nas expressões desse fenômeno (Schultz *et al.*, 2018; Najeeb *et al.*, 2023). Expectativas sociais de formas de comportamento podem gerar incômodo e até culpa nos indivíduos, principalmente em adolescentes que estão em um processo de transição e em idosos, faixa etária influenciada por princípios morais mais antigos (Kondrath, 2022; Najeeb *et al.*, 2023). A maior parte dos indivíduos investigados nesta pesquisa foi formada por pessoas idosas, o que parece explicar a prevalência de Conflito cultural entre a amostra.

Conforme já mencionado, o estar com câncer avançado traz consigo uma série de implicações nos diversos âmbitos da vida do doente. Mediante isso, a pessoa com doença metastática necessita de uma atenção especial tanto da família, quanto dos profissionais de saúde, além do apoio do meio social em que vive (Maciel *et al.*, 2015). Tendo em vista a importância do apoio à pessoa que enfrenta a possibilidade de uma morte próxima, uma das variáveis investigadas como fator causal para o Sofrimento espiritual nessa população foi “**Separação do sistema de apoio**”, considerada aqui como um afastamento do suporte emocional, afetivo, material e prático oferecido por indivíduos do meio social, como familiares, amigos, grupos religiosos, ou qualquer outra pessoa ou instituição que ofereça esse apoio (Pietrukowicz, 2001; Guedes *et al.*, 2017; Aragão *et al.*, 2017).

Este fator causal esteve presente em apenas 5,02% da amostra pesquisada, no entanto, de acordo com as regressões univariadas, sua presença nos indivíduos está associada a um aumento da chance em 6,73 vezes de desenvolvimento do Sofrimento espiritual quando comparado aos indivíduos que não apresentam este fator. Aragão *et al.* (2017) e Alnaem, Shehadeh e Nashwan (2024) afirmam que a ausência de um sistema de apoio para pessoas com doenças graves, ou uma rede social que oferta um apoio inapropriado, está diretamente ligada à desesperança e a uma baixa qualidade de vida, podendo ser causa de sintomas depressivos e até pensamento suicida.

O contato com outras pessoas em um ciclo social é considerado uma importante necessidade humana. O apoio social ocorre como resultado principal de relacionamentos interpessoais bem estabelecidos, podendo ser considerado a dimensão social das necessidades espirituais que se expressa na forma de pertencimento, amor e contato com os outros. Desta forma, os relacionamentos pessoais e o apoio social estão fortemente relacionados a uma série de emoções positivas, como sentimentos de proteção, segurança e de se sentir amado (Hatamipour *et al.*, 2015; Scheffold, 2019).

Neste estudo, “Barreira para vivenciar o amor” e “Relações interpessoais inadequadas” foram investigados como fatores causais para o diagnóstico de enfermagem, ambos apresentando significância estatística nas análises realizadas. Conforme identificado na literatura, esses fatores, assim como “Separação do sistema de apoio”, estão dentro de uma dimensão social que pode desencadear o Sofrimento espiritual.

O fator causal “**Barreira para vivenciar o amor**” esteve presente em 12,33% da amostra estudada, com uma chance de 5,84 vezes a mais de desenvolvimento do diagnóstico do que aqueles indivíduos que não relataram apresentar este fator. Enquanto 5,02% dos indivíduos com metástase investigados relataram “**Relações interpessoais inadequadas**”, com

uma chance de 11,64 vezes a mais de apresentarem Sofrimento espiritual quando comparado àqueles sem este fator.

Estudo evidencia relatos de pessoas com câncer avançado que trazem esse aspecto social que envolve amor, apoio e relacionamentos, como um potente “coping” espiritual no alívio do sofrimento desses indivíduos (Silva *et al.*, 2019). Assim, barreiras no estabelecimento desses vínculos é causa importante para Sofrimento espiritual. Velosa, Caldeira e Capelas (2017) relatam que entre europeus com câncer, relações interpessoais são referidas como a área que dá mais sentido à vida. Rushton (2014) afirma que pacientes com câncer expressaram necessidade de amor como condição para uma vida com significado, definindo a falta de amor na assistência profissional como importante barreira para o cuidado espiritual.

Ainda relacionada à dimensão social, “**Solidão**” foi uma variável também investigada neste estudo como fator causal que teve significância estatística nas análises realizadas. Assim, considerou-se Solidão como sendo uma experiência subjetiva e desagradável que resulta de deficiência em relações sociais. Pode ser sentida como um vazio e/ou tristeza refletida pela insatisfação com o número ou a qualidade de contatos, não devendo ser interpretada como sinônimo de isolamento ou ausência total de contato social (Peplau; Perlan, 1982; Neto; Barros, 2001). Embora não tenha se destacado como o fator causal mais presente entre os indivíduos investigados (5,94%), evidenciou-se pela mais alta OR, sendo um fator que quando presente tem 14,73 vezes mais chances de desenvolvimento do Sofrimento espiritual em relação à quando está ausente.

Diversas são as questões envolvidas na experiência do câncer, mais especificamente do câncer avançado, que contribuem para a sensação de solidão. Expectativas idealizadas de apoio emocional de entes queridos não correspondidas, preocupações existenciais intensificadas, críticas ao tentar falar sobre seu diagnóstico, falta de apoio e minimização dos sintomas. Todas essas questões podem levar o indivíduo doente a usar um mecanismo de enfrentamento de evitação ou de não discutir seus sentimentos e seus sintomas. Assim, a solidão pode ser influenciada por diferentes fatores sociais em pacientes com câncer em relação à população em geral (Adams *et al.*, 2017; Polański; Misiag; Chabowski, 2022).

D’Ippolito *et al.* (2017) identificaram em seu estudo com pessoas com câncer que a solidão foi influenciada pelo sexo, sendo maior em mulheres; pela idade, aumentando linearmente com o aumento desta variável; pelo estado civil, mais presente naqueles que nunca foram casados e em viúvos; e pela quantidade de filhos coabitantes. Na pesquisa de Polański, Misiag e Chabowski (2022) os fatores mais fortemente associados à solidão em pessoas com

câncer de pulmão foi estar desempregado, ter mais de 61 anos de idade e não utilizar de estratégias de enfrentamento positivas.

Sentir-se solitário é doloroso para pacientes com câncer, pode preceder dificuldades de sono, inatividade física e funcional, sintomas depressivos e baixa qualidade de vida. Assim, embora seja entendida como um fenômeno da dimensão social diretamente vinculado ao Sofrimento espiritual em pessoas acometidas por câncer avançado, a solidão é uma questão clínica importante e deve ser levada em consideração ao avaliar a qualidade de vida e o prognóstico do paciente (Polański; Misiag; Chabowski, 2022).

Após a análise de cada um dos fatores causais separadamente, os resultados evidenciaram um modelo multivariado causal construído com base na análise de regressão múltipla, incluindo variáveis sociodemográficas e composto pelos seguintes fatores: “Medo” ( $OR= 5,78$ ); “Percepção de negócios inacabados” ( $OR= 3,54$ ); “Barreira para vivenciar o amor” ( $OR= 3,82$ ); “Solidão” ( $OR= 18,81$ ); “Relações interpessoais inadequadas” ( $OR= 23,36$ ); e número de membros da família vivendo na mesma casa ( $OR= 1,31$ ). A associação desses fatores em conjunto aumenta as chances de ocorrência do diagnóstico Sofrimento espiritual entre indivíduos com câncer metastático.

Ao observar esse modelo, alguns aspectos interessantes podem ser destacados. Inicialmente, o fator “Medo”, aqui investigado como causa do diagnóstico e tendo um valor importante dentro do conjunto, com aumento da chance em 5,78 vezes no desenvolvimento do diagnóstico, é relatado na NANDA-I como característica definidora. Desta forma, defende-se que este fenômeno funciona como causa, tanto de forma isolada, como dentro do conjunto de fatores causais para o contexto estudado.

Outro ponto a ser evidenciado é que, com exceção do “Medo”, todos os outros fatores causais têm importante relação com a dimensão social do ser humano (Percepção de negócios inacabados, Barreira para vivenciar o amor, Solidão, Relações interpessoais inadequadas; e número de membros da família vivendo na mesma casa). Esses resultados mostram o quanto o apoio social é crucial para o enfrentamento da doença e, consequentemente, quando inexistente, leva ao Sofrimento espiritual.

O número de pessoas vivendo na mesma casa do doente como parte do modelo causal mostrou-se como um resultado surpreendente, visto que esse número foi diretamente proporcional ao aumento do risco de desenvolvimento do Sofrimento espiritual. Adams *et al.*, (2017) identificaram em seu estudo que o número de familiares com quem os participantes mantinham contato regular foi positivamente correlacionado com o sentimento de solidão, ou seja, quanto mais contatos familiares, mais solitários os participantes se sentiam. Hatamipour

*et al.* (2015) sugerem a comunicação com a família como um problema vivenciado por pessoas com câncer. Acredita-se, portanto, que a quantidade de pessoas residentes no mesmo domicílio não necessariamente é sinônimo de apoio social, vínculo e ausência de solidão.

Como os seres humanos são compostos de elementos físicos, psicológicos e espirituais, o sofrimento em qualquer uma dessas dimensões experimentado por pessoas com câncer metastático também pode afetar seu bem-estar espiritual. No estudo de Alnaeem, Shehadeh e Nashwan (2024), os participantes destacaram como o acúmulo de sofrimento físico, psicológico e social levou ao sofrimento espiritual. É crucial entender que esses sentimentos podem surgir devido a vários fatores, como sofrimento psicológico, sofrimento social, trajetórias de doenças, questões de gênero e histórico sociocultural, e não apenas às próprias suposições do paciente.

Isso reafirma a importância de uma assistência de enfermagem holística ao indivíduo acometido pelo câncer e pela doença metastática, pois fica evidente que o desequilíbrio em qualquer dimensão humana se relaciona como causa e, por vezes, como consequência do desequilíbrio nas demais áreas, de forma cíclica. Ou seja, o indivíduo com um diagnóstico de câncer metastático possui sintomas físicos que desencadeiam emoções negativas. Estas podem ser fontes de questões sociais mal ou não resolvidas, que por sua vez geram angústias e, assim levam a Sofrimento espiritual. O contrário também é possível, quando o Sofrimento espiritual é causa do agravamento de sintomas já existentes, como preocupações, insônia, choro, entre outros.

Apesar de ser um diagnóstico de enfermagem não recente na NANDA-I e que possui um nível de evidência 3.2, ainda existem conceitos envolvidos no fenômeno Sofrimento espiritual que não são completamente esclarecidos na literatura. Portanto, a baixa quantidade de evidências e literatura acerca de algumas variáveis importantes para a compreensão do diagnóstico (indicadores clínicos e fatores causais), reflete uma dificuldade para este estudo. Além disso, destaca-se como limitação a atualização da taxonomia a cada três anos, sendo a análise de dados deste estudo realizada com base nas variáveis que fazem parte da 12<sup>a</sup> edição, atualizada para uma nova edição em 2024. Porém, faz-se importante ressaltar que as modificações da versão mais atual dizem respeito aos rótulos dos conceitos (fatores relacionados e características definidoras).

Para estudos futuros, sugere-se a realização de pesquisas longitudinais que possam acompanhar o comportamento temporal das variáveis no desenvolvimento do diagnóstico. Além disso, o estudo de cada um dos indicadores clínicos e fatores causais de forma separada, suas definições conceituais e suas relações com o fenômeno em questão pode ser válido para a

correta identificação e diferenciação do diagnóstico e, consequentemente, para a construção de um plano terapêutico adequado a cada situação.

## 7 CONCLUSÕES

A construção desta pesquisa possibilitou uma análise dos indicadores clínicos e fatores causais envolvidos do desenvolvimento do fenômeno Sofrimento espiritual como diagnóstico de enfermagem entre adultos com câncer metastático. Foram investigadas 219 pessoas com câncer metastático em dois centros de tratamento oncológico do estado do Ceará. Os participantes eram principalmente do sexo feminino (60,27%), com idade média de 58,89 anos, realizando principalmente quimioterapia, com média de 48,30 meses desde o diagnóstico de câncer e renda familiar média de 1,82 salários-mínimos.

Segundo a Análise de Classe Latente (ACL), a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual na população estudada foi de 31,16%. Um conjunto de oito indicadores clínicos se destacou para a inferência do diagnóstico, sendo eles: Questiona a própria dignidade; Culpa excessiva; Expressa preocupações sobre o futuro; Expressa perda de controle; Expressa perda da serenidade; Expressa sofrimento; Expressa preocupações sobre sistema de valores; e Choro. Este conjunto apresentou-se como mais específico do que sensível, ou seja, com maior capacidade de excluir indivíduos sem o diagnóstico.

A partir do modelo de probabilidades posteriores, foi possível identificar 46 combinações entre os indicadores clínicos com probabilidades maiores que 0,5 de apresentar o diagnóstico em estudo. Deste conjunto, evidenciaram-se os indicadores “Expressa preocupações sobre o futuro”, “Expressa sofrimento” e “Choro” que estiveram presentes em todos os conjuntos com probabilidade igual a 1,0 para a ocorrência do diagnóstico. Destaca-se que todos os indicadores clínicos presentes nos conjuntos fazem parte da lista de características definidoras da NANDA-I (versão 2021-2023).

Quanto a análise dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem, dez fatores apresentaram significância estatística na ocorrência do Sofrimento espiritual, sendo eles: Ansiedade; Barreira para vivenciar o amor; Conflito cultural; Medo; Percepção de ter negócios inacabados; Prática espiritual alterada; Relações interpessoais inadequadas; Expressa sentir-se inútil; Separação do sistema de apoio; e Solidão. Todos esses fatores causais listados apresentaram valores de *Odds Ratio* positivos, demonstrando um aumento da chance de desenvolvimento do diagnóstico quando estão presentes.

Após a análise desses fatores de forma individual, foi possível identificar um conjunto que, em associação entre si, aumenta as chances de ocorrência do Sofrimento espiritual entre adultos com câncer metastático, sendo este conjunto composto por: número de membros na família; Barreira para vivenciar o amor; Medo; Percepção de ter negócios

inacabados; Relações interpessoais inadequadas; e Solidão. Destaca-se que, os fatores causais “Medo” e “Expressa sentir-se inútil” não estão presentes na lista da NANDA-I (versão 2021-2023) de fatores relacionados ao Sofrimento espiritual, mas sim entre as características definidoras do fenômeno.

A partir dessas análises, este estudo traz algumas reflexões que contribuem no refinamento dos conceitos envolvidos no diagnóstico de enfermagem em estudo. Alguns termos utilizados necessitam de revisão e mais estudos para determinar o conceito que, de fato, representa o fenômeno, a exemplo do fator causal “Prática espiritual alterada”, que pode superestimar sua presença em uma determinada população ao se considerar “alterada” como mudança e não apenas como redução da prática espiritual. Sugere-se, ainda, futuras investigações acerca de possíveis relações entre “Ansiedade relacionada à morte” e Sofrimento espiritual entre pessoas com doença grave e avançada, como o câncer metastático. Ademais, essa pesquisa defende que “Expressa sentir-se inútil” (ou o sentimento de inutilidade) e “Medo” devem ser reconhecidos na taxonomia da NANDA-I como causas (fatores relacionados) do Sofrimento espiritual, e não como consequências (características definidoras).

Ressalta-se ainda que os fatores causais que se destacaram no conjunto para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, com exceção de “Medo”, têm importante relação com a dimensão humana voltada a aspectos sociais (Percepção de negócios inacabados, Barreira para vivenciar o amor, Solidão, Relações interpessoais inadequadas; e número de membros da família vivendo na mesma casa). Esses resultados apontam o cuidado voltado à dimensão social como uma forma de intervir para a redução da possibilidade de indivíduos enfrentando um câncer metastático desenvolverem Sofrimento espiritual. Outrossim, o enfermeiro deve estar atento ao suporte social que o paciente com câncer recebe além da instituição de saúde, visto que, este estudo mostrou que a quantidade de pessoas residentes no mesmo domicílio ou do mesmo meio familiar, não necessariamente é sinônimo de vínculo, suporte ou apoio social.

Desta forma, as reflexões fruto dos resultados desta pesquisa contribuem para revisão do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual e, consequentemente, para a padronização da linguagem da disciplina, para o pensamento crítico, identificação de intervenções que possam reduzir a presença deste diagnóstico na população estudada de forma assertiva e individualizada, além de insights para o desenvolvimento de novas pesquisas acerca do diagnóstico com esta e com outras populações.

## REFERÊNCIAS

ABSHIRE, M.; XU, J.; HIMMELFARB, C. D.; DAVIDSON, P.; SULMASY, D.; KUB, J.; HUGHES, M.; NOLAN, M. Symptoms and fear in heart failure patients approaching end of life: a mixed methods study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24. 2015.

ADAMS, R.N. et al. The Cancer Loneliness Scale and Cancer-related Negative Social Expectations Scale: development and validation. **Qual Life Res.**, v. 26, n. 7, p. 1901-1913, 2017.

ALMEIDA, C. S. J. R. G. **Satisfação das Necessidades de Cuidado em Fim de Vida: Percepção do doente e do enfermeiro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Lisboa, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/33612>. Acesso em: 5 jul. 2024

ALMEIDA, C. S. J. R. G. **Satisfação das Necessidades de Cuidado em Fim de Vida: Percepção do doente e do enfermeiro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Lisboa, 2017. Acesso em: 16 de setembro de 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/33612>. Acesso em: 5 jul. 2024

ALMEIDA, F. J. R.; SOBRAL, F. J. B. A. O sistema de valores humanos de administradores brasileiros: adaptação da escala PVQ para o estudo de valores no brasil. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 10, n. 3. 2009.

ALMEIDA, H. R. A.; MELO, C. F. Práticas de ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: uma revisão sistemática da literatura. **Enfermeria Global**, n.51. 2018. Acesso em: 21 de maio de 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.299691> Acesso em: 5 jul. 2024

ALNAEEM, M.M.; SHEHADEH, A.; NASHWAN, A.J. The experience of patients with hematological malignancy in their terminal stage: a phenomenological study from Jordan's perspective. **BMC Palliat Care**, v. 23, n. 36, 2024.

ALNAEEM, M.M.; SHEHADEH, A.; NASHWAN, A.J. The experience of patients with hematological malignancy in their terminal stage: a phenomenological study from Jordan's perspective. **BMC Palliat Care**, v. 23, n. 36, 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 845 p.

AMORIM, G. C. DE . et al.. Simulated scenarios in nursing: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 1, p. e20220123, 2023.

ANTONECHEN, A. C.; DÓRO, M. P. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes da hemato-onco com dor crônica. **Santa Maria**, v. 42, n. 1, p. 225-234. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, 4. ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 845 p.

AQUINO, T. A. A.; SERAFIM, T. D. B.; SILVA, H. D. M.; BARBOSA, E. L.; CIRNE, E. A.; FERREIRA, F. R.; DANTAS, P. R. S. Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: Um estudo correlacional. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 63, p. 289-302. 2010. Disponível em: <http://doi:10.7213/rpa.v28i63.20069> Acesso em: 5 jul. 2024

AQUINO, T. A. A.; SILVA, J. P.; FIGUEIRÊDO, A. T. B.; DOOURADO, E. T. D.; FARIA, E. C. S. Avaliação de uma Proposta de Prevenção do Vazio Existencial com Adolescentes. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 146-159, 2011.

ARAGÃO, E. I. S.; PORTUGAL, F. B.; CAMPOS, M. R.; LOPES, C. S.; FORTES, S. L. C. L. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.7, p. 2367-2374, 2017. Disponível em: <http://doi:10.1590/1413-81232017227.26712015> Acesso em: 10 jun. 2022.

ARGENTA, C., CONCEIÇÃO, V. M., POLTRONIERI, P., and CUBAS, M. R. Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: ARGENTA, C., ADAMY, E. K., and BITENCOURT, J. V. O. V., eds. **Processo de enfermagem: história e teoria**. Chapecó: Editora UFFS, 2020, p. 26- 46.

ATKIN, N.; VICKERSTAFF, V.; CANDY, B. ‘Worried to death’: the assessment andmanagement of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 69, 2017.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C.; OLIVEIRA, R. V. C. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(3), 397-405. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300007> Acesso em: 5 jul. 2024

BANDEALI, S.; DES ORDONS, A. R.; SINNARAJAH, A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. **Palliative and Supportive Care**, p. 1–6, 2019. A

BARBOSA, M. R.; SANTOS, F. U.; BARBOSA, M. R. Fontes estressoras no paciente comdiagnóstico de neoplasia mamária maligna. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 10-18. 2012.

BARBOSA, R. B.; GÓIS, M. L. de. Perspectivas de abordagem do fracasso escolar desde a Psicologia Diferencial. **Academic Journal of Studies in Society, Sciences and Technologies**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em:<https://geplat.com/papers/index.php/home/article/view/8/9>. Acesso em: 11 maio. 2024

BARROS, A. L. B. L.; HUMEREZ, D. C.; FAKIH, F. T.; MICHEL, J. L. M. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585-592, 2003

BARROSO, S. M.; ANDRADE, V. S.; OLIVEIRA, N. R. Escala Brasileira de Solidão: Análises de Resposta ao Item e definição dos pontos de corte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.65, n. 1, p. 76-81. 2016. Disponível em: <http://doi:10.1590/0047-208500000106> Acesso em: 27 set. 2021.

BENG, T. S.; GUAN, N. C.; SEANG, L. K.; PATHMAWATHI, S.; MING, M. F.; JANE, L. E.; CHIN, L. E; LOONG, L. C. The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 31, n. 1, . 46-56, 2012.

BENG, T. S.; GUAN, N. C.; SEANG, L. K.; PATHMAWATHI, S.; MING, M. F.; JANE, L. E.; CHIN, L. E; LOONG, L. C. The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 31, n. 1, . 46-56, 2014.

BENITES, A. C.; NEME, C. A. B.; SANTOS, M. A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200008> Acesso em: 01 de dez. 2021.

BENTUR, N., STARK, D.Y., RESNIZKY, S. et al. Coping strategies for existential and spiritual suffering in Israeli patients with advanced cancer. **Isr J Health Policy Res.**, v. 3, n. 21 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-21> /. Acesso em: 11 maio. 2024.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 19, n. 2, p. 187-197. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004> Acesso em: 5 jul. 2024

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001> Acesso em: 5 jul. 2024

Best, M. C.; VIVAT, B.; GIJSBERTS, M. J. Cuidados Espirituais em Cuidados Paliativos. **Religiões**, v. 14, n. 3, p. 320, 2023.

BHATNAGAR, S. et al. Signs of Spiritual Distress and its Implications for Practice in Indian Palliative Care. **Indian J Palliat Care**, v. 23, n. 3, p. 306–311, 2017

BHATNAGAR, S.; GIELEN, J.; SATIJA, A.; SINGH, S. P.; NOBLE, S.; CHATURVEDI, S. K. Signs of Spiritual Distress and its Implications for Practice in Indian Palliative Care. **Indian Journal Palliative Care**, v. 23, n. 3, p. 306-311. 2017.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tNXwHnGP8B4Zb3TdTG7Ycwf/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 7 maio 2022.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JUNIO, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos de humor em de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004> Acesso em: 5 jul. 2024

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIRO, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285-289. 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-306881> Acesso em: 5 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, **Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018

BUCKMAN, R. Breaking bad News: why is it still so difficult? **British Medical Journal (Clinical research ed)**, v. 288, n. 6430, p. 1597-1599. 1984.

BYUN, H-S, HWANG, H.; KIM G-D. Crying Therapy Intervention for Breast Cancer Survivors: Development and Effects. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 13, p. 4911. 2020.

CALDEIRA et al., Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 1, 2017.

CALDEIRA, S. et al. Spiritual Distress: Proposing a New Definition and Defining Characteristics. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 24, n. 2, 2013.

CALDEIRA, S.; TIMMINS, F.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, i. 1. 2017.

CALDEIRA, S.; TIMMINS, F.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 1. 2017. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12105> Acesso em: jul. 2024

CARMO, R. A. L. O.; SIMAN, A. G.; MATOS, R. A.; MENDONÇA, E. T. Cuidar em oncologia: desafios e superações cotidianas vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 65, n. 3. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.818> Acesso em: 5 jul. 2024

CARVALHO, E. C.; CRUZ. D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 134-141. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf> Acesso em: 5 jul. 2024

CARVALHO, E. C.; OLIVEIRA-KAMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3. p. 690-696. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509> Acesso em: 5 jul. 2024

CASSEL, E. J. Recognizing Suffering. **Hastings Center Report**, v. 21, n. 3, p. 24-31. 1991.

CASTRO, N.B., LOPES, M.V.O., MONTEIRO, A.R.M., DINIZ, C.M., MARTINS, L.C.G., FERREIRA, G.L., SOUSA, A.E.A. Unidimensional analysis of the nursing diagnoses of situational low self-esteem and chronic low self-esteem. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 57, n. 4, p. 1950-1959, 2021.

CAVALHEIRO, T. B.; GOUVEA, P. B.; ACOSTA, A. S.; MAIA, S. C.; GRANDO, S. R.; RANGEL, R. C. T. Registros da equipe multiprofissional sobre o acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doença oncológica. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 175-184, jul./dez. 2017

CEARÁ. **Mortalidade por Neoplasias Malignas**. 2024. Disponível em:[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim\\_Epidemiologico\\_Mortalidade-Neoplasias-Malignas\\_GT-DCNT\\_Registros-de-Cancer.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Epidemiologico_Mortalidade-Neoplasias-Malignas_GT-DCNT_Registros-de-Cancer.pdf). Acesso em: 11 maio. 2024

CERQUEIRA, L. M. de. **Diversidade, inclusão social e educacional**. Alagoinhas:Bordô-Grená, 2019. Disponível em:[https://www.editorabordogrena.com/\\_files/ugd/d0c995\\_899495a899f045d391e55f6faf07e18d.pdf#page=131](https://www.editorabordogrena.com/_files/ugd/d0c995_899495a899f045d391e55f6faf07e18d.pdf#page=131). Acesso em: 11 maio. 2024

CHAN, K. Y. et al. Reduction of psycho-spiritual distress of an elderly with advanced congestive heart failure by life review interview in a palliative care day center. **Sage journals**, v. 26, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050313X16665998>. Acesso em: 11 maio. 2024.

CHAVES, E. de C. L. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, Ago 2011.

CHEN, S-Q.; LIU, J-E.; LI, Z.; SU, Y-S. The process of accepting breast cancer among Chinese women: A grounded theory study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 28, p. 77-85. 2017.

CHIOU, Y.; CHIU, N.; WANG, L.; LI, S.; LEE, C.; WU, M.; CHEN, C.; WU, Y.; LEE, Y. Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 25, n. 12. 2016

CHIOU, Y.; CHIU, N.; WANG, L.; LI, S.; LEE, C.; WU, M.; CHEN, C.; WU, Y.; LEE, Y. Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 25, n. 12. 2016.

CHOCHINOV H. M.; HACK T.; HASSARD T.; KRISTJANSON L. J.; MCCLEMENT S.; HARLOS M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. **J Clin Oncol.**, v. 23, n.24, p. 5520-5525. 2005.

CHOCHINOV H. M.; HACK T.; HASSARD T.; KRISTJANSON L. J.; MCCLEMENT S.; HARLOS M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. **J Clin Oncol.**, v. 23, n.24, p. 5520-5525. 2005.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. **Millenium-Journal of Education, Technologies and Health**, v. 32, p. 197-210. 2016

CLEELAND, C.; RYAN, K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Ann Acad Med Singapore**, v. 23, n. 2, p. 129-138, 1994.

CLIMASINSKI, M. et al. Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, n. 9, 5512, 2022. Disponível em:<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/5512>. Acesso em: 11 maio. 2024.

CLYNE, B.; O'NEILL, S.M.; NUZUM, D.; O'NEILL, M.; LARKIN, J.; RYAN, M.; SMITH, S.M. Patients' spirituality perspectives at the end of life: a qualitative evidence synthesis. **BMJ Support Palliat Care**, v. 12, n. e4, p. e550-e561, 2022.

COLLINS, L.M.; LANZA, S. T. **Latent Class and Latent Transition Analysis:** with applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. John Wiley & Sons, Wiley Series in Probability and Statistics, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov> Acesso em: 13 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Portaria SAES n. 1.399, de 17 de dezembro de 2019.** Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-215-publicada-a-portaria-saes-n-1399-que-redefine-os-criterios-e-parametros-referenciais-para-a-habilitacao-de-estabelecimentos-de-saude-na-alta-complexidade-em-oncol/> Acesso em: 15 abr. 2022.

CORGOZINHO, M. M.; BARBOSA, L. O.; ARAÚJO, I. P.; ARAÚJO, G. T. F. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2. 2020.

CORREA, R. V. B.; SILVEIRA, B. A Dificuldade de Aceitação no Processo Saúde e Doença Diante o Diagnóstico Renal Crônico: A Importância do Psicólogo. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2. SUPLEMENTO, p. 32-39. 2019.

COSTA A. L. C.; POLAK C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). **Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, Esp, p. 1017-26, 2009.

COSTA, T. S. C. **Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário** (Dissertação) 2013. Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana Castelo. Viana do Castelo. 2013.

CROFFORD, L. J. Chronic Pain: Where the Body Meets The Brain. **Trans Amer Clin and Climat Assoc.** v. 126, p.167-181, 2015.

CUNHA, M.; LOUREIRO, N.; DUARTE, J.; CARVALHO, F. Estrutura fatorial da escala de dignidade em doentes com necessidades de cuidados paliativos. **Millenium**, v. 2, n. 2, ed espec, p. 41-56, 2017.

DEL PINO, C. C. **La Culpa**. Madrid, Espanha: Alianza Editorial S.A. 1991

DICIO, **Dicionário Online de Português**. In: Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: [\[https://www.dicio.com.br\]](https://www.dicio.com.br). Disponível em: <https://www.dicio.com.br> Acesso em: 29 de set. 2021.

DINI, G. M.; QUARESMA, R. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. **Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: <http://www.rbcsp.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg> Acesso em: 14 abr. 2022.

DOURADO, C. S. *et al.* Associação entre eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama e metástase. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 2, Fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.15672015>. Acesso em: 5 jul. 2024.

DRASGOW, F.; LISSAK, R. Modified parallel analysis: a procedure for examining the latent dimensionality of dichotomously scored item responses. **Journal of Applied Psychology**, v. 68, p. 363– 373, 1083.

ECHEVERRI, C. G. O grupo familiar diante da morte. In: JARAMILLO, I. F. **Morrer bem**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006, p. 68-86.

EGAN, R.; MACLEON, R.; JAYE, C.; MCGEE, R.; BAXTER, J.; HERBISON, P.; WOOD, D. Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study. **Palliative and Supportive Care**, p. 1478-9515, 2016.

EGAN, R.; MACLEON, R.; JAYE, C.; MCGEE, R.; BAXTER, J.; HERBISON, P.; WOOD, D. Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study. **Palliative and Supportive Care**, p. 1478-9515, 2016.

EID, N. T.; KAIRALLA, M. C.; CAMPORA, F. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 1, p. 19-23. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2679> Acesso em: 14 set. 2021.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, C. A. M. Analysis of the nature of spiritual pain in terminal patients and themre signification process through the relaxation, mental images and spirituality (RIME) intervention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 959-965, 2008.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, C. A. M. Analysis of the nature of spiritual pain in terminal patients and themre signification process through the relaxation, mental images and spirituality (RIME) intervention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 959-965, 2008.

ELVIN-NOWAK, Y. The meaning of guilt: A phenomenological description of employed mothers' experiences of guilt. **Scandinavian journal of psychology**, v. 40, n.1, p. 73-83. 1999.

ESHGHI, F. et al. An integrative review of defining characteristic of the nursing diagnosis "spiritual distress". **Nusing Open**, v. 10, n. 5, 2023. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1574>. Acesso em: 11 maio. 2024.

ESHGHI, F.; NIKFARID, L.; ZAREIYAN, A. An integrative review of defining characteristic of the nursing diagnosis "spiritual distress". **Nurs Open.**, v. 10, n. 5, p. 2831-2841, 2023.

estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria**, v. 25 (suplemento), p. 65-74. 2003. Acesso em: 24 de setembro de 2021. Disponível em:

ESTUMANO, V. K. C. et al. Perfil sociodemográfico, clínico e de sobrevida de pacientes adultos metastáticos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 44, 2023. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rge/pdf/XddZRJ5CH4nWQdLzJ4Vf6RG/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio. 2024.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; ABRÃO, F. M. S.; BATISTA, P. S. S.; OLIVEIRA, R. C. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318023> Acesso em: 11 maio. 2024.

FALAVIGNA, A.; BEZERRA, M. L. S.; TELES, A. R.; KLEBER, F. D.; VELHO, M. C.; SILVA, R. C.; MAZZOCHIN, T.; SANTIN, J. T.; MOSENA, G.; BRAGA, G. L.; PETRY, F. L.; MEDINA, M. F. L. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. **Sleep Breath**, v. 15, 351–355. 2011. Available from: <http://doi:10.1007/s11325-010-0392-x> Acesso em: 11 maio. 2024.

FARO, André. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 349-353. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353> Acesso em: 11 maio. 2024.

FERREIRA, K. A.; TEIXEIRA, M. J.; MENDONZA, T. R.; CLEELAND, C. S. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 505-511. 2011.

FIGUEIREDO, J. F.; SOUZA, V. M.; COELHO, H. V.; SOUZA, R. S. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro – RECOM**. v. 8, e2638. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638> Acesso em: 11 maio. 2024.

FLECK M. P. A.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B; PORTO, J. A; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013> Acesso em: 11 maio. 2024.

FLECK M. P. A.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B; PORTO, J. A; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013> Acesso em: 25 out. 2021.

FLOODY, D. F. Serenity and Inner Peace: Positive Perspectives. In: G. SIMS *et al.* (eds.), **Personal Peacefulness**, Peace Psychology Book Series, 20 ed. New York: Springer Science e Business Media, 2014.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 23, n. 2, 2020. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/6bpgtbbj6wGQF4nWfxLGgDF/#> Acesso em: 11 maio. 2024.

FREIRE, M. E. M.; COSTA, S. F. G.; LIMA, R. A. G.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 27, n. 2. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005420016> Acesso em: 11 maio. 2024.

FREITAS, A. M. C.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; Acesso em: 22 de maio de 2022. SOUSA, C. C.; OLIVEIRA, P. C. S.; SOUZA, F. O. Qualidade do sono e fatores associados entre docentes de educação superior. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, e2, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100566937010> Acesso em: 11 maio. 2024.

FREITAS, M. O; HAAG, G. S. Sentimentos do idoso frente à dependência física. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 14, n. 2, 2009. Disponível em:<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/9530>. Acesso em: 15 maio. 2024.

GLENN, G. T.; PIEPER, B. Forgiveness and Spiritual Distress: Implications for Nursing. **J Christ Nurs**, v. 36, n. 3, p. 185-189, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31180964/> Acesso em: 11 maio. 2024.

GOMES, E. T. G.; BEZERRA, S. M. M. S. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p.

273-278. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1126> Acesso em: 11 maio. 2024.

GONÇALVES, D. S. et al. Sobrevida global e fatores associados em mulheres com câncer de mama metastático tratadas com trastuzumabe em uma instituição pública de referência. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 26, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230045.2>. Acesso em: 11 maio. 2024.

GRANT, E.; MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; TILLEY, S.; RYAN, D. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Palliative and Supportive Care**, v. 2, p. 371-378, 2004.

GRANT, E.; MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; TILLEY, S.; RYAN, D. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Palliative and Supportive Care**, v. 2, p. 371-378, 2004.

GUEDES, M. B. O. G.; CRUZ, L. P.; CAMILLATO, E. S.; FARIA, R. M. C. A.; BARBOSA, R. C. V.; BARBOSA, M. A. Construção e validação de uma escala de estressores para a vida diária. **Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEF**. v. 11, n. 11, 2013.

GUTIERREZ, P. L. O que é paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010> Acesso em: 11 maio. 2024.

HAGARTY, A. M.; BUSH, S. H.; TALARICO, R.; LAPENSKIE, J.; TANUSEPUTRO, P. Severe pain at the end of life: a populationlevel observational study. **BMC Palliative Care**, v. 19, n. 60. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2> Acesso em: 11 maio. 2024.

HATAMIPOUR, K.; RASSOULI, M.; YAGHMAIE F, ZENDEDEL K, MAJD HA. Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. **Indian J Palliat Care**, v. 21, n. 1, p. 61-7. 2015

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**: definições e classificações. 2021-2023. 12. ed. São Paulo: Artmed. 2021.

HO, K. H. M.; YANG, C.; NG, MSN.; TAO, A.; CHAN, H. Y. L. Solidão no fim da vida: uma revisão de escopo. **Journal of Clinical Nursing**, v. 1, p. 1 – 17, 2023.

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO, HMSVP. Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo. **Conheça nossa história**. Disponível em: <https://saovicente.org.br/o-hospital/> Acesso em: 11 maio. 2024.

HOSPITAL HAROLDO JUAÇABA. Hospital Haroldo Juaçaba. **Página inicial..** Disponível em: <https://www.haroldojucaba.com.br/> [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en\\_0104-0707-tce-25-01-3360014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-3360014.pdf) Acesso em: 11 maio. 2024.

HUI, D.; CRUZ, M.; THORNEY, S.; PARSONS, H. A.; DELGADO-GUAY, M.; BRUERA, E. The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer

Admitted to an Acute Palliative Care Unit. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 28, n. 4. 2011. Disponível em: <http://ajh.sagepub.com/content/28/4/264> Acesso em: 11 maio. 2024.

HULLEY, B. S.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. Ed. Porto Alegre. Artmed. 2015.

IANI, L.; DE VINCENZO, F.; MARUELLI, A.; CHOCHINOV, H. M.; RAGGHIANTI, M.; DURANTE, S.; LOMBARDO, L. Dignity Therapy Helps Terminally Ill Patients Maintain a Sense of Peace: Early Results of a Randomized Controlled Trial. **Frontiers in Psychology**, v. 11. 2020. Available from: <http://doi:10.3389/fpsyg.2020.01468> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rendimento**. 2020. Disponível em:[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709_informativo.pdf). Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO DE CÂNCER DO CEARÁ, ICC. Quem somos. **Página inicial**. Disponível em: <https://www.icc.org.br/> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> Acesso em: 11 maio. 2024

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Quimioterapia** 2023. Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>. Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2014:** Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020:** Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Sobre o INCA.** Onde tratar pelo SUS – Ceará. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/ceara> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO ONCOGUIA. Oncoguia: **Câncer avançado, metástase e metástase óssea**, 2019. Câncer avançado. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-avancado-metastase-e-metastase-ossea/13285/357/> Acesso em: 11 maio. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Ceará em Mapas.** Caracterização territorial. 2007. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11.htm> Acesso em: 11 maio. 2024.

**INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. Painel de Indicadores Sociais e Econômicos:** Os 10 maiores e os 10 menores municípios cearenses 2021. Ed. 1. 2021.. Disponível em: [https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/01/Painel\\_Indicadores\\_2021.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/01/Painel_Indicadores_2021.pdf) Acesso em: 11 maio. 2024.

JESUS, A. S. de et al. Fatores Associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Tratamento Clínico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 65, n. 2, e-15395, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/395> Acesso em: 11 maio. 2024.

KACHENSKI, R. B.; SOUSA, R. C. S.; TORO, P. E. Z.; COSTA, F; COLAUTO, R. D. Sentimentos de culpa vivenciados na pós-graduação. **Revista Ambiente Contábil**, v. 13, n. 2, p. 275-298. 2021.

KAWA, M.; KAYAMA, M.; MAEYAMA, E.; IBA, NORITO; MURATA, H.; IMAMURA, Y.; KOYAMA, T.; MIZUNO, M. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. **Support Care Cancer**, v. 11, p. 481-490. 2003.

KLEIN, C.A. Cancer progression and the invisible phase of metastatic colonization. **Nat Rev Cancer**, v. 20, p. 681–694, 2020. Disponível em:<https://doi.org/10.1038/s41568-020-00300-6>. Acesso em: 11 maio. 2024.

KOHLS, N.; Walach, H. Lack of Spiritual Practice - An Important Risk Factor for Suffering From Distress. **Medical Anthropology**, v. 1, jan 2008. Disponível em:[https://www.researchgate.net/publication/228800372\\_Lack\\_of\\_Spiritual\\_Practice\\_-\\_An\\_Important\\_Risk\\_Factor\\_for\\_Suffering\\_From\\_Distress](https://www.researchgate.net/publication/228800372_Lack_of_Spiritual_Practice_-_An_Important_Risk_Factor_for_Suffering_From_Distress) Acesso em: 11 maio. 2024.

KONDRATH, S.R. Moral Injury and Spiritual Distress: Clinical Applications in Interdisciplinary, Spiritually Integrated Interventions. **Curr Treat Options Psych**, v. 9, p. 126–139, 2022.

KRAMER, S. Privação cultural e educação compensatória: uma análise crítica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 42, p. 54–62, 1982. Disponível em:<https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1550>. Acesso em: 11 maio. 2024

KRIKORIAN, A.; LIMONERO, J.; MATÉ, J. Suffering and distress at the end-of-life. **Psycho-Oncology**, 2011.

KRIKORIAN, A.; LIMONERO, J.; MATÉ, J. Suffering and distress at the end-of-life. **Psycho-Oncology**, v. 1, n. 8, p. 799-808, 2021.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

KUTNER, J. S.; NOWELS, D. E.; KASSNER, C. T.; HOUSER, J.; BRYANT, L. L.; MAIN, D. S. Confirmation of the “disability paradox” among hospice patients: Preservation of quality of life despite physical ailments and psychosocial concerns. **Palliative and Supportive Care**, v. 1, p. 231-237, 2003.

LAVADO, E. L.; CASTRO, A. A. Projeto de Pesquisa. In: CASTRO, A. A. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: AAC, 2001. Acesso em: 02 de março de 2022. Disponível em: [http://www.usinadepesquisa.com/?page\\_id=1691](http://www.usinadepesquisa.com/?page_id=1691) Acesso em: 11 maio. 2024.

LEE, G. L.; RAMASWAMY, A. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. **Death Studies**, v. 44, n. 5. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1541944> Acesso em: 15 maio. 2024.

LEE, YP., WU, CH., CHIU, TY. et al. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. **BMC Palliat Care**, v. 14, n. 69, 2015.

LENZ E. R.; PUGH L. C.; MILLIGAN R. A.; GIFT A.; SUPPE F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: na update. **Advances in Nursing Science**, v. 19, p. 14–27. 1997.

LIASE CARIRI. Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri. Parcerias. **Ambulatório de dor e cuidados paliativos**. 2020. Disponível em: <https://liasecariri.ufca.edu.br/parcerias/ambulatorio-da-dor-e-cuidados-paliativos/> Acesso em: 11 maio. 2024.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. A análise de diagnósticos de enfermagem sob uma perspectiva Bayesiana. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 994-1000. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400030> Acesso em: 11 maio. 2024.

MACÊDO, E. L.; GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**. v. 24. e65400. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400> Acesso em: 11 maio 2024.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: **Second language research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 43-99.

MAIKO, S.; JOHNS, S. A.; HELFT, P. R.; SLAVEN, J. E.; COTTINGHAM, A. H.; TORKE, A. M. Spiritual Experiences of Adults with Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2018.

management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 69, 2017.

MANHÃES, F. P. et al. Comparaçao da sobrevida dos pacientes portadores de metástase pulmonar e pleural submetidos à cirurgia diagnóstica e terapêutica. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 23, n. 2, 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Técnica de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2010.  
MARCONI, M.de A.; Lakatos, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2023.

MARGIS, R. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd.**, v. 25, Abr 2003.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria**, v. 25 (suplemento), p. 65-74. 2003.

MARINHO, L. M.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M.; ANDRADE, J. M. O. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 104-110. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100013> Acesso em: 11 maio 2024.

MARQUES, Antônio. Autoconhecimento, instrospecção e memória. **Caderno CRH**, v. 25, n. esp 2, p. 13-22, 2012.

MARTINS, H. et al. Spiritual distress and religious involvement among cancer patients receiving chemotherapy: A longitudinal study, **Journal of Nursing Scholarship**, v. 35, 2023. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12442> Acesso em: 11 maio. 2024.

MARTINS, H.; CALDEIRA, S. Spiritual Distress in Cancer Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. **Religions**, v. 9, n. 285. 2018.

MARTINS, M. C. S. F. C. **Aliviando o sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2010.

MARVIN, D. et al. Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, n .6, 2011.

MASTERSON, M. P.; SLIVJAK, E.; JANKAUSKAITE, G; BREITBART, W; PESSIN, H; SCHOFIELD, E.; HOLLAND, J.; LICHTENTHAL, W. G. Beyond the bucket list: Unfinished and business among advanced cancer patients. **Psycho-Oncology**, p. 1-8. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.4821> Acesso em: 24 set. 2023.

MASTERSON, M. P.; SLIVJAK, E.; JANKAUSKAITE, G; BREITBART, W; PESSIN, H; SCHOFIELD, E.; HOLLAND, J.; LICHTENTHAL, W. G. Beyond the bucket list: Unfinished and business among advanced cancer patients. **Psycho-Oncology**, p. 1-8. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.4821> Acesso em: 24 set. 2021.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA A. L. B. C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p: 518-524. 2015.

MELO, A. F. V.; ZENI, L. L.; COSTA, C. L.; FAVA, A. S. A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 152-166. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844510010> Acesso em: 24 set. 2023.

MELO, A. F. V.; ZENI, L. L.; COSTA, C. L.; FAVA, A. S. A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 152-166. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844510010> Acesso em: 3 out. 2021.

MENDES, B. V. Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 76, n. 2, 2023. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt> Acesso em: 11 maio. 2024.

MENDONÇA, A. B. et al. Suffering experiences of people with cancer undergoing chemotherapy: A meta-ethnographic study. **Nursing & Health**, v. 23, 2021. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12839>. Acesso em: 11 maio. 2024.

MENDONÇA, N. D. **O uso dos conceitos:** uma tentativa de interdisciplinaridade. 2nd Ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

MERCADANTE, S. et al. Sleep Disturbances in Patients With Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 50, 2015, Pages 786-792, 2015. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415004108> Acesso em: 11 maio. 2024.

MERHY, E. E.; Saúde: **A Cartografia do Trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 784 – 795, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm> Acesso em: 24 set. 2023.

MIHIC-GONGORA, L.; JIMÉNEZ-FONSECA, P., HERNANDEZ, R. et al. Sofrimento psicológico e resiliência em pacientes com câncer avançado durante a pandemia de Covid-19: o papel mediador da espiritualidade. **BMC Palliat Care**, v. 21, n. 146, 2022.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

MONTEFORTE-ROYO, C.; VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, C.; TOMÁS-SÁBADO, J.; MAHTANI-CHUGANI, V.; BALAGUER, A. What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, e37117, 2012.

MONTEIRO, D. R.; ALMEIDA, M. A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidadospaliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso) Acesso em: 26 out. 2021.

MONTI, M. R. Contrato narcisista e clínica do vazio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, v. 11, n. 2, p. 239-253, jun. 2008

MORITA, T.; TSUNODA, S, I.; CHIHARA, S. An exploratory factor analysis of existential suffering in japanese terminally ill cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 9, p. 164-168, 2000.

MOTA, D. D. C. F; PIMENTA, C. A. M.; FITCH, M. I. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43 (esp), p. 1080-1087. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500012> Acesso em: 24 set. 2023.

MULULO, S. C.; MENEZES, G. B.; VIGNE, P.; FONTENELLE, L. F. A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 92-100. 2012

MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; WORTH, A.; BENTON, F. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. **Palliative Medicine**, v. 18, p. 34-45. 2004

NAJEEB B, MALIK MFA, NIZAMI AT, YASIR S. A Case Study of Depression in High Achieving Students Associated With Moral Incongruence, Spiritual Distress, and Feelings of Guilt. **Cureus**, v. 15, n. 3, e36102. 2023

NETO, F.; BARROS, J. Solidão em diferentes níveis etários. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 3, p. 71-88. 2001.

no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/tNXwHnGP8B4Zb3TdTG7Ycwf/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 7 maio 2022.

OBISPO, B. et al., Perceived Dignity of Advanced Cancer Patients and Its Relationship to Sociodemographic, Clinical, and Psychological Factors. **Front. Psychol.**, v. 25, maio, 2022. Disponível em:<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.855704/full>. Acesso em: 11 maio. 2024.

OLIVEIRA, S. S. W.; AMARAL, V. R. S.; VASCONCELOS, R. S.; LIMA, E. R.; SÁ, K. N. O uso da prática espiritual no tratamento da dor de pessoas com câncer. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 52. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2232-2239> Acesso em: 13 jun. 2022.

ORDONS, A. et al. Spiritual Distress Within Inpatient Settings—A Scoping Review of Patients' and Families' Experiences. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 1, 2018. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392418301349>. Acesso em: 11 maio. 2024.

ORDONS, A. R.; SINUFF, T.; STELFOX, H. T.; KONDEJEWSKI, J.; SINCLAIR, S. Spiritual distress within inpatient settings – A scoping review of patient and Family experiences. **Journal of Pain and Symptom Management**. 2018. Acesso em: 17 de novembro de 2021. Disponível em: <http://10.1016/j.jpainsymman.2018.03.009> no processo

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global câncer**. 2024. Disponível em:<https://gco.iarc.fr/en>. Acesso em: 11 maio. 2024.

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Carga global de câncer aumenta em meio à crescente necessidade de serviços.** Disponível em:  
<https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crescente-necessidade-servicos>. Acesso em: 11 maio. 2024

OTTATTI, F.; CAMPOS, M. P. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 17, n. 2, p. 103-111. 2014. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.2.11> Acesso em: 26 de out. 2021.

OTTE, J. et al. Systematic review of sleep disorders in cancer patients: can the prevalence of sleep disorders be ascertained? **Cancer medicine**, v. 4, 2014. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cam4.356> Acesso em: 11 maio. 2024.

PARKER-OLIVER, D. Redefining hope for the terminally ill. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, v. 19, n. 2, p. 115-120. 2002

PATEL, V. Crying behavior and psychiatric disorder in adults: A review. **Comprehensive Psychiatry**, v. 34, p. 206-2U. 1993.

PAULO, A. C. M. **A solidão em doentes oncológicos em fase terminal: um estudo de caso** (Dissertação), 2013. Mestrado em Cuidados Paliativos – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: 2013.

PENSON, R. T.; PARTRIDGE, R. A.; SHAH, M. A.; GIANSIRACUSA, D.; CHABNER, B. A.; LYNCH JR, T. J. Update: Fear of Death. **The Oncologist**, v. 10, p. 160-169. 2005.

PEPLAU, L.; PERLMAN, D. (Eds.) **Loneliness:** a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience, 1982.

PEREIRA, E. E. B.; SANTOS, N. B.; SARGES, E. S. N. F. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriatrício hospitalizado. **Revista Pan-Amaz Saúde**, v. 5, n. 4. 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.5123/S2176-62232014000400005> Acesso em: 28 set. 2021.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl 1; p. 82-87, 2007.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO A. C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: AROMATARIS E.; MUNN Z. (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [S.l.]: JBI, 2020.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião:** uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

PINHO, C. M. et al. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rgefn/a/Hr4BWHghMW3dYZmm76Pgz9v/?lang=pt> Acesso em: 11 maio. 2024

POLAŃSKI, J.; WERONIKA, M.; CHABOWSKI, M. Impact of Loneliness on Functioning in Lung Cancer Patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, 15793, 2022

PONOCNY, I. Nonparametric goodness-of-fit tests for the Rasch model. **Psychometrika**, v. 66, n. 3, p. 437–459, 2001.

PORTE, V. S. M.; SILVA, A. V. M.; FERREIRA, C. M. T.; FONSECA, R. C. Espiritualidade na oncologia: uma análise a partir de estudos voltados para o cuidado em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74501-74508. Jul, 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDH**. 2024. Disponível em:<https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-e-o-idh>. Acesso em: 11 maio. 2024.

RABBI, M. S. et al. Distinguishing Between Spiritual Distress, General Distress, Spiritual Well-Being, and Spiritual Pain Among Cancer Patients During Oncology Treatment. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 54, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417301872> Acesso em: 11 maio. 2024.

ROBERTS, K. T. Serenity: Caring with perspective. **Scholarly Practice for Nursing Practice: An International Journal**, v. 5, p. 127–142. 1991

ROBERTS, K. T.; ASPY, C. B. Development of the serenity scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, p. 145–164. 1993

RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P.; FERREIRA, L. P. T.; MANZAN, C. S.; HIRATSUKA, M. K. B. Estresse em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico. **Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4487-4500. 2016. Acesso em: 26 de outubro de 2022. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754104023>

ROESE, A. Sofrimento espiritual, busca de sentido e espiritualidade. **Revista Pistis Prax.**, v. 3, n. 2, p. 333-359, jul./dez. 2011.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROSENBERG, S. Dignity Therapy. **American Journal of Psychiatry Residents' Journal**, v. 13, n. 8, 2018. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajprj.2018.130803>. Acesso em: 11 maio. 2024.

RUSHTON L. **What are the barriers to spiritual care in a hospital setting?** Disponível em:<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.370> Acesso em: 11 maio. 2024.

RUTHERFORD M. A. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? **Journal of Issues in Nursing**, v. 13, n. 1. 2008. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html?css=print> Acesso em: 17 nov. 2021.

SALDANHA, Z. O.; SÁ, A. M. M.; SANTOS, M. N. A.; SANTANA, M. E. O cuidado de enfermagem para a mulher que vivencia câncer de mama com metástase óssea. **Enfermagem em Foco**. v. 11, n. 5. 2020.

SALERNO, M. C.; BOLINA, A. F.; DIAS, F. B.; MARTINS, N. P. F.; TAVARES, D. M. S. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogit. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 1-07, Out.-Dez. 2015.

SANTOS, F. **Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer.** São Paulo: Atheneu. 2009.

SANTOS, J. A. dos. Convivência entre pacientes com câncer em uma casa de apoio. **Ciência e saúde**, v. 11, n. 1, 2018. Disponível em:<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/27278>. Acesso em: 11 maio. 2024.

SANTOS, M de O, LIMA, F.C da S de, MARTINS, L.F.L.; OLIVEIRA, J.F.P.; ALMEIDA LM de, CANCELA M de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 69, n. 1, e-213700, 2023. Disponível em:<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700> Acesso em: 11 maio. 2024

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, R.; SINDRA, J. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010> Acesso em: 14 set. 2021.

SAPETA, P.; LOPES, M. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. **Referência - Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 4, jun. p. 35-57, 2007.

SCHEFFOLD, M. **Psychological distress, attachment insecurity and spiritual well-being in cancer patients.** 2019. Tese (Doutorado Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Leipzig, Leipzig, 2019.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 36-48. 2013.

SCHULTZ, M., MEGED-BOOK, T., MASHIACH, T. et al. The cultural expression of spiritual distress in Israel. **Support Care Cancer**, v. 26, p. 3187-3193, 2018.

SCOBIE, E. D.; SCOBIE, G. E. W. Damaging Events: The Perceived Need for Forgiveness. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 28, n. 4. 1998.

SELMAN, L. E. et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. **Palliative Medicine**, 2017.

SELMAN, L. E. et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. **Palliative Medicine**, 2017. Disponível em:<http://doi:10.1177/0269216317734954>. Acesso em: 3 out. 2021.

SHAPIRO, J.; ASTIN, J.; SHAPIRO, S. *Coping with loss of control in the practice of medicine*. **Families, Systems, & Health**, v. 29, n. 1, p. 15-28, Mar 2011.

SHIH, F-J.; LIN, H-R.; GAU, M-L.; CHEN, C-H.; HSIAO, S-M.; SHIH, S-N.; SHEU, S-J. Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 36, n. 1, 2009.

SIDDINATH, G. et al. Prevalence of sleep disorders in patients with advanced cancer: a cross-sectional study. **Annals of Medicine & Surgery**, v. 86, n. 7, p 3954-3958, Jul. 2024. Disponível em:[https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2024/07000/prevalence\\_of\\_sleep\\_disorders\\_in\\_patients\\_with.28.aspx](https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2024/07000/prevalence_of_sleep_disorders_in_patients_with.28.aspx) Acesso em: 11 maio. 2024.

SILVA, A. E.; SILVA, G. A.; SILVA, K. A. T.; SANTOS, M. F.; CARVALHO, T. V.; RIBEIRO, S. A. Dor social em pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos na atenção domiciliar: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n.5, e17510513847, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.13847> Acesso em: 27 set. 2021.

SILVA, B. S.; Costa, E. E.; GABRIEL, I. G. S. P. S; SILVA, A. E.; MACHADO, R. M. Nursing team perception non spirituality in end-of-lifecare. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 01-08, 2016. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/12/47146-191965-1-PB.pdf> Acesso em: 27 set. 2021.

SILVA, G. C. N. et al. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, Nov-Dec 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>. Acesso em: 11 maio. 2024.

SIMÃO, T. P.; CHAVES, E. C. L.; LUNES, D. H. Angústia espiritual: a busca por novas evidências. **Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946037> Acesso em: 27 set. 2021.

SOUZA, R. F.; OLIVEIRA, Y. R.; CALOU, I. B. F. Ansiedade: aspectos gerais e tratamento com enfoque nas plantas com potencial ansiolítico. **Revinter**, v. 11, n. 01, p. 33-54. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22280/revintervol11ed1.327> Acesso em: 27 set. 2021.

SOUSA, S.D.S; REIS, A.D.; NETO, J.O.B.; GARCIA, J.B.S. End-of-life experience and its toll on quality of life and spirituality: a cross-sectional study. **Int J Palliat Nurs.**, v. 27, n. 5, p. 263-273, 2021

SPIELBERGER, C. D. **Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)** (A. Biaggio, trans.). São Paulo: Votor Editora Psicopedagógica. 1992.

STUMM, E. M. F.; KUHN, D. T.; HILDEBRANDT, L. M.; KIRCHNER, R. M. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 499-506. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648981004> Acesso em: 27 set. 2021.

TAVARES, D. M. S.; MATIAS, T. G. C.; FERREIRA, P. C. S.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S.; PAIVA, M. M. Quality of life and self-esteem among the elderly in the Community. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016.

THOMAS J. L; REITSCHULER-CROSS E.; BLOCK S. D. Managemen to Psychosocial Issues In Terminal Illness. **ACP Medicine**. 2013.

THORNTON, L.M.; LEVIN AO, DORFMAN CS, GODIWALA N, HEITZMANN C, ANDERSEN BL. Emotions and social relationships for breast and gynecologic patients: A qualitative study of coping with recurrence. **Psychooncology**, v. 23, n. 4, p. 382-389, 2014. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1002/pon.3429> Acesso em: 11 maio. 2024.

TING-TOOMEY, S.; OETZEL, J. G. **The SAGE handbook of conflictm communication**, 2 ed. Los Angeles, CA: SAGE. 2013.

TOMASZEWSKI, A. S.; OLIVEIRA, S. G.; ARRIEIRA, I. C. O.; CARDOSO, D. H.; SARTOR, S. F. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3. 2017.

TOUSSAINT, Loren et al. Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms, **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 37, 2017. Disponível em:<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07347332.2017.1309615> Acesso em: 11 maio. 2024.

TSIGAROPPOULOS, T. *et al.* Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. **International Journal of Nursing Practice**. V. 15, p. 1–6. 2009.

VAN LAARHOVEN, H. et al. Comparison of Attitudes of Guilt and Forgiveness in Cancer Patients Without Evidence of Disease and Advanced Cancer Patients in a Palliative Care Setting. **Cancer Nursing**, v. 35, n. 6, p 483-492, 2012. Disponível em:[https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/2012/11000/comparison\\_of\\_attitudes\\_of\\_guilt\\_and\\_forgivenes.12.aspx](https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/2012/11000/comparison_of_attitudes_of_guilt_and_forgivenes.12.aspx). Acesso em: 11 maio. 2024.

VANZELER, M. L. A. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: Instrumentos utilizados no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 13, n. 10, p. 100-120. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados> Acesso em: 27 set. 2021.

VEHLING, S. et al. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. **Psycho-Oncology**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.4872>. Acesso em: 11 maio. 2024.

VELOSA, T. **Palliative Care: Current Practice and Future Perspectives**. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/1154541>. Acesso em: 11 maio. 2024.

VELOSA, T.; CALDEIRA, S.; CAPELAS, M. L. Depression and Spiritual Distress in Adult Palliative Patients: A Cross-Sectional Study. **Religions**, v. 8, n. 8. 2017.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554. 2009

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PADRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 1, p. 96-102. 2014.

VINGERHOETS, A. J. J. M.; CORNELIUS, R. R.; VAN HECK, G. L.; BECHT, M. C. Adult Crying: A Model and Review of the Literature. **Review of General Psychology**, v. 4, n. 4, p. 354-377, 2000.

WANG, J. Strategies for Managing Cultural Conflict: Models Review and Their Applications in Business and Technical Communication. **Journal of Technical Writing and Communication**, p. 1 – 4. 2017.

WISERSRITH, W.; SUKCHAROEN, P.; SRIPINKAEW K. Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 22, n. 12, p. 3773-3779, 2021.

XAVIER, É. de C. L. et al. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2109>. Acesso em: 11 maio. 2024

YOOSEFEE, S., CHERAGHI, M.A., ASADI, Z. et al. A Concept Analysis of Spiritual Pain at the End-of-Life in the Iranian-Islamic Context: A Qualitative Hybrid Model. **J Relig Health**, v. 62, p. 1933–1949, 2023.

ZEELENBERG, M. Anticipated regret, expected feedback and behavioral decision making. **Journal of Behavioral Decision Making**, v. 12, n. 2, p. 93–106, jun. 1999

ZEELENBERG, M.; BREUGELMANS, S. M. The role of interpersonal harm in distinguishing regret from guilt. **Emotion**, v. 8, n. 5, p. 589–596, 2008.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scand.**, v. 67, p. 361-70, 1983.

ZOMER J.; PELED A-H.; RUBIN E.; LAVIE P. Mini-sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. 1985, In: KOELLA W. P.; RÜTHER E.; SCHULZ H (eds) **Sleep '84: Proceedings of the Seventh European Congress on Sleep Research**. Stuttgart: Fischer, 1985 p. 467-470.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

**Coletador:** \_\_\_\_\_

**Data da avaliação:** / / **Instituição:**

1. Identificação do indivíduo (nome completo OU iniciais + nº do prontuário):		2. Orientação: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
3. Natural de:		4. Cidade em que reside atualmente:
5. Durante o tratamento, fica a maior parte do tempo em: <input type="checkbox"/> Própria residência <input type="checkbox"/> Casa de familiares/ amigos <input type="checkbox"/> Casa de apoio <input type="checkbox"/> Outra:		
6. Nº de membros na família:	7. Renda familiar:	
8. Idade:	9. Data de nascimento:	

### FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO SOFRIMENTO ESPIRITUAL

#### **Abuso de substâncias**

1. Você faz uso de algum medicamento ou outra substância em casa para alívio de sintomas por conta de sua doença ou tratamento?	
Sim, faço ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
2. Esse medicamento ou substância foi recomendado por alguém? Quem?	
Sim, recomendado pelo médico ( <input type="checkbox"/> ) Sim, recomendado por outro profissional da saúde ( <input type="checkbox"/> ) Sim, recomendado por alguém que não é profissional da saúde ( <input type="checkbox"/> ) Não foi recomendado por ninguém, tomo por conta própria ( <input type="checkbox"/> )	
3. Você faz uso de bebida alcoólica?	
Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
4. Você fuma?	
Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
5. Você faz uso de alguma substância alucinógena?	
Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )

#### **Ansiedade**

<b>6. ESCALA – HADS</b>			
Este questionário ajudará a saber como você está se sentindo. Responda como se sentiu no último mês. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.			
Eu me sinto tenso ou contraído.			
3 – a maior parte do tempo	2 – boa parte do tempo	1 – de vez em quando	0 – nunca
Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.			
3 – sim, de jeito muito forte	2 – sim, mas não tão forte	1 – um pouco, mas isso não me preocupa	0 – não sinto nada disso
Estou com a cabeça cheia de preocupações.			
3 – a maior parte do tempo	2 – boa parte do tempo	1 – de vez em quando	0 – nunca
Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.			
3 – nunca	2 – poucas vezes	1 – muitas vezes	0 – sim, quase sempre
Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.			
3 – quase sempre	2 – muitas vezes	1 – de vez em quando	0 – nunca
Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.			
3 – sim, demais	2 – bastante	1 – um pouco	0 – não me sinto assim
De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.			
3 – quase todo tempo	2 – várias vezes	1 – de vez em quando	0 – não senti isso
<b>Pontuação total:</b>			
$\geq 7$ ANSIEDADE PRESENTE ( <input type="checkbox"/> )		$< 7$ ANSIEDADE AUSENTE ( <input type="checkbox"/> )	

<b>Baixa autoestima</b>			
<b>7. ESCALA DE ROSENBERG</b>			
Responda o quanto concorda com cada uma das afirmações sobre você próprio:			
Em geral, estou satisfeito comigo mesmo.			
4 = concordo totalmente	3 = concordo	2 = discordo	1 = discordo totalmente
Às vezes, eu acho que não sirvo para nada			
4 = discordo totalmente	3 = discordo	2 = concordo	1 = concordo totalmente
Eu sinto que tenho um tanto de boas qualidades.			
4 = concordo totalmente	3 = concordo	2 = discordo	1 = discordo totalmente
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas			
4 = concordo totalmente	3 = concordo	2 = discordo	1 = discordo totalmente
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.			
4 = discordo totalmente	3 = discordo	2 = concordo	1 = concordo totalmente
Às vezes, eu realmente me sinto inútil.			
4 = discordo totalmente	3 = discordo	2 = concordo	1 = concordo totalmente
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.			
4 = concordo totalmente	3 = concordo	2 = discordo	1 = discordo totalmente
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.			
4 = discordo totalmente	3 = discordo	2 = concordo	1 = concordo totalmente
Quase sempre eu estou inclinado a achar que sou um fracassado.			
4 = discordo totalmente	3 = discordo	2 = concordo	1 = concordo totalmente
Eu tenho uma atividade positiva em relação a mim mesmo.			
4 = concordo totalmente	3 = concordo	2 = discordo	1 = discordo totalmente
Pontuação total:			
$\leq 19$ ( ) PRESENTE	$\geq 20$ ( ) AUSENTE		
<b>Barreira para vivenciar o amor</b>			
8. Você se considera uma pessoa que se permite experienciar ou vivenciar o amor de alguma forma (com familiares, animais, natureza, Deus ou ser superior, a si próprio?)			
SIM, permito-me vivenciar ( )		NÃO me permito vivenciar ( )	
9. Você alguma vez alguma vez sentiu existir alguma dificuldade ou empecilho para amar?			
Sim, senti ( )		Não senti ( )	
10. Essa dificuldade ou empecilho sempre foi presente em sua vida? Ou foi em algum momento específico?			
Sim, sempre foi presente ( )	Não, foi um momento específico ( )		
11. Você acha que essa dificuldade ou empecilho que você vivenciou pode ter a ver com seu estado de saúde atual?			
SIM, acho que tem a ver ( )	NÃO acho que tem a ver ( )		
<b>Conflito cultural</b>			
12. Você sente se existe alguma diferença de cultura nos locais que você frequenta atualmente em relação ao que você está acostumado a vivenciar?			
Sim, sinto diferença ( )		Não, não sinto diferença ( )	
13. Isso lhe causa desconforto ou não faz diferença para você?			
Me causa desconforto ( )		Não faz diferença para mim ( )	
<b>Controle ambiental inadequado</b>			
14. Em que local(s) você está passando a maior parte do seu tempo? (aceita mais de uma resposta)			
Na minha própria casa ( )			
Na casa de algum familiar/ amigo ( )			
Em casa de apoio ( )			
Em ambiente hospitalar ( )			
15. Você se sente à vontade nesse(s) local(s)?			
Sim, sinto-me à vontade ( )	Mais ou menos, gostaria de ficar mais à vontade ( )		Não me sinto à vontade ( )

16. Você participa das decisões relacionadas ao(s) ambiente(s)? Ex.: Horários de dormir, comer, sair, banhar; local de realizar refeição; posição da cama, da televisão, entre outros?

Sim, participo ( )	Não participo ( )
--------------------	-------------------

17. Você considera ter um controle adequado sobre o(s) ambiente(s) que você passa maior parte do seu tempo?

Sim, considero ter controle sobre meu ambiente ( )	Não considero ter controle sobre meu ambiente ( )
--	---

#### **Dificuldade em aceitar o diagnóstico e tratamento**

18. Você acredita na existência da doença que foi diagnosticada em você?

Sim, acredito ( )	Não acredito ( )
-------------------	------------------

19. Você acredita que essa doença precisa de um tratamento?

Sim, acredito ( )	Não acredito ( )
-------------------	------------------

20. Você concorda ou discorda com o tratamento que foi proposto?

Concordo ( )	Discordo ( )
--------------	--------------

#### **Dificuldade em aceitar o processo de envelhecimento**

Somente em indivíduos com 60 anos ou mais \*

21. Como você lida com o seu processo de envelhecimento?

Lido bem ( )	Para mim, tanto faz ( )	Lido mal ( )
--------------	-------------------------	--------------

22. Há algo relacionado às mudanças físicas ou mentais consequentes do processo de envelhecimento que lhe incomoda?

Tudo me incomoda ( )	Algumas coisas me incomodam, outras não ( )	Nada me incomoda ( )
----------------------	---	----------------------

23. Você consegue entender esse processo de forma natural ou sente alguma dificuldade em aceitar o processo de envelhecimento?

Entendo de forma natural ( )	Sinto dificuldade em compreender esse processo ( )
------------------------------	--

#### **Dor – s**

24. Você costuma sentir dor (com ou sem o uso de medicação)?

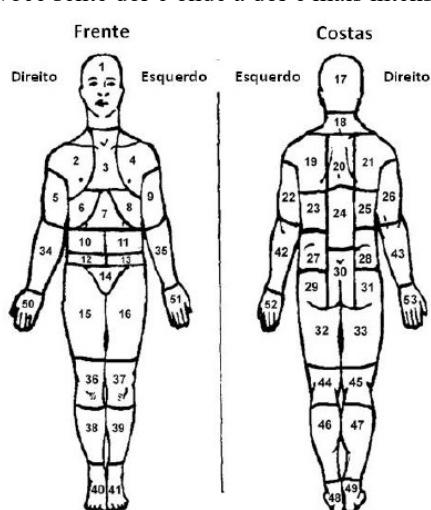
Sim, sempre ( )	As vezes ( )	Não sinto dor ( )
-----------------	--------------	-------------------

#### **INVENTÁRIO BREVE DE DOR – IBD**

25. Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

SIM ( )	NÃO ( )
---------	---------

26. Indique no diagrama as áreas onde você sente dor e onde a dor é mais intensa:



**De zero a 10, sendo o número zero classificado como ausência de dor e 10 a pior dor possível:**

27. Qual número descreve melhor a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28. Qual número melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29. Qual número melhor descreve a média de sua dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30. Qual número melhor descreve quanto de dor você está sentindo agora, neste momento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

31. Quais os tratamentos ou medicações você está recebendo para dor (se o paciente souber, recordar)?

Nome	Dose/ frequência	Data de início
------	------------------	----------------

32. Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?	Sem alívio – 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% – alívio completo	
<b>Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua: Sendo 0 – não interferiu e 10 – interferiu completamente</b>		
33. Atividade geral:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
34. Humor:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
35. Habilidade de caminhar:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
36. Relacionamento com outras pessoas:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
37. Trabalho:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
38. Sono:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
39. Habilidade para apreciar a vida:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<b>Medo</b>		
40. Você costuma sentir medo atualmente?		
Sim ( )	Não ( )	
41. Esse sentimento de medo está relacionado com a sua doença ou tratamento?		
Sim ( )	Não ( )	
<b>Percepção de ter negócios inacabados</b>		
42. Você acredita ter situações, projetos ou desejos inacabados em sua vida hoje?		
Sim ( )	Não ( )	
43. Ter essa sensação de ter coisas ainda para finalizar lhe incomoda ou lhe traz algum sofrimento?		
Sim ( )	Não ( )	
<b>Perda de independência</b>		
<b>44. ESCALA DE BARTHEL</b> (aplicar quando houver algum indício de dependência, pacientes claramente independentes, somente perguntar realiza todas as atividades básicas sozinho)		
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	
Alimentação:		
0 – Incapacitado 5 – Precisa de ajuda para cortar alimentos, passar manteiga etc. 10 – Independente		
Banho:		
0 – Dependente 5 – Independente		
Atividades rotineiras:		
0 – Precisa de ajuda com higiene pessoal 5 – Independente rosto/ cabelo/ dentes/ barbear		
Vestir-se:		
0 – Dependente 5 – Precisa de ajuda, mas consegue fazer parte sozinho 10 – Independente (incluindo botões, zíper, laços)		
Controle esfíncteriano (intestino):		
0 – Incontinente (necessidade de enemas) 5 – Acidente ocasional 10 – Continente		
Controle esfíncteriano (bexiga):		
0 – Incontinente ou incapaz de manejo 5 – Acidente ocasional 10 – Continente		
Uso do Toilet:		
0 – Dependente		

5 – Precisa de ajuda parcial 10 – Independente (pentear-se, limpar-se)				
Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa):				
0 – Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 – Necessita de muita ajuda, pode sentar-se 10 – Pouca ajuda (verbal ou física) 15 – Independente				
Mobilidade (em superfícies planas):				
0 – Imóvel ou < 50 metros 5 – Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 – Caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 – Independente (mas pode precisar de alguma ajuda, como bengala, > 50 metros)				
Escadas:				
0 – Incapacitado 5 – Precisa de ajuda (verbal, física ou ser carregado) 10 – Independente				
<b>Pontuação total:</b>				
( ) < 20 – Total	( ) 20-35 – Grave	( ) 40-55 – Moderada	( ) 60-95 – Leve	( ) 100 – Independente

**45. ESCALA DE LAWTON** (aplicar quando houver algum indício de dependência, pacientes claramente independentes, somente perguntar se realiza todas as atividades instrumentais sozinho)

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional da Sra, por intermédio das possíveis dificuldades na realização das tividades no seu dia-a-dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

#### Em relação ao uso do telefone...

##### a) Telefone

- [ ]<sup>3</sup> recebe e faz ligações sem assistência
- [ ]<sup>2</sup> necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

#### Em relação às viagens...

##### b) Viagens

- [ ]<sup>3</sup> realiza viagens sozinha
- [ ]<sup>2</sup> somente viaja quando tem companhia
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de viajar

#### Em relação à realização de compras...

##### c) Compras

- [ ]<sup>3</sup> realiza compras, quando é fornecido transporte
- [ ]<sup>2</sup> somente faz compras quando tem companhia
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

#### Em relação ao preparo de refeições...

##### d) Preparo de refeições

- [ ]<sup>3</sup> planeja e cozinha as refeições completas
- [ ]<sup>2</sup> prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

#### Em relação ao trabalho doméstico...

##### e) Trabalho doméstico

- [ ]<sup>3</sup> realiza tarefas pesadas
- [ ]<sup>2</sup> realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

#### Em relação ao uso de medicamentos...

##### f) Medicações

- [ ]<sup>3</sup> faz uso de medicamentos sem assistência
- [ ]<sup>2</sup> necessita de lembretes ou de assistência
- [ ]<sup>1</sup> é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos

#### Em relação ao manuseio do dinheiro

##### g) Dinheiro

- [ ]<sup>3</sup> preenche cheque e paga contas sem auxílio
- [ ]<sup>2</sup> necessita de assistência para uso de cheques e contas
- [ ]<sup>1</sup> não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

#### Classificação

- [ ] Dependência total = ≤5 (P<sub>25</sub>)
- [ ] Dependência parcial = >5 < 21 (>P<sub>25</sub> < P<sub>100</sub>)
- [ ] Independência = 21 (P<sub>100</sub>)

#### Se pontuação ≤ 95 para a escala de Barthel ou ≤ 20 na escala de Lawton:

46. Você sempre necessitou de auxílio para realizar essas atividades ou essa necessidade de auxílio ocorreu em algum determinado momento de sua vida?

Sim ( ) DESENOLVEU APÓS A DOENÇA	Não ( ) – JÁ ERA DEPENDENTE
----------------------------------	-----------------------------

#### Prática espiritual alterada

47. Você costuma (atualmente) praticar alguma atividade em que você se conecta com você mesmo, com os outros, com a natureza, com Deus ou outro ser superior (Exemplo: ler a bíblia, orar, rezar o terço, meditar, praticar yoga, ir à Igreja ou Templo, conectar-se à natureza, entre outros)?

Sim ( )	Não ( )
---------	---------

48. Você percebeu alguma mudança na sua prática dessa atividade de antes do seu diagnóstico para agora?

Sim, percebi ( )	Não, está igual a antes ( )			
49. Você percebe essa mudança para uma prática em que você se sente mais conectado ou menos conectado?				
Mais conectado ( )	Menos conectado ( )			
<b>Relações interpessoais inadequadas</b>				
50. Você é uma pessoa que interage mais ou é mais retraída quanto à interação com outras pessoas?				
Interajo mais ( )	Sou mais retraído ( )			
51. Como você avalia seu relacionamento com as pessoas da sua casa?				
Relacionamento adequado, eficaz, apropriado ( )	Relacionamento inadequado, ineficaz, inapropriado ( )			
52. Se você trabalha, como você avalia seu relacionamento com as pessoas de seu trabalho?				
Relacionamento adequado, eficaz, apropriado ( )	Relacionamento inadequado, ineficaz, inapropriado ( )			
53. Como você avalia seu relacionamento com as demais pessoas (demais familiares que não estão no núcleo familiar e amigos)?				
Relacionamento adequado, eficaz, apropriado ( )	Relacionamento inadequado, ineficaz, inapropriado ( )			
<b>Ritual religioso alterado</b>				
54. Você segue alguma religião?				
Sim ( )	Não ( )			
55. Com que frequência você costuma praticar os rituais de sua religião?				
Semanalmente ou mais de uma vez na semana ( )	Quinzenalmente ( )	Mensalmente ( )	Menos de uma vez ao mês ( )	Nunca ( )
56. Você sempre praticou sua religião com essa mesma frequência de agora?				
Sim, sempre ( )	Não, antes era diferente ( )			
		57. Essa mudança de frequência e/ou alteração nos rituais pode influenciar em algo na sua vida?		
		Sim, influencia ( )	Não influencia ( )	
<b>Expressa sentir-se inútil</b>				
58. Atualmente houve ou há algum momento em sua vida que você sente não ser útil? Por exemplo ao realizar alguma atividade do dia a dia ou em relação ao seu trabalho, ao auxiliar ou ajudar outrem, ao se cuidar.				
Sim ( )	Não ( )			
<b>Separação do sistema de apoio</b>				
59. Você se sente apoiado (emocional, financeiro, afetivo, ou qualquer tipo de apoio) pelas pessoas do seu meio social (família, amigos, trabalho, religião)?				
Sim, tenho apoio de todos ( )	Mais ou menos, tenho apoio de alguns e outros não ( )	Não tenho apoio ( )		
60. Você sempre se sentiu apoiado em relação ao seu estado de saúde por essas pessoas?				
Sim, sempre me senti apoiado ( )	Mais ou menos, às vezes me sentia apoiado e às vezes não ( )	Nunca me senti apoiado ( )		
61. Você acha que em algum momento, após a descoberta de sua doença, pode ter ocorrido um afastamento entre você e o apoio que essas pessoas prestavam a você?				
As pessoas continuaram me oferecendo apoio ( )	As pessoas passaram a não prestar mais apoio ( )	Nunca fui apoiado ( )		
62. O apoio que você recebe hoje é suficiente para você?				
Sim, o apoio é suficiente ( )	Mais ou menos, gostaria de ser mais apoiado ( )	Não é suficiente ( )		
<b>Solidão</b>				
63. ESCALA DE SOLIDÃO (iniciar perguntando se a pessoa se sente sozinha em algum momento, se a resposta for não, não necessita aplicar a escala. Se a resposta for sim ou às vezes, aplicar)				

**INSTRUÇÕES:** Abaixo se encontram várias afirmativas sobre a forma que alguém pode se sentir. Pedimos que leia com atenção e marque com que frequência você se sente como descrito em cada uma das afirmativas abaixo.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).				
Eu não tolero ficar tão sozinho(a).				
Eu sinto que não tenho companhia.				
Eu sinto que ninguém me comprehende.				
Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.				
Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.				
Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.				
Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.				
Eu me sinto excluído(a).				
Eu me sinto completamente sozinho(a).				
Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.				
Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.				
Eu me sinto carente de companhia.				
Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.				
Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.				
Sou infeliz estando tão excluído(a).				
Para mim é difícil fazer amigos.				
Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.				
Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão conigo.				
Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).				

0 – nunca

1 – raramente

2 – algumas vezes

3 – frequentemente

**Total:**

0 – 22: solidão mínima  
 23 – 35: solidão leve  
 AUSENTE  
 ( )

36 – 47: solidão moderada  
 48 – 60: solidão intensa  
 PRESENTE  
 ( )

**INDICADORES CLÍNICOS DO SOFRIMENTO ESPIRITUAL****CAPACIDADE DE INTROSPECÇÃO PREJUDICADA**

1. Você costuma olhar internamente para si, ou seja, refletir e pensar sobre sua identidade, suas crenças, emoções, memórias e tudo aquilo que lhe constrói como indivíduo?

Sim, costumo refletir ( )	Não costumo refletir sobre isso ( )
---------------------------	-------------------------------------

2. Se sim, você sempre refletiu sobre isso?

3. Se não, você nunca refletia sobre isso?

Sim, sempre tive o costume de refletir.	Não, nem ocorrendo de uns tempos para cá.	Sim, nunca tive esse costume de refletir	Não, a falta desse costume ocorreu de uns tempos para cá.
---	---	--	---

4. Você acredita que essa capacidade de refletir ou a falta dela pode estar relacionada ao seu estado de saúde atual?

Sim, está relacionado ao meu estado de saúde ( )	Não está relacionado ao meu estado de saúde ( )
--	---

**EXPRESSA ALIENAÇÃO**

5. Você se reconhece como uma pessoa que tem vontades próprias?

Sim, tenho vontades próprias ( )	Não tenho vontades próprias ( )
----------------------------------	---------------------------------

6. Você consegue se definir por si próprio ou prefere que alguém lhe defina?

Sim, consigo me definir ( )	Não, prefiro que alguém me defina ( )
-----------------------------	---------------------------------------

**QUESTIONA A IDENTIDADE**

7. Você costuma questionar-se se sua identidade lhe define como a pessoa que de fato é?

Sim, costumo questionar-me ( )	Não costumo me questionar ( )
--------------------------------	-------------------------------

8. Você acha que seu estado de saúde atual influencia nesses questionamentos acerca de sua identidade?

Sim, influencia ( )	Não acredito que influencia ( )		
<b>QUESTIONA A PRÓPRIA DIGNIDADE</b>			
9. Você costuma questionar-se acerca de sua dignidade, de seu valor como ser humano?			
Sim, costumo questionar-me ( )	Não costumo me questionar ( )		
10. Você costuma questionar-se acerca da existência dessa dignidade?			
Sim, costumo questionar-me ( )	Não costumo me questionar ( )		
11. Você acha que esses questionamentos podem ter relação com seu estado de saúde atual, diagnóstico ou tratamento?			
Sim, tem relação ( )	Não acredito que tem relação ( )		
<b>EXPRESSA SENSAÇÃO DE VAZIO</b>			
12. Você já apresentou ou apresenta uma sensação de vazio (indiferença ou apatia) em relação a sua vida?			
Sim, apresento/ já apresentei ( )	Não apresento/ nunca apresentei ( )		
13. Você acha que essa sensação pode estar relacionada com o seu estado de saúde atual (diagnóstico, tratamento e prognóstico)?			
Sim, acho que está relacionada ( )	Não acho que está relacionada ( )		
<b>EXPRESSA RAIVA</b>			
14. Você costuma sentir raiva no seu dia-dia?			
Sim, costumo sentir raiva ( )	Às vezes sinto raiva ( )	Não costumo sentir raiva ( )	
15. Essa raiva está relacionada ou não com seu estado de saúde atual?			
Sim, está relacionada ( )	Não está relacionada ( )		
<b>COMPORTAMENTO DE RAIVA</b>			
16. Ao sentir raiva, você permite que as pessoas ao seu redor saibam que você está com raiva (ou seja, você demonstra ter raiva)?			
Sim, demonstro minha raiva ( )	Não demonstro minha raiva ( )		
17. Você percebe se esse comportamento de demonstrar a raiva pode estar relacionado, ou não, ao seu estado de saúde atual?			
Sim, pode estar relacionado ( )	Não pode estar relacionado ( )		
<b>CULPA EXCESSIVA</b>			
18. Você sente culpa por algo?			
Sim, sinto culpa ( )		Não sinto culpa ( )	
19. Como você define essa culpa?			
nenhuma culpa ( )	Um pouco de culpa ( )	Culpa ( )	Culpa excessiva ( )
20. Você acha que esse sentimento de culpa pode ter, ou não, relação com sua doença ou seu estado de saúde atual?			
Sim, tem relação ( )	Não tem relação ( )		
<b>EXPRESSA ARREPENDIMENTO</b>			
21. Você sente arrependimento por algo que fez ou deixou de fazer durante sua vida?			
Sim, sinto arrependimento ( )	Não sinto arrependimento ( )		
22. Se sente arrependimento, esse sentimento surgiu após seu diagnóstico e tratamento ou surgiu antes disso?			
Sim, surgiu após meu diagnóstico e tratamento ( )	Não, surgiu antes ( )		
<b>EXPRESSA NECESSIDADE DE PERDÃO</b>			
23. Você sente necessidade de perdão nesse momento? Seja de perdoar alguém, ou pedir perdão e ser perdoado por alguém, perdoar-se por algo que ocorreu no passado, ou até ser perdoado por um poder maior que o nosso (Deus, natureza, universo)			
Sim, sinto necessidade de perdão ( )	Não sinto necessidade de perdão ( )		
<b>EXPRESSA CORAGEM INSUFICIENTE</b>			
24. Você julga sua coragem como suficiente ou insuficiente para enfrentar as situações do seu processo de saúde e doença?			
Suficiente ( )	Insuficiente ( )		
25. Você acredita que sua coragem aumentou ou diminuiu após a descoberta do seu diagnóstico e tratamento?			

Aumentou ()	Diminuiu ()
<b>EXPRESSA PERDA DE CONFIANÇA</b>	
26. No seu momento atual você se sente confiante em relação ao seu estado de saúde?	
Sim, sinto-me confiante ()	Me sinto confiante às vezes, mas no geral me sinto mais confiante ()
Me sinto confiante às vezes, mas no geral não me sinto confiante ()	Não me sinto confiante ()
27. Na descoberta de seu diagnóstico e no início de seu tratamento, você se sentia confiante?	
Sim, sempre me senti confiante ()	Não me sentia confiante ()
28. Em algum outro momento anterior ao seu diagnóstico e tratamento você se sentiu confiante? Qual?	
Sim, era uma pessoa confiante ()	Não sentia confiança antes ()
<b>EXPRESSA PERDA DA ESPERANÇA</b>	
29. Antes de seu diagnóstico, qual era sua posição em relação à esperança?	
Tinha uma posição positiva e tinha esperança ()	Era indiferente, não pensava muito nisso ()
Tinha uma posição negativa e não tinha esperança ()	Tinha uma posição negativa e não tinha esperança ()
30. Se era positiva e com esperança, você acha que essa posição quanto ao seu futuro se mantém positiva e esperançosa ou você acredita ter perdido a esperança?	
Sim, continuo tendo esperança ()	Acredito ter perdido a esperança ()
Sim, mantenho a mesma posição ()	Acredito ter adquirido a esperança ()
32. Você acha que sua visão quanto ao seu futuro, seja ela positiva ou negativa, pode ter a ver com seu diagnóstico e tratamento?	
Sim, acho que tem a ver com meu diagnóstico e tratamento ()	Não acho que tenha a ver com meu diagnóstico e tratamento ()
<b>EXPRESSA PREOCUPAÇÕES SOBRE O FUTURO</b>	
33. Você considera ter preocupações relacionadas ao seu futuro?	
Sim, tenho preocupações relacionadas ao meu futuro ()	Não tenho preocupações relacionadas ao meu futuro ()
34. Se sim, essas preocupações podem estar relacionadas ao seu diagnóstico e tratamento?	
Sim, está relacionada ao meu diagnóstico e tratamento ()	Não está relacionada ao meu diagnóstico e tratamento ()
<b>EXPRESSA PERDA DE CONTROLE</b>	
35. Antes do seu diagnóstico e tratamento, você se considerava uma pessoa que tinha controle sobre as circunstâncias?	
No geral SIM ()	NÃO ()
36. Se sim, atualmente, após o seu diagnóstico e tratamento, você continua se considerando essa pessoa que tem controle ou você acha que isso pode ter mudado?	
Sim, continuo tendo controle ()	Sinto que mudou e eu perdi o controle ()
Sim, continuo não tendo controle ()	Sinto que mudou e eu agora tenho controle ()
38. Se mudou, você acha que essa mudança (de perda ou ganho do controle) pode estar relacionada com seu diagnóstico e tratamento?	
Sim, está relacionada com meu diagnóstico e tratamento ()	Não está relacionada com meu diagnóstico e tratamento ()
<b>EXPRESSA PERDA DE SERENIDADE</b>	
39. Antes de seu diagnóstico você se considerava uma pessoa serena diante das dificuldades?	
Sim, considerava-me serena ()	Não me considerava serena ()
40. Após o seu diagnóstico e enfrentamento do tratamento, você notou alguma mudança no padrão de serenidade que você apresentava?	
Sim, notei mudança ()	Não notei mudança, sou do mesmo jeito ()
41. Essa mudança que você notou levou-o a ser mais sereno ou a perder essa serenidade?	
Sim, sou mais sereno ()	
Perdi a serenidade/ Sou menos sereno ()	
<b>EXPRESSA PREOCUPAÇÕES SOBRE AS CRENÇAS</b>	
42. Considerando que “crença” é a firme convicção sobre algo, você costuma ter preocupações sobre suas crenças?	
Sim, costumo preocupar-me com isto ()	Não me preocupo com isto OU não penso sobre isso ()

43. Em sua opinião, essas preocupações podem estar relacionadas ao seu diagnóstico e/ou tratamento?			
Sim, está relacionado ()	Não acho que esteja relacionado ()		
<b>INCAPACIDADE DE VIVENCIAR A TRANSCENDÊNCIA</b>			
44. Você acredita que existe algo além de nós e da nossa existência aqui (Deus, cosmos, natureza)?			
Sim, acredito ()		Não acredito em nada além daqui ()	
45. Se acredita, você consegue vivenciar, sentir e refletir acerca deste algo além de nós?		46. Se não acredita, por qual motivo você não tem essa crença?	
Sim, consigo vivenciar ()	Não consigo vivenciar ()	Porque não consigo vivenciar isso ()	Por outros motivos ()
<b>EXPRESSA SENTIR-SE ABANDONADO POR PODER MAIOR QUE SI PRÓPRIO</b>			
47. Você sempre teve essa mesma crença/ descrença relacionada a algo além de nós e da nossa existência aqui?			
Sim, sempre pensei assim ()		Não, isso mudou em algum momento da minha vida ()	
		48. Você acredita que essa mudança pode ter ocorrido após seu diagnóstico e tratamento? Ou não tem nada a ver com isso?	
		Sim, ocorreu após meu diagnóstico e tratamento ()	Não tem a nada a ver ()
49. Em algum momento, após seu diagnóstico, você se sentiu abandonado por este poder ou você acredita que esse poder sempre esteve presente em sua vida?			
Sim, senti-me abandonado ()		Não me senti abandonado ()	
50. Você acredita que essa sensação de abandono pode ter relação com o momento que você está vivendo agora com seu diagnóstico e tratamento?			
Sim, tem a ver com meu diagnóstico e tratamento ()	Não tem a ver ()		
<b>EXPRESSA RAIVA DIRECIONADA A PODER MAIOR QUE SI PRÓPRIO</b>			
51. Ao pensar no seu diagnóstico ou tratamento, você sente ou já sentiu raiva desse poder maior (Deus, natureza, cosmos)?			
Sim, sinto raiva neste momento ()	Já senti raiva, mas hoje não sinto mais ()	Não, nunca senti raiva()	
<b>PERCEPÇÃO DE PERDA DE SENTIDO DA VIDA</b>			
52. No seu momento atual, você consegue enxergar sentido na sua vida (significado para sua existência)?			
Sim, enxergo sentido na minha vida ()	Não enxergo sentido na minha vida ()		
53. Você sempre teve essa mesma percepção?			
Sim, sempre tive a mesma percepção ()	Não, minha percepção mudou ()		
54. Você acha que seu estado de saúde atual pode estar relacionado com essa sua percepção?			
Sim, está relacionado ()	Não está relacionado ()		
<b>QUESTIONA O SENTIDO DA VIDA</b>			
55. Você costuma questionar-se acerca do sentido da vida, do significado da vida ou da finalidade de sua existência nessa vida?			
Sim, questiono-me sobre isso ()	Não me questiono sobre isso ()		
56. Você acha que seu estado de saúde atual pode influenciar nesses questionamentos acerca do sentido da vida?			
Sim, influencia ()	Não influencia ()		
57. Você costumava questionar-se disso antes de sua doença e tratamento?			
Sim, já me questionava antes ()	Não me questionava antes ()		
<b>EXPRESSA PERDA DA VONTADE DE VIVER</b>			
58. Quanto à vontade de viver, como você se sente?			
Tenho vontade de viver ()	Sou indiferente e para mim tanto faz ()	Não tenho mais vontade de viver ()	
59. Esse sentimento sempre esteve presente em sua vida ou você percebeu se apareceu com o tempo?			

Sim, sempre esteve presente ( )	Não, apareceu com o tempo ( )	
	60. Você acha que esse sentimento pode estar relacionado com seu estado de saúde atual ou com seu diagnóstico e tratamento	
	Sim, está relacionado ( )	Não está relacionado ( )
<b>EXPRESSA SOFRIMENTO</b>		
61. Você considera que existe sofrimento em sua vida?		
Sim, existe sofrimento em minha vida ( )	Não existe sofrimento em minha vida ( )	
62. Você acredita que esse sofrimento pode ter relação com seu estado de saúde nesse momento?		
Sim, é por causa do meu estado de saúde ( )	Não tem a ver com meu estado de saúde ( )	
<b>QUESTIONA O SENTIDO DO SOFRIMENTO</b>		
63. Você costuma questionar-se sobre o sentido (o porquê), finalidade ou propósito do sofrimento em que está enfrentando?		
Sim, costumo questionar-me ( )	Não me questiono sobre isso ( )	
<b>EXPRESSA NÃO SE SENTIR AMADO</b>		
64. Você sente ser amado por outras pessoas?		
Sim, sinto-me amado ( )	Não me sinto amado ( )	
65. Antes de você ser diagnosticado com sua doença atual, você sentia o mesmo que hoje?		
Sim, sentia da mesma forma ( )	Não sentia da mesma forma ( )	
<b>EXPRESSA PREOCUPAÇÕES SOBRE SISTEMA DE VALORES</b>		
Para refletir: Levando em consideração que valor é tudo aquilo que vale para você (família, sociedade, religião, política...)?		
66. Você se preocupa, de forma a ter pensamentos excessivos, sobre esses valores?		
Sim, preocupo-me ( )	Não me preocupo com isso ( )	
67. Você acredita que esta preocupação pode estar relacionada ao seu estado de saúde atual, diagnóstico e tratamento?		
Sim, acredito que esteja relacionado ( )	Não acredito que esteja relacionado ( )	
<b>EXPRESSA PREOCUPAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA</b>		
68. Quando você pensa na sua família, você costuma ter preocupações e pensamento excessivos?		
Sim, preocupo-me ( )	Não me preocupo ( )	
69. Você sente que essas preocupações podem estar relacionadas com seu estado de saúde atual, diagnóstico e tratamento?		
Sim, está relacionada ( )	Não está relacionado ( )	
<b>EXPRESSÃO DE CRIATIVIDADE DIMINUÍDA</b>		
70. Antes de sua doença, você se considerava uma pessoa criativa?		
Sim, era uma pessoa criativa ( )	Nunca fui uma pessoa criativa ( )	
71. Após o diagnóstico de sua doença atual ou durante seu tratamento, você percebeu se houve mudanças no seu padrão de criatividade? (se era criativa, passou a não ser; se não era criativa, passou a ser)		
Sim, percebi mudanças ( )	Não, continua da mesma forma ( )	
72. Se houve, essas mudanças lhe deixaram mais ou menos criativo?		
Mais criativo ( )	Menos criativo ( )	
73. Você acredita que essas mudanças podem estar relacionadas ao seu estado de saúde, diagnóstico e tratamento?		
Sim, está relacionado ( )	Não está relacionado ( )	
<b>DESINTERESSE NA NATUREZA</b>		
74. Antes do seu diagnóstico, você se interessava pela natureza (animais, flora, praias, mar, bosques, rochas, planetas...)?		
Sim, tinha interesse ( )	Não tinha interesse ( )	

75. Você acredita que houve mudança nesse interesse após seu diagnóstico ou continua se interessando da mesma forma? (se antes se interessava, hoje não interessa mais; se não se interessava, hoje passou a se interessar)

Houve mudanças ()	Continua da mesma forma ()
76. Se houve mudanças, essas mudanças lhe deixaram mais interessado ou menos interessado pela natureza?	
Mais interessado ()	Menos interessado ()

### CHORO

77. Você costuma chorar ao pensar no seu diagnóstico e tratamento?

Sim, costumo chorar ()	Não costumo chorar ()
78. Você costuma chorar durante procedimentos que dizem respeito ao seu tratamento?	

78. Você costuma chorar durante procedimentos que dizem respeito ao seu tratamento?

Sim, costumo chorar ()	Não costumo chorar ()
79. Para o entrevistador: O participante chorou durante a entrevista?	

79. Para o entrevistador: O participante chorou durante a entrevista?

SIM ()	NÃO ()
--------	--------

### DISSONIAS

Por favor, assinale o número que melhor descreva sua resposta, conforme o quadro abaixo:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muito raramente	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre

1. Você tem dificuldade de adormecer

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Você toma remédios para dormir ou tranqüilizantes?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Você dorme o durante o dia? (sem contar cochilos ou sonecas programados)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado?

1      2      3      4      5      6      7

6. Você ronca à noite (que você saiba)?

1      2      3      4      5      6      7

7. Você acorda durante a noite?

1      2      3      4      5      6      7

8. Você acorda com dor de cabeça?

1      2      3      4      5      6      7

9. Você sente cansaço sem nenhum motivo aparente?

1      2      3      4      5      6      7

10. Você tem o sono agitado? (mudanças constantes de posições de pernas/braços)

1      2      3      4      5      6      7

Pontuação Total: \_\_\_\_\_  
(qualidade geral do sono)

10-24	Sono bom
25-27	Sono levemente alterado
28-30	Sono moderadamente alterado
> 30	Sono muito alterado

80. Pontuação

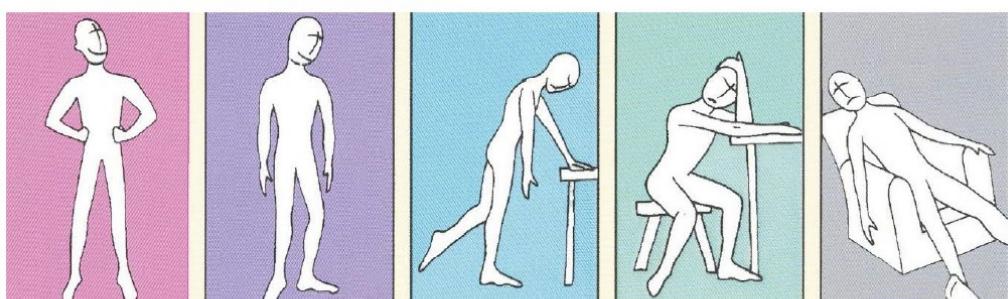
≥ 28 pontos ( )

< 28 pontos ( )

### FADIGA

81.

Quanto cansado você se sentiu na última semana?



Nada cansado

Um pouquinho cansado

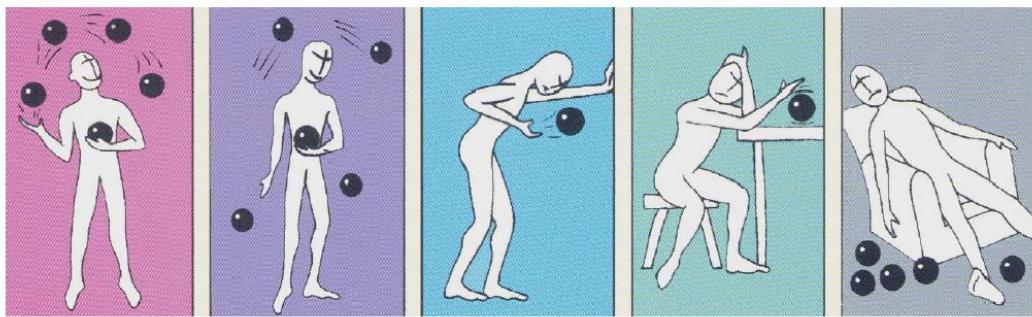
Moderadamente cansado

Muito cansado

Extremamente cansado

82.

Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?



Eu consigo fazer tudo  
que habitualmente faço

Eu consigo fazer quase  
tudo que habitualmente  
faço

Eu consigo fazer algumas  
das coisas que  
habitualmente faço

Eu só faço o  
que tenho que fazer

Eu consigo fazer  
muito pouco

## APÊNDICE B – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOFRIMENTO ESPIRITUAL

INDICADORES CLÍNICOS
<b>Capacidade de introspecção prejudicada</b>
<p><i>Definição conceitual:</i>            Dano na aptidão para refletir sobre os conteúdos de seus próprios estados mentais e tomar consciência deles (crenças, emoções, memórias, intenções, entre outros) (MARQUES, 2012).</p> <p><i>Definição operacional:</i>            A característica definidora será avaliada mediante as seguintes perguntas que serão feitas pelo entrevistador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Você costuma olhar internamente para si, ou seja, refletir e pensar sobre sua identidade, suas crenças, emoções, memórias e tudo aquilo que lhe constrói como indivíduo?</li> <li>2) Se sim, você sempre teve esse costume de refletir ou isso vem ocorrendo de tempos para cá?</li> <li>3) Se não, você nunca teve esse costume de refletir ou perdeu o costume de tempos para cá?</li> <li>4) Você acredita que essa capacidade de refletir ou a falta dela pode estar relacionada ao seu estado de saúde atual?</li> </ol> <p>O indicador clínico será considerado presente quando o indivíduo relatar que não consegue refletir sobre seus próprios estados mentais e que a falta desse hábito vem ocorrendo de uns tempos para cá.</p>
<b>Expressa alienação</b>
<p><i>Definição conceitual:</i>            Verbalização da presença de um estado de falta de consciência própria, de modo que o indivíduo perde sua identidade, seu valor, interesse e vitalidade. Apresenta um sentimento de vazio existencial (ROESE, 2011).</p> <p><i>Definição operacional:</i>            Para a avaliação desse indicador clínico, o entrevistador fará os seguintes questionamentos ao participante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você se reconhece como uma pessoa que tem vontades próprias?</li> <li>2. Você consegue se definir por si próprio ou prefere alguém lhe defina?</li> </ol> <p>O indicador clínico será considerado presente quando houver relato verbal de que o indivíduo não se reconhece como uma pessoa que tem vontades próprias; que não consegue se definir por si próprio, preferindo que alguém o defina.</p>
<b>Questiona a identidade</b>
<p><i>Definição conceitual:</i>            Ação de indagar de forma reflexiva e realizar uma autoavaliação acerca de características particulares que tornam possível a identificação do indivíduo (DICIO, 2021), no sentido de reconhecer ou não se essas características o definem como a pessoa que realmente é.</p> <p><i>Definição operacional:</i></p>

Para avaliação dessa característica definidora, o entrevistador realizará as seguintes perguntas:

- 1) Você costuma questionar-se se sua identidade lhe define como a pessoa que de fato é?
- 2) Você acha que seu estado de saúde atual pode influenciar nesses questionamentos acerca de sua identidade?

O indicador clínico será considerado presente quando houver relato verbal da presença do hábito de questionar-se se a identidade o define como pessoa, hábito este reconhecido como relacionado ao estado de saúde atual.

### **Questiona a própria dignidade**

*Definição conceitual:*

Ação de indagar acerca do valor particular que o próprio indivíduo tem como ser humano, como ser racional e livre, como pessoa com qualidade moral que infunde respeito (CUNHA, 2017).

*Definição operacional:*

Para avaliação dessa característica definidora, o entrevistador realizará as seguintes perguntas:

- 1) Você costuma questionar-se acerca de sua dignidade, de seu valor como ser humano?
- 2) Você costuma questionar-se acerca da existência dessa dignidade?
- 3) Você acha que esses questionamentos podem ter relação com seu estado de saúde atual?

O indicador clínico será considerado presente quando houver relato verbal do hábito de questionar-se acerca de sua dignidade e da existência dessa dignidade, relacionado possivelmente ao estado de saúde atual do participante.

### **Expressa sensação de vazio**

*Definição conceitual:*

Verbalização de um sentimento de apatia e profunda indiferença em relação ao mundo ocasionado pela impossibilidade de atender a motivação primária do ser humano que é a vontade de sentido (MONTI, 2008; AQUINO *et al.*, 2011).

*Definição operacional:*

Para avaliação do indicador clínico, serão realizadas as seguintes questões:

- 1) Você já apresentou ou apresenta uma sensação de vazio (indiferença ou apatia) em relação a sua vida?
- 2) Você acha que essa sensação pode estar relacionada com o seu estado de saúde atual (diagnóstico, tratamento e prognóstico)?

O indicador será considerado presente quando o participante relatar que apresenta sensação de vazio (indiferença ou apatia) e afirmar a possibilidade de relação desta sensação com o seu estado de saúde atual.

### **Expressa raiva**

*Definição conceitual:*

Verbalização da presença de um estado emocional que engloba sentimentos que podem variar desde o leve aborrecimento ou irritação, até a fúria (SPIELBERGER, 1992).

*Definição operacional:*

Para a identificação do indicador clínico, o participante será questionado acerca da existência do sentimento de raiva. Para isto, o entrevistador fará as seguintes perguntas:

- 1) Você costuma sentir raiva no seu dia-dia?
- 2) Você sente se essa raiva pode estar relacionada com seu estado de saúde atual?

A presença do indicador clínico será considerada quando o participante responder que costuma sentir raiva e que esta raiva pode estar relacionada ao seu estado de saúde atual.

### **Comportamento de raiva**

#### *Definição conceitual:*

Conjunto de ações expressas ou reações de um indivíduo a um estado emocional que engloba sentimentos que podem variar desde o leve aborrecimento ou irritação, até a fúria, seguidos por uma estimulação do sistema nervoso autônomo (SPIELBERGER, 1992).

#### *Definição operacional:*

Para a avaliação deste indicador clínico, o entrevistador irá realizar as seguintes questões:

1. Ao sentir essa raiva, você permite que as pessoas ao seu redor saibam que você está com raiva (ou seja, você demonstra ter raiva)?
2. Você percebe se esse comportamento pode estar relacionado, ou não, ao seu estado de saúde atual?

O indicador “comportamento de raiva” será considerado presente quando o indivíduo relatar que permite que as pessoas ao seu redor saibam que está sentindo raiva, ou seja, que demonstra ter raiva e que esse comportamento pode estar relacionado ao seu estado de saúde atual.

### **Culpa excessiva**

#### *Definição conceitual:*

Estado emocional desagradável de aceitação da responsabilidade de uma pessoa em relação a si própria por ter se comportado de maneira que considera errada em determinado momento ou por ter parado de fazer algo que se esperava que fosse realizado, despertando sensação de desqualificação pessoal de maneira excessiva ou demasiada (CASTILLA DEL PINO, 1991; ELVIN-NOWAK, 1999; KACHENSKI *et al*, 2021).

#### *Definição operacional:*

Para avaliação deste indicador, o entrevistador irá realizar três perguntas ao participante da pesquisa:

- 1) Você sente culpa por algo?
- 2) Como você define essa culpa? (opções de resposta: nenhuma culpa, um pouco de culpa, culpa ou culpa excessiva)
- 3) Você acha que esse sentimento de culpa pode ter, ou não, relação com sua doença ou seu estado de saúde atual?

O indicador será considerado presente quando o participante responder que sente culpa, classificá-la como excessiva e relacioná-la com o estado de saúde atual.

### **Expressa arrependimento**

#### *Definição conceitual:*

Verbalização de uma emoção negativa e cognitiva, desagradável, acompanhada de uma sensação de culpa por transgressões, deficiências ou erros, experimentada ao se perceber ou imaginar que a situação atual teria sido melhor se tivesse decidido de forma diferente (ZEELENBERG, 1999; ZEELENBERG; BREUGELMANS, 2008).

#### *Definição operacional:*

A avaliação desse indicador clínico será realizada por meio da seguinte pergunta que será realizada pelo entrevistador:

- 1) Você sente arrependimento por algo que fez ou deixou de fazer durante sua vida?
- 2) Se sente arrependimento, esse sentimento surgiu após seu diagnóstico e tratamento ou sempre esteve presente em sua vida?

Será considerado presente quando houver relato verbal do sentimento de arrependimento por algo que fez ou deixou de fazer, possivelmente relacionado ao diagnóstico e tratamento.

### **Expressa necessidade de perdão**

*Definição conceitual:*

Verbalização da necessidade ou vontade inevitável de superação do ressentimento e restituição por ato prejudicial cometido por si ou por outra pessoa significativa (SCOBIE; SCOBIE, 1998). A necessidade de perdão pode ser voltada: à pessoa em relação a si própria (necessidade de perdoar-se), à pessoa em relação a outra pessoa significativa (necessidade de perdoar), a outra pessoa em relação a pessoa que necessita do perdão (necessidade de ser perdoada) e a um poder maior que o próprio relacionado a pessoa que necessita do perdão (necessidade de perdão divino, transcendente).

*Definição operacional:*

Para avaliação da presença deste indicador clínico, o entrevistador irá questionar:

1. Você sente necessidade de perdão nesse momento? Seja de perdoar alguém, ou pedir perdão e ser perdoado por alguém, perdoar-se por algo que ocorreu no passado, ou até ser perdoado por um poder maior que o nosso (Deus, natureza, universo).

O indicador será considerado presente diante do relato verbal de sentir necessidade de perdoar, pedir perdão ou ser perdoado por alguém.

### **Expressa coragem insuficiente**

*Definição conceitual:*

Verbalização da existência de capacidade não suficiente de agir com confiança em situações difíceis e de temor.

*Definição operacional:*

Para avaliação desta característica definidora, será questionado ao participante pelo pesquisador:

- 1) Você julga sua coragem como suficiente ou insuficiente para enfrentar as situações do seu processo de saúde e doença e tratamento do câncer que você vem enfrentando?
- 2) Você acredita que sua coragem aumentou ou diminuiu após a descoberta do seu estado de saúde atual?

O indicador clínico será considerado presente quando o participante julgar sua coragem insuficiente ou relatar que a coragem diminuiu após a descoberta do seu estado de saúde atual.

### **Expressa perda de confiança**

*Definição conceitual:*

Verbalização de ter perdido (ou da ausência do que já foi presente um dia) a segurança e a crença na probidade sobre algo, alguém ou sobre si próprio.

*Definição operacional:*

<p>Para avaliação da presença desta característica definidora, o entrevistador irá questionar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) No seu momento atual você se sente confiante em relação ao seu estado de saúde?</li> <li>2) Na descoberta de seu diagnóstico e no início de seu tratamento, você se sentia confiante?</li> <li>3) Em algum outro momento anterior ao seu diagnóstico, você se sentiu confiante?</li> </ol>
---

A característica definidora será considerada presente diante do relato verbal de não se sentir confiante em relação ao seu estado de saúde, porém que já se sentiu confiante no início do seu tratamento ou em algum outro momento anterior.

### **Expressa perda da esperança**

*Definição conceitual:*

Verbalização de ter perdido a expectativa positiva quanto ao futuro (PARKER, 2002; COSTA, 2013)

*Definição operacional:*

Para avaliação da presença dessa característica definidora, o entrevistador direcionará as seguintes questões aos participantes:

- 1) Antes de seu diagnóstico, qual era a sua posição em relação à esperança? (opções de resposta: positiva, indiferente ou negativa)
- 2) Se era positiva e com esperança, você acha que essa posição quanto ao seu futuro se mantém positiva e esperançosa ou você acredita ter perdido a esperança?
- 3) Se era negativa e sem esperança ou se indiferente, você acha que essa posição quanto ao seu futuro se mantém ou você acredita ter adquirido esperança?
- 4) Você acha que sua visão quanto ao seu futuro, seja ela positiva ou negativa, pode ter a ver com seu estado de saúde atual?

O indicador clínico será considerado presente quando o indivíduo relatar que antes possuía uma visão positiva sobre o futuro e esperança, que hoje não é mais presente (ou seja, não se mantém) e que possivelmente essa visão se deva ao seu estado de saúde atual.

### **Expressa preocupações sobre o futuro**

*Definição conceitual:*

Verbalização da presença de pensamentos excessivos (com perda do sossego e apreensão) causada por sentimento de responsabilidade em relação ao que está por vir (DÍCIO, 2021).

*Definição operacional:*

Este indicador clínico será avaliado por meio das seguintes perguntas que serão realizadas pelo entrevistador:

- 1) Você considera ter preocupações relacionadas ao seu futuro?
- 2) Se sim, essas preocupações podem estar relacionadas ao seu estado de saúde atual?

A presença do indicador clínico será considerada quando o participante relatar que tem preocupação com o seu futuro possivelmente relacionados ao seu estado de saúde atual.

### **Expressa perda de controle**

*Definição conceitual:*

Verbalização de ter perdido o domínio sobre alguma circunstância, apresentando dificuldade para se organizar.

*Definição operacional:*

A presença da característica definidora será considerada diante do relato verbal do participante de perda de controle por meio das respostas às seguintes questões que serão realizadas pelo entrevistador:

- 1) Antes do seu diagnóstico e tratamento, você se considerava uma pessoa que tinha controle sobre as circunstâncias?
- 2) Se sim, atualmente, após o seu diagnóstico e tratamento, você continua se considerando essa pessoa que tem controle ou você acha que isso pode ter mudado?
- 3) Se não, atualmente, após o seu diagnóstico e tratamento, você continua se considerando essa pessoa que não tem controle, ou você acha que isso pode ter mudado e você passou a ter mais controle?
- 4) Se mudou, você acha que essa mudança (de perda ou ganho do controle) pode estar relacionada com seu diagnóstico e tratamento?

O indicador clínico será considerado presente quando houver relato verbal da percepção de ter perdido o domínio das circunstâncias e que esta perda pode estar relacionada ao estado de saúde atual.

**Expressa perda de serenidade**

*Definição conceitual:*

Verbalização de ter perdido a capacidade de manter componentes comportamentais e cognitivos associados à sensação de calma, tranquilidade, paz interior e não perturbação durante, principalmente, as circunstâncias negativas da vida (ROBERTS, 1991, 1993; FLOODY, 2013).

*Definição operacional:*

Para avaliação desta característica definidora, o entrevistador irá questionar o participante:

- 1) Antes de seu diagnóstico você se considerava uma pessoa serena diante das dificuldades?
- 2) Após o seu diagnóstico e enfrentamento do tratamento, você notou alguma mudança no padrão de serenidade que você apresentava?
- 3) Essa mudança que você notou levou-o a ser mais sereno ou a perder essa serenidade?

O indicador será considerado presente quando o participante relatar perda da serenidade, antes existente.

**Expressa preocupações sobre as crenças**

*Definição conceitual:*

Verbalização da existência de pensamento excessivo (com perda do sossego e apreensão) com o que se acredita e se tem convicção.

*Definição operacional:*

Para avaliação desta característica definidora o entrevistador realizará a seguinte pergunta:

- 1) Considerando que “crença” é a firme convicção sobre algo, você costuma ter preocupações sobre suas crenças?
- 2) Em sua opinião, essas preocupações podem estar relacionadas ao seu diagnóstico e/ou tratamento?

O indicador clínico será considerado presente quando o participante responder que costuma ter preocupações sobre crenças e que podem estar relacionadas ao seu processo de adoecimento.

### **Incapacidade de vivenciar a transcendência**

#### *Definição conceitual:*

Condição em que o indivíduo não é capaz de sentir e refletir, de maneira profunda, sobre a existência de algo além de si mesmo ou da própria existência, não buscando significado (DICIO, 2021; PERES *et al.*, 2007).

#### *Definição operacional:*

Para avaliar a presença desta característica definidora, o entrevistador realizará as seguintes perguntas:

- 1) Você acredita que existe algo além de nós e da nossa existência aqui (Deus, cosmos, natureza)?
- 2) Se acredita, você consegue vivenciar, sentir e refletir acerca deste algo além de nós?
- 3) Se não acredita, por qual motivo você não tem essa crença? (opções de resposta: porque não consigo vivenciar isso, por outros motivos)

Será considerado a presença deste indicador clínico quando o indivíduo relatar que não consegue vivenciar, sentir ou refletir acerca da espiritualidade.

### **Expressa sentir-se abandonado por poder maior que si próprio**

#### *Definição conceitual:*

Verbalização da presença de sentimento de ter sido desamparado por um poder maior. Podendo esse poder referir-se ao cosmos, universo, Deus, ou qualquer outro poder maior que o indivíduo acredite.

#### *Definição operacional:*

Para a avaliação do indicador clínico, o entrevistador irá realizar os seguintes questionamentos em seguida às perguntas referentes ao indicador clínico Incapacidade de vivenciar a transcendência:

1. Você sempre teve essa mesma crença/descrença relacionada a algo além de nós e da nossa existência aqui? (opções de resposta: sempre pensei assim ou isso mudou em algum momento da minha vida).
2. Você acredita que essa mudança pode ter ocorrido após seu diagnóstico e tratamento? Ou não tem nada a ver com isso?
3. Em algum momento, após o seu diagnóstico, você se sentiu abandonado por este poder ou você acredita que esse poder sempre esteve presente em sua vida
4. Você acredita que essa sensação de abandono pode ter relação com o momento que você está vivendo com seu diagnóstico e tratamento?

A presença do indicador clínico será considerada quando houver relato verbal de que o participante acredita na existência de um poder maior que si, que se sente abandonado por esse poder e que essa sensação pode estar relacionada com seu estado de saúde atual.

### **Expressa raiva direcionada a poder maior que si próprio**

#### *Definição conceitual:*

Verbalização da presença de sentimentos que expressam um estado emocional de irritação em diferentes graus, frustração e ressentimento com um poder maior. Podendo esse poder referir-se à natureza, cosmos, universo, Deus, ou qualquer outro poder maior que o indivíduo acredite.

#### *Definição operacional:*

Para avaliação do indicador clínico, serão realizadas a seguinte questão:

- 1) Ao pensar no seu diagnóstico e tratamento, você sente ou já sentiu raiva de um poder maior que o seu? Por exemplo, raiva de Deus, do Universo, da natureza.

O indicador será considerado presente quando o participante relatar que sente raiva neste momento de um poder maior que o seu.

#### **Percepção de perda do sentido da vida**

##### *Definição conceitual:*

Percepção de ter ocorrido uma perda do significado ou da finalidade para a existência do indivíduo (AQUINO, 2010; AQUINO, 2011).

##### *Definição operacional:*

Para avaliação da presença desta característica definidora, o entrevistador irá questionar:

- 1) No seu momento atual, você consegue enxergar sentido na sua vida (significado para sua existência)?
- 2) Você sempre teve essa mesma percepção?
- 3) Você acha que seu estado de saúde atual pode estar relacionado com essa sua percepção?

O indicador clínico será considerado presente diante do relato verbal de não conseguir enxergar sentido na vida, relacionando esta percepção ao estado de saúde atual.

#### **Questiona o sentido da vida**

##### *Definição conceitual:*

Ação de perguntar-se, perguntar aos outros ou perguntar a um poder maior, de forma reflexiva, fazendo uma autoavaliação sobre a existência de um significado ou de uma finalidade para a existência do indivíduo (AQUINO, 2010; AQUINO, 2011).

##### *Definição operacional:*

Para avaliação dessa característica definidora, o entrevistador realizará as seguintes perguntas:

- 1) Você costuma questionar-se acerca do sentido da vida, do significado da vida ou da finalidade de sua existência nessa vida?
- 2) Você acha que seu estado de saúde atual pode influenciar nesses questionamentos acerca do sentido da vida?
- 3) Você costumava questionar-se disso antes de sua doença e tratamento?

Será considerada a presença do indicador clínico quando houver relato verbal da presença do hábito de questionar-se acerca do sentido da vida, hábito este reconhecido como não existente antes da doença ou quando relacionado ao estado de saúde atual.

#### **Expressa perda da vontade de viver**

##### *Definição conceitual:*

Relato verbal de ter perdido a força interior que impulsiona o ser humano a querer viver e estar com vida (DICIO, 2021).

##### *Definição operacional:*

O entrevistador irá realizar as seguintes perguntas ao participante da pesquisa:

- 1) Quanto a sua vontade de viver, como você se sente? (as opções para esta questão serão: tenho vontade de viver; sou indiferente e para mim tanto faz; e não tenho mais vontade de viver)

- 2) Esse sentimento sempre esteve presente em sua vida ou você percebeu se apareceu com o tempo?
- 3) Você acha que esse sentimento pode estar relacionado com seu estado de saúde atual ou com seu diagnóstico e tratamento?

O indicador clínico será considerado presente quando o participante responder que é indiferente quanto a vontade de viver ou que não tem mais vontade de viver, sentimento presente e que apareceu com o tempo, relacionado ao seu estado de saúde atual, diagnóstico ou tratamento.

### **Expressa sofrimento**

#### *Definição conceitual:*

Verbalização da presença de um sentimento de desprazer, desconforto severo, angústia provocada por uma ameaça ou estímulo real ou percebido como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo (CASSEL, 1991).

#### *Definição operacional:*

Para avaliação do indicador clínico, serão realizadas as seguintes questões:

- 1) Você considera que existe sofrimento em sua vida?
- 2) Você acredita que esse sofrimento pode ter relação com seu estado de saúde nesse momento?

O indicador será considerado presente quando o participante relatar que existe sofrimento em sua vida e afirmar a possibilidade de relação deste sofrimento com o seu estado de saúde atual.

### **Questiona o sentido do sofrimento**

#### *Definição conceitual:*

Ação de indagar sobre a existência de uma finalidade ou propósito para a situação, considerada sofrida (não prazerosa, desconfortável e angustiante), a qual está vivenciando, no sentido de entender o porquê do sofrimento.

#### *Definição operacional:*

Para julgar a característica definidora como presente, será questionado ao participante a seguinte interrogação logo após as questões do indicador clínico Expressa sofrimento:

- 1) Você costuma questionar-se sobre o sentido (o porquê), finalidade ou propósito do sofrimento em que está enfrentando?

Será considerado presente o indicador clínico diante do relato verbal confirmatório do participante de considerar estar passando por um sofrimento e que os questionamentos sobre o sentido da vida ou propósito do sofrimento estão presentes.

### **Expressa não se sentir amado**

#### *Definição conceitual:*

Verbalização de sentir a ausência de afeto, afeição, por parte dos outros para consigo, sentimento de inexistência de amor dos outros por si.

#### *Definição operacional:*

Esse indicador clínico será investigado por meio do seguinte questionamento que será realizado pelo entrevistador:

1. Você sente ser amado por outras pessoas?
2. Antes de você ser diagnosticado com sua doença atual, você sentia o mesmo que hoje?

Será considerado presente diante do relato verbal do indivíduo de sentir não ser amado por outras pessoas e que esse sentimento não existia antes de ser diagnosticado com a doença atual.

### **Expressa preocupação sobre sistemas de valores**

*Definição conceitual:*

CR

*Definição operacional:*

Este indicador clínico será avaliado por meio das seguintes perguntas que serão realizadas pelo entrevistador:

1. Para refletir: Levando em consideração que valor é tudo aquilo que vale para você (família, sociedade, religião, política...). Você se preocupa, de forma a ter pensamentos excessivos, sobre esses valores?
2. Você acredita que esta preocupação pode estar relacionada ao seu estado de saúde atual, diagnóstico ou tratamento?

A presença do indicador clínico será considerada quando o participante responder que costuma ter preocupações com sistemas de valores e que estas preocupações podem estar relacionadas ao seu estado de saúde atual.

### **Expressa preocupação sobre a família**

*Definição conceitual:*

Verbalização da perda do sossego e apreensão causada por sentimento de responsabilidade em relação à família.

*Definição operacional:*

Para a identificação do indicador clínico, o participante será questionado acerca da preocupação sobre a família. Para isto, o entrevistador fará as seguintes perguntas:

- 1) Quando você pensa na sua família, você costuma ter preocupações ou pensamentos excessivos?
- 2) Você sente se essas preocupações podem estar relacionadas com seu estado de saúde atual, diagnóstico ou tratamento?

A presença do indicador clínico será considerada quando o participante responder que costuma ter preocupações e que este sentimento pode estar relacionado ao seu estado de saúde atual.

### **Expressão de criatividade diminuída**

*Definição conceitual:*

Condição em que o indivíduo relata verbalmente a manifestação de uma redução na habilidade para criar, inventar ou inovar a partir da sua imaginação (DICIO, 2021).

*Definição operacional:*

Para identificação da característica definidora, o entrevistador realizará as seguintes perguntas:

- 1) Antes de sua doença, você se considerava uma pessoa criativa?
- 2) Após o diagnóstico de sua doença atual ou durante seu tratamento, você percebeu se houve mudanças no seu padrão de criatividade? (se era criativa, passou a não ser; se não era criativa, passou a ser)
- 3) Se houve, essas mudanças lhe deixaram mais ou menos criativo?
- 4) Você acredita que essas mudanças podem estar relacionadas ao seu estado de saúde, diagnóstico e tratamento?

Será considerada a presença da característica definidora diante do relato verbal de diminuição da criatividade após diagnóstico e tratamento.

### **Desinteresse pela natureza**

#### *Definição conceitual:*

Manifestação de indiferença ou falta de interesse pelo mundo natural que não depende de intervenção humana para nascer, desenvolver e existir (ANGIONI, 2010; CASTRO, 2019)

#### *Definição operacional:*

Para avaliação da presença da característica definidora, o entrevistador fará as seguintes perguntas:

- 1) Antes do seu diagnóstico, você se interessava pela natureza (animais, fauna, flora, praias, mar, bosques, rochas, planetas...)?
- 2) Refletindo, você acredita que houve mudança nesse interesse após seu diagnóstico ou continua se interessando da mesma forma?
- 3) Se houve mudanças, essas mudanças lhe deixaram mais interessado ou menos interessado pela natureza?

O indicador clínico será considerado presente quando houver relato verbal de mudanças no interesse pela natureza para menos após o diagnóstico atual possivelmente relacionado ao estado de saúde do participante.

### **Choro**

#### *Definição conceitual:*

É uma expressão emocional com resposta secretomotora que tem como principal característica o derramamento de lágrimas pelo aparelho lacrimal, sem a presença de qualquer irritação das estruturas oculares. Algumas vezes o derramamento de lágrimas é acompanhado de alterações nos músculos de expressões faciais, vocalizações e, em alguns casos, soluços (PATEL, 1993; VINGERHOETS *et al.*, 2000).

#### *Definição operacional:*

Para avaliação deste indicador clínico, serão realizados os seguintes questionamentos:

1. Você costuma chorar ao pensar na situação vivenciada no momento?
2. Você costuma chorar durante procedimentos que dizem respeito ao seu tratamento?

Será considerado presente quando o participante responder que costuma chorar ao pensar na situação vivenciada no momento, ou que costuma chorar durante o tratamento, ou mesmo chorar no momento da entrevista.

### **Dissonias**

#### *Definição conceitual:*

Transtornos de sono primários relacionados à iniciação do sono ou à sua manutenção ou mesmo à sonolência excessiva, caracterizada por distúrbios de qualidade, quantidade ou regulação de ritmo de sono (APA, 1994).

#### *Definição operacional:*

Para avaliação da presença desta característica definidora, será aplicado o mini-questionário do sono (*Mini-Sleep Questionnaire*)

. Esse questionário foi originalmente desenvolvido por Zommer *et al.* (1985) para a triagem de distúrbios de sono e sua versão em português foi validada por Falavigna *et al.* (2011).

O instrumento é composto por dez itens que avaliam tanto a insônia quanto a hipersonia: dificuldade de adormecer, dificuldade em adormecer após acordar a noite, necessidade de medicamentos para dormir, sono diurno, cansaço ao acordar, presença de ronco a noite, se acorda a noite, dor de cabeça ao acordar pela manhã, cansaço sem motivo aparente e sono agitado. Cada item é pontuado em uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (nunca) a 7 (sempre) e a pontuação total é definida como a soma aritmética das pontuações de seus itens. Na versão brasileira a pontuação total é dividida em quatro classificações de qualidade de sono: de 10 a 24 pontos, sono bom; de 25 a 27 pontos, sono levemente alterado; de 28 a 30 pontos, sono moderadamente alterado; maior que 30 pontos, sono muito alterado.

Este instrumento é autoaplicável, mas neste estudo será aplicado pelo entrevistador que fará as perguntas ao participante e realizará o preenchimento de acordo com a resposta deste.

Será considerada a presença da característica definidora quando o participante apresentar um sono moderadamente alterado ou muito alterado, ou seja, quando a pontuação total for igual ou maior que 28.

## **Fadiga**

### *Definição conceitual:*

Sensação opressiva e prolongada de exaustão e diminuição da capacidade de trabalho físico e mental ao nível habitual (NANDA-I, 2021).

### *Definição operacional:*

A fadiga será avaliada por meio do Pictograma de Fadiga, adaptado para o uso no Brasil por Mota, Pimenta e Fitch (2009). É um instrumento ilustrado que possui dois conjuntos de figuras que avaliam a intensidade e o impacto da fadiga nas atividades usuais. Este é um instrumento curto, de fácil aplicação, compreensão e que apresenta boa validade e estabilidade para uso em pacientes com câncer em avaliações pontuais.

Neste estudo, o instrumento será aplicado pelo entrevistador que irá apresentar o conjunto de imagens ao participante e irá pedir que este aponte qual imagem o representa de acordo com cada situação “Quanto cansado você se sentiu na última semana?” e “Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?”.

O indicador clínico será considerado presente quando no primeiro conjunto de figuras o indivíduo escolher “moderadamente”, “muito” ou “extremamente cansado” e, no segundo conjunto, escolher “eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço”, “eu só faço o que tenho que fazer” ou “eu consigo fazer muito pouco”.

## APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO SOFRIMENTO ESPIRITUAL

FATORES CAUSAIS
<p><b>Abuso de substâncias</b></p> <p><i>Definição conceitual:</i> Utilização de maneira inapropriada e excessiva de qualquer substância que causa efeitos que alteram de maneira negativa a saúde mental e física, sejam substâncias lícitas ou ilícitas.</p> <p><i>Definição operacional:</i> Esse fator relacionado será avaliado por meio do relato verbal dos participantes. O entrevistador irá realizar as seguintes perguntas aos participantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você faz uso de algum medicamento ou outra substância em casa para alívio de sintomas por conta de sua doença ou tratamento?</li> <li>2. Esse medicamento ou substância foi recomendada por alguém? Quem?</li> <li>3. Você faz uso de bebida alcoólica?</li> <li>4. Você fuma?</li> <li>5. Você faz uso de alguma substância alucinógena?</li> </ol> <p>O fator relacionado será considerado presente quando houver relato verbal de uso de medicamento ou outra substância sem recomendação do médico oncologista que acompanha o paciente; uso de bebida alcoólica em qualquer quantidade, visto que segundo o INCA (2022) não se recomenda uso de bebida alcoólica durante o tratamento oncológico, não existindo dose de segurança para tal; ou uso de tabaco ou de substâncias alucinógenas em qualquer quantidade durante o tratamento oncológico.</p>
<p><b>Ansiedade</b></p> <p><i>Definição conceitual:</i> É uma resposta emocional a uma ameaça difusa em que o indivíduo antecipa um perigo iminente inespecífico ou infortúnio (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).</p> <p><i>Definição operacional:</i> Esse fator causal será investigado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS do Inglês <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), traduzida e validada no Brasil por Botega et al. (1995). Composta por 14 itens divididos em duas subescalas, sete itens para a subescala de depressão e sete itens para a de ansiedade. Para cada item as respostas são dadas em escala de Likert de 0 a 3. Para esse estudo, serão utilizados os sete itens voltados à investigação de ansiedade, excluindo-se as questões direcionadas para depressão. O pesquisador irá questionar como o participante vem se sentindo na última semana e irá registrar na escala de likert de acordo com a resposta do participante. Os itens a serem avaliados serão:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eu me sinto tenso ou contraído.</li> <li>2. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.</li> <li>3. Estou com a cabeça cheia de preocupações.</li> <li>4. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.</li> <li>5. Eu tenho uma sensação ruim de medo, com um frio na barriga e um aperto no estômago.</li> <li>6. Eu me sinto inquieto como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.</li> <li>7. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.</li> </ol>

Será considerada a presença do fator causal quando o indivíduo alcançar uma pontuação maior ou igual a 7. Esse ponto de corte se deu com base no estudo de Faro (2015) que realizou uma análise fatorial confirmatória e normatização da HADS e propôs uma nova nota de corte ótima ( $\geq 7$ ) seguindo critérios estatísticos de sensibilidade = 74,4% e especificidade = 23,0%, com taxa de falsos positivos em torno de 20% e intervalo de confiança de 95%.

### **Baixa autoestima**

*Definição conceitual:*

Refere-se à percepção negativa que o indivíduo tem de si mesmo e de seu próprio valor. Caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios (AVANCI *et al.*, 2007; SALERNO *et al.*, 2015).

*Definição operacional:*

A presença de baixa autoestima será avaliada por meio da Escala de Rosenberg (1965) validada no Brasil (DINI *et al.*, 2004). A escala é composta por dez questões, cada questão é pontuada por meio de uma escala Likert de 1 a 4. Metade dos itens da escala são enunciados de forma positiva e as respostas das questões são apresentadas da seguinte maneira: 4 = concordo totalmente, 3 = concordo, 2 = discordo, 1 = discordo totalmente. Já para os itens negativos, as respostas estarão dispostas da seguinte forma: 1 = concordo totalmente, 2 = concordo, 3 = discordo, 4 = discordo totalmente. A soma das respostas dos 10 itens fornece o escore da escala, cuja pontuação total permeia entre 10 e 40. Considera-se que quanto mais baixa a pontuação, mais baixa a autoestima. A classificação da autoestima é definida pela seguinte pontuação: autoestima alta/ satisfatória – escore maior que 30 pontos; média - escore entre 20 e 30 pontos e; baixa/ insatisfatória - escore menor que 20 pontos (DINI *et al.*, 2004).

Serão considerados com baixa autoestima neste estudo, indivíduos que apresentarem uma pontuação  $< 20$  pontos.

### **Barreira para vivenciar o amor**

*Definição conceitual:*

Bloqueio que impede ou dificulta o indivíduo submeter-se a sentir, experienciar ou viver o amor, seja materno, paterno, fraterno, físico, romântico, pela natureza, pelos animais, por si mesmo, por Deus ou algum ser superior.

*Definição operacional:*

Para investigar a presença desse fator relacionado, o entrevistador irá realizar os seguintes questionamentos aos participantes:

1. Você se considera uma pessoa que se permite experienciar ou vivenciar o amor de alguma forma (com familiares, animais, natureza, Deus ou ser superior, a si próprio)?
2. Você alguma vez sentiu existir alguma dificuldade ou empecilho para amar?
3. Essa dificuldade ou empecilho sempre foi presente em sua vida? Ou foi em algum momento específico?
4. Você acha que essa dificuldade ou empecilho pode ter a ver com seu estado de saúde atual?

O fator será considerado presente quando o indivíduo se considerar uma pessoa que não se permite experienciar ou vivenciar o amor ou que tem alguma dificuldade ou empecilho que o impede ou dificulta em vivenciar o amor, somado ao fato de achar que essa dificuldade ou empecilho tem relação com o seu estado de saúde atual.

### **Conflito cultural**

*Definição conceitual:*

Sensação de estranhamento que leva a uma luta emocional implícita ou explícita entre pessoas originadas de diferentes culturas sobre a incompatibilidade percebida ou real de ideologias e valores, formas de pensar e agir, normas e objetivos, clima, hábitos alimentares, língua falada e outros fatores diferentes dos de costume (WANG, 2017; TING-TOOMEY; OETZEL, 2013).

#### *Definição operacional:*

Para avaliação desse fator relacionado, o entrevistador irá realizar aos participantes os seguintes questionamentos:

1. Você sente se existe alguma diferença de cultura nos locais que você frequenta atualmente em relação ao que você está acostumado a vivenciar?
2. Isso lhe causa desconforto ou não faz diferença para você?

O fator causal será considerado presente quando houver relato verbal da existência de diferença cultural em relação à cultura de costume com sensação de desconforto relacionado a essa diferença.

### **Controle ambiental inadequado**

#### *Definição conceitual:*

Situação em que o indivíduo não consegue gerir/ coordenar, de forma que considere apropriada, o local no qual se encontra (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

#### *Definição operacional:*

Tendo em vista a definição de ambiente por Florence Nightingale que o conceitua como sendo o local onde se encontra o doente e/ou os familiares (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015), para avaliação desse fator relacionado será considerado ambiente o local em que o indivíduo passa maior parte de seu tempo.

Assim, para avaliação deste fator relacionado, o entrevistador realizará os seguintes questionamentos:

1. Em que local(s) você está passando a maior parte do seu tempo?
2. Você se sente à vontade nesse(s) local(s)?
3. Você participa das decisões relacionadas ao(s) ambiente(s)? Ex.: Horários de dormir, comer, sair, banhar; local de realizar refeição; posição da cama, da televisão, entre outros?
4. Você considera ter um controle adequado sobre o(s) ambiente(s) que você passa maior parte do seu tempo?

O fator causal será considerado presente quando o indivíduo relatar que considera não ter controle adequado sobre o ambiente que passa a maior parte do seu tempo.

### **Dificuldade em aceitar o diagnóstico e tratamento**

#### *Definição conceitual:*

Consiste na negação do indivíduo quanto a sua nova condição de diagnóstico e necessidade de tratamento (KUBLER-ROSS, 2011; CORREA; SILVEIRA, 2019)

#### *Definição operacional:*

A presença do fator relacionado será investigada por meio das seguintes perguntas:

1. Você acredita na existência da doença que lhe foi diagnosticada?
2. Você acredita que essa doença precisa de um tratamento?
3. Você concorda ou discorda com o tratamento que lhe foi proposto?

Será considerada a presença do fator causal quando o participante responder que não acredita ter a doença ou necessitar de um tratamento.

### **Dificuldade para aceitar o processo de envelhecimento**

#### *Definição conceitual:*

Consiste na negação do indivíduo quanto a condição do processo de transformações fisiológicas e estruturais que ocorrem no corpo e na mente ao longo da vida em consequência ao envelhecimento (KUBLER-ROSS, 2011; MARTINS *et al.*, 2007).

#### *Definição operacional:*

Esse fator causal será investigado em indivíduos considerados idosos, segundo o Ministério da Saúde e o Estatuto do Idoso, ou seja, participantes com idade igual ou superior a 60 anos. A presença do fator será investigada por meio das seguintes perguntas:

1. Como você lida com o seu processo de envelhecimento?
2. Há algo relacionado às mudanças físicas ou mentais consequentes do processo de envelhecimento que lhe incomoda?
3. Você consegue entender esse processo de forma natural ou sente alguma dificuldade em aceitar o processo de envelhecimento?

Será considerada a presença do fator relacionado quando o participante afirma que não lida bem com o processo de envelhecimento e nem com as mudanças que lhe incomodam, assim como que sente dificuldade em aceitar o processo de envelhecimento.

### **Dor**

#### *Definição conceitual:*

Experiência sensorial e emocional desagradável, associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

#### *Definição operacional:*

Para fins desse estudo, o fator causal rotulado como “dor” será estudado somente em sua dimensão física, visto que a dor física é sintoma base para o sofrimento humano (HAGARTY *et al.*, 2020), além disso, investigar as demais dimensões da dor necessitaria de um nível de aprofundamento muito amplo sendo mais bem estudado em um estudo exclusivo para este fim.

Considerando as diversas características da dor que aumentam a exposição do indivíduo ao sofrimento espiritual, para este estudo utilizar-se-á o Inventário Breve de Dor (IBD) para avaliação desse fator relacionado. A IBD é uma escala multidimensional e um dos instrumentos de avaliação de dor mais utilizados mundialmente. Foi primeiramente desenvolvida em inglês (CLEELAND; RYAN, 1994) e logo foi validada no Brasil para pacientes oncológicos (FERREIRA *et al.*, 2011).

O IBD inicialmente traz o questionamento acerca da existência de dor hoje (que não seja dores do cotidiano: dor de cabeça, dor de dente) no indivíduo, podendo este responder “sim” ou “não”. Após isto, apresenta um diagrama, com um desenho no formato de um corpo humano para que o indivíduo faça a marcação do local onde apresenta dor. Além disso, faz uso de escala de 0 a 10 para graduar as seguintes variáveis: intensidade da dor mais intensa, menos intensa e mediana nas últimas 24 horas; intensidade da dor no momento da aplicação do instrumento; interferência da dor na atividade geral, habilidade para caminhar, no trabalho, relacionamento com outras pessoas, humor e sono; local da dor; e o quanto os medicamentos utilizados proporcionam melhora na dor do indivíduo. O IBD ainda tem um espaço para que a pessoa preencha com “nome”, “dose”, “frequência de uso” e “data de início” de tratamentos e medicações que está recebendo para dor.

De acordo com pontos de corte dessa escala, a pontuação 0 representa ausência de dor; 1 a 4, dor leve; 5 a 7, dor moderada e, 8 a 10, dor intensa. Para esse estudo, o fator relacionado será considerado presente quando o indivíduo responder afirmativo para a existência de dor relacionada à doença hoje ou quando classificá-la em uma das escalas de intensidade do instrumento como igual ou acima de 1 ponto (mesmo com uso de medicamento). As demais variáveis da escala serão utilizadas para compreender como a dor e seu impacto em

várias áreas da vida do indivíduo pode estar relacionada com a presença do diagnóstico Sofrimento espiritual.

## **Medo**

### *Definição conceitual:*

É uma resposta emocional básica e intensa despertada pela detecção de ameaça iminente, envolvendo uma reação imediata de alarme que mobiliza o organismo ao desencadear um conjunto de mudanças fisiológicas (APA, 1994; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

### *Definição operacional:*

Nesse estudo, a presença do fator causal será avaliado por meio dos seguintes questionamentos:

1. Você costuma sentir medo?
2. Esse sentimento de medo está relacionado com a sua doença ou tratamento?

O fator causal será considerado presente mediante o relato verbal da presença do sentimento de medo relacionado com a doença ou tratamento.

## **Percepção de ter negócios inacabados**

### *Definição conceitual:*

Sensação de que existem situações que não foram ainda concluídas, permanecem incompletas ou não foram resolvidas (MASTERSON, 2018).

### *Definição operacional:*

Nessa pesquisa, a percepção de negócios inacabados será avaliada por meio do relato verbal dos participantes. O pesquisador irá realizar as seguintes questões:

1. Você acredita ter situações, projetos ou desejos inacabados em sua vida hoje?
2. Ter essa sensação de ter coisas ainda para finalizar lhe incomoda ou lhe traz algum sofrimento?

O fator causal será considerado presente quando houver verbalização da presença de situações, projetos ou desejos inacabados pelo participante em sua vida hoje e que essa sensação o incomoda ou lhe traz algum sofrimento.

## **Perda de independência**

### *Definição conceitual:*

Processo dinâmico de progressão de um estado de dependência que ocorre por razões ligadas à falta ou perda de autonomia – física, psíquica, social – com necessidade de auxílio para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (VERAS, 2009; MARINHO et al, 2013).

### *Definição operacional:*

A avaliação das Atividades de Vida Diária será realizada por meio da aplicação da Escala de Barthel, validada no Brasil (MINOSSO et al, 2010), que avalia um total de dez funções: banhar-se, vestir-se, promover higiene, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, manter continências fecal e urinária, capacidade para alimentar-se, deambular e subir e descer escadas.

Para a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária será utilizada a Escala de Lawton que avalia sete atividades: uso do telefone, viagens, realização de compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo das finanças. Ambas as escalas serão aplicadas pelo entrevistador.

Considerando que o fator é rotulado como “perda da independência”, para esse estudo, primeiramente será avaliada a presença de “dependência” no indivíduo por meio dos

escores para as seguintes escalas: ≤ 95 para a escala de Barthel ou pontuação ≤ 20 na escala de Lawton, tendo em vista que a presença de necessidades básicas de vida diária não é determinante e nem dependente da presença de necessidades instrumentais de vida diária. Nos indivíduos com essa condição (presença de dependência), será investigado se havia independência em algum momento e se essa foi perdida: “Você sempre necessitou de auxílio para realizar essas atividades ou essa necessidade de auxílio ocorreu em algum determinado momento de sua vida?”. O fator causal será considerado presente quando houver algum tipo de dependência associada a verbalização da perda da independência em algum momento da vida.

### **Prática espiritual alterada**

*Definição conceitual:*

Situação em que o desempenho de atividades que têm como finalidade cultivar a espiritualidade em busca de um propósito para a vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com alguma representação não física, é percebida como desorganizada ou diferente do que era praticado anteriormente (OLIVEIRA et al., 2020; EVANGELISTA et al., 2016).

*Definição operacional:*

Para avaliação desse fator causal, o entrevistador irá questionar ao participante as seguintes perguntas:

1. Você costuma praticar alguma atividade em que você se conecta com você mesmo, com os outros, com a natureza, com Deus ou outro ser superior (Exemplo: ler a bíblia, orar, rezar o terço, meditar, praticar yoga, ir à Igreja ou Templo, conectar-se à natureza, entre outros)?
2. Você percebeu alguma mudança na sua prática dessa atividade de antes do seu diagnóstico para agora?
3. Você percebe essa mudança para uma prática em que você se sente mais conectado ou menos conectado?

O fator causal será considerado presente quando houver o relato verbal de uma prática espiritual modificada, seja para mais ou para menos conectado.

### **Relações interpessoais inadequadas**

*Definição conceitual:*

Falta de habilidade para se relacionar de maneira apropriada com outras pessoas (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014).

*Definição operacional:*

O fator relacionado será avaliado a partir dos seguintes questionamentos que serão realizados pelo entrevistador:

1. Você é uma pessoa que interage mais ou é mais retraída quanto à interação com outras pessoas?
2. Como você avalia seu relacionamento com as pessoas da sua casa?
3. Como você avalia seu relacionamento com as pessoas de seu trabalho?
4. Como você avalia seu relacionamento com as demais pessoas (demais familiares que não estão no núcleo familiar e amigos)?

O fator relacionado será considerado presente quando houver relato verbal de um relacionamento inadequado com as pessoas de casa, pessoas do trabalho, familiares ou amigos.

### **Ritual religioso alterado**

*Definição conceitual:*

Situação em que o conjunto de formalidades consagradas por tradições e normas (DICIO, 2021) de cunho religioso é percebido como desorganizado ou diferente do que era praticado anteriormente.

#### *Definição operacional:*

O fator relacionado será avaliado a partir dos seguintes questionamentos que serão realizados pelo entrevistador para os participantes:

1. Você segue alguma religião?
2. Com que frequência você costuma praticar os rituais de sua religião?
3. Você sempre praticou sua religião com essa mesma frequência de agora?
4. Essa mudança de frequência e/ou alteração nos rituais pode influenciar em algo na sua vida?

Será considerada a presença do fator relacionado quando houver relato verbal de mudança na frequência da prática religiosa ou alteração nos rituais religiosos praticados, e que essa mudança na frequência e/ou alteração dos rituais influencia na vida do indivíduo.

#### **Expressa sentir-se inútil**

##### *Definição conceitual:*

É o ato ou efeito de sentir-se sem utilidade, improdutivo, sem serventia e sem valor (DICIO, 2021).

##### *Definição operacional:*

Por se tratar de um sentimento, o fator será investigado por meio das seguintes perguntas:

1. Atualmente, houve ou há algum momento em sua vida que você sente não ser útil? Por exemplo ao realizar alguma atividade do dia a dia ou em relação ao seu trabalho, ao auxiliar ou ajudar outrem, ao se cuidar.

O fator será considerado presente quando houver o relato da existência do sentimento de inutilidade pelo participante.

#### **Separação do sistema de apoio**

##### *Definição conceitual:*

Afastamento do suporte emocional, afetivo, material e prático oferecido por indivíduos do meio social, como familiares, amigos, grupos religiosos, ou qualquer outra pessoa ou instituição que ofereça esse apoio (GUEDES *et al.*, 2017; ARAGÃO *et al.*, 2017; PIETRUKOWICZ, 2001).

##### *Definição operacional:*

Para avaliação desse fator relacionado, o entrevistador irá questionar os participantes:

- 1) Você se sente apoiado (emocional, financeiro, afetivo, ou qualquer tipo de apoio) pelas pessoas do seu meio social (família, amigos, trabalho, religião)?
- 2) Você sempre se sentiu apoiado em relação ao seu estado de saúde por essas pessoas?
- 3) Você acha que em algum momento, após a descoberta de sua doença, pode ter ocorrido um afastamento entre você e o apoio que essas pessoas prestavam a você?
- 4) O apoio que você recebe hoje é suficiente para você?

O fator causal será considerado presente quando o indivíduo relatar que percebeu um afastamento de seu sistema que o prestava apoio anteriormente.

#### **Solidão**

##### *Definição conceitual:*

É uma experiência subjetiva e desagradável que resulta da deficiência nas relações sociais. É um sentimento de vazio e tristeza resultado da insatisfação com o número ou a qualidade de contatos. Não é sinônimo de isolamento ou ausência total de contato social (PEPLAU; PERLAN, 1982; NETO; BARROS, 2001).

*Definição operacional:*

Para avaliação do fator causal Solidão será utilizada, neste estudo, a Escala Brasileira de Solidão UCLA-BR. Essa escala foi adaptada e validada para o Brasil por Barroso, Andrade e Oliveira (2016). O instrumento é composto por 20 afirmações sobre sentimentos ou ações relacionadas à solidão. As respostas são dadas em escala Likert de quatro pontos, variando entre 0 – nunca e 3 – frequentemente. Sua pontuação máxima é 60 pontos.

A interpretação da escala é dada pelos seguintes pontos de corte: 0 a 22, indicativo de solidão mínima; 23 a 35 pontos, solidão leve; 36 a 47 pontos, indicativo de solidão moderada; e 48 a 60 pontos, solidão intensa (BARROSO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2016).

Considerar-se-á a presença do fator relacionado quando o indivíduo apresentar um escore  $\geq 36$  pontos, pois segundo Barroso, Andrade e Oliveira (2016) essa é a melhor pontuação discriminativa da escala que define a presença ou ausência de solidão.

## ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

**Quadro 1** – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos? Que local é este aqui? Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

## ANEXO B – PARECER SUBSTANIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



### PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DOS FATORES CAUSAIS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOFRIMENTO ESPIRITUAL EM ADULTOS COM CÂNCER METASTIZADO

**Pesquisador:** NAANDA KAAANNA MATOS DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68400823.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.003.643

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, transversal e quantitativo, a ser realizado em duas instituições de saúde que fomezem tratamento oncológico, uma instituição privada e conveniada ao SUS, localizada na capital do Estado, Fortaleza, e outra filantrópica, localizada na cidade de Barbalha, Cariri cearense. A população será composta por adultos com câncer, acompanhados nas unidades de saúde descritas. Serão critérios de inclusão: 18 anos ou mais, ter diagnóstico de câncer metastático e ter conhecimento acerca de seu câncer metastático. Serão excluídas da pesquisa aquelas pessoas que não possuem capacidade física e cognitiva de responder às questões e indivíduos diagnosticados previamente com depressão, que serão considerados aqueles que façam uso regular de antidepressivos segundo o próprio participante, acompanhante ou informações do prontuário. Para avaliar o estado cognitivo dos indivíduos, será aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para estimar o tamanho da amostra, será utilizado o cálculo das populações infinitas em que, adotando um nível de confiança de 95%, proporção populacional de 50% e erro esperado de 5%, a amostra para este estudo deverá ser de no mínimo 395 indivíduos. A técnica de amostragem para recrutamento dos participantes da pesquisa será do tipo não probabilística, naturalística, delimitada temporalmente. Os dados serão coletados pela pesquisadora principal com auxílio de quatro estudantes do curso de graduação em Enfermagem, dois da Universidade Regional do Cariri (URCA) para coleta na instituição da região do Cariri e dois da Universidade Federal do Ceará (UFC) para a coleta na região de Fortaleza-CE. Será realizado um

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.003.643

estudo piloto com 5% da amostra, ou seja, 21 indivíduos, distribuídos de forma igual entre as duas instituições. Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados com base nos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico Sofrimento Espiritual (00066) presente na Taxonomia II da NANDA-I edição 2021-2023 e na revisão de escopo realizada. Para orientar a coleta de dados e auxiliar os pesquisadores na avaliação da presença ou ausência de cada fator causal e indicador clínico do diagnóstico serão utilizados os protocolos das definições conceituais e operacionais. Os dados serão compilados e organizados em planilha no software Excel. Para identificação da sensibilidade e especificidade dos indicadores clínicos, será realizada a análise de classe latente. Serão ainda calculadas probabilidades posteriores para a definição da presença ou ausência do diagnóstico. Para análise dos fatores relacionados e sua associação com a presença do diagnóstico, será realizada uma análise de regressão logística univariada para cada fator relacionado, até encontrar um bom ajustamento. A partir dos modelos de regressão logística, serão calculadas as Odds Ratios ajustadas para cada variável com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Será aplicado o teste Z para análise da significância estatística em que será considerada adotando-se um = 0,05.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar os fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.

**Objetivos Secundários:**

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.
- Identificar a prevalência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.
- Determinar as medidas de sensibilidade e especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.
- Identificar a prevalência dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.
- Investigar a associação entre os fatores causais e a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual em adultos com câncer metastizado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Para a autora, a pesquisa oferece risco de constrangimento e comoção, por abordar questões relacionadas ao histórico de doença, tratamento oncológico e questões emocionais e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.003.643

espirituais. Para reduzir esses riscos, a entrevista será realizada em local afastado das demais pessoas, e o participante será informado que caso não se sinta confortável, poderá retirar-se a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Os entrevistados serão informados que sua participação não trará nenhum benefício financeiro direto.

**Benefícios:** Para a autora, a pesquisa trará benefícios por permitir compreender o fenômeno Sofrimento espiritual em pessoas com câncer metastizado e quais fatores podem contribuir para o desenvolvimento deste problema nesta população, permitindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção de suas causas ou de intervenção sobre seus indicadores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a importância da assistência em saúde às pessoas com câncer metastizado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2076353.pdf	28/03/2023 21:06:41		Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINAL.pdf	28/03/2023 21:05:46	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/03/2023 21:05:34	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_SOLILITANDO_APRECIACAO_CEPUFC_.pdf	28/03/2023 21:05:25	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_envolvidos_na_pesquisa.pdf	28/03/2023 21:05:08	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.003.643

Outros	FIEL_DEPOSITARIO_HOSPITAL_2.pdf	28/03/2023 18:59:00	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Outros	FOEL_DEPOSITARIO_HOSPITAL_1.pdf	28/03/2023 18:58:43	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2023 18:58:14	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	28/03/2023 18:57:56	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HOSPITAL_2.pdf	28/03/2023 18:57:18	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HOSPITAL_1.pdf	28/03/2023 18:57:05	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_plataformaBrasil.pdf	14/03/2023 07:44:20	NAANDA KAANNA MATOS DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 14 de Abril de 2023

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br