

Introdução

Cuidados paliativos constituem, em nosso país, uma modalidade emergente de assistência no fim da vida, com ênfase nos últimos anos, em virtude do aumento da expectativa de vida da população, mudança no perfil epidemiológico das doenças crônico- evolutivas e necessidade de se proporcionar morte digna a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo⁽¹⁾.

Esse fato tem compelido os profissionais de saúde a repensarem a forma de cuidar de pacientes sem possibilidades de cura, uma vez que as dificuldades no domicílio são inúmeras e contribuem para a institucionalização da morte.

O cuidado, no contexto da assistência paliativa, diferencia-se do curativo porque reafirma a vida e encara a morte como uma realidade a ser vivenciada junto aos familiares. Tem como finalidade melhorar a Qualidade de Vida (QV) do paciente e do familiar, diante de uma doença avançada, por meio da prevenção e alívio de sofrimento, tratamento de dor e valorização da cultura, espiritualidade, costumes e valores, além de desejos e crenças que permeiam a morte⁽²⁻³⁾.

Tanto o câncer quanto o seu tratamento podem influenciar negativamente a percepção de QV, por isso, sua avaliação é considerada uma medida crítica em oncologia. Todavia, quando a cura e o prolongamento da vida já não são mais possíveis, essa mensuração torna-se fundamental.

As discussões sobre QV entre profissionais de saúde e pacientes são frequentes, mas a ênfase é, muitas vezes, centrada no controle dos sintomas físicos e pouca atenção é dada aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais⁽⁴⁾.

A religião e a espiritualidade são constructos adotados para lidar com o estresse gerado pelo câncer, pois, para muitos pacientes, pode contribuir para o alívio do sofrimento e maior esperança em relação à QV⁽⁵⁾.

Embora distintas, estão intimamente imbricadas, uma vez que a espiritualidade é considerada a essência de uma pessoa, como uma busca de significado e propósito de vida, enquanto a religiosidade é a expressão da própria espiritualidade, através de rituais, dogmas e doutrinas⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, o *coping* ou enfrentamento religioso refere-se ao uso da fé, religião ou espiritualidade no enfrentamento das situações estressantes, ou dos momentos de crise, que ocorrem ao longo da vida. Para tanto, seu estudo deve ser amplo e fundamentado em uma visão funcional da religião e do papel que ela desempenha no enfrentamento⁽⁸⁾.

Embora o conceito de *coping* religioso tenha conotação positiva, ele pode ser tanto positivo como negativo e,

da mesma forma, suas estratégias. O aspecto positivo congrega medidas que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo, enquanto o negativo está relacionado às medidas que lhe geram consequências prejudiciais, como, por exemplo, questionar sua existência, delegar a Deus a resolução dos problemas, definir a condição de estresse como uma punição de Deus, entre outros⁽⁸⁻⁹⁾.

As relações entre religiosidade e cuidados paliativos têm sido cada vez mais investigadas e as evidências apontam para uma relação, na maioria das vezes, positiva. Estudos demonstram que a religiosidade e a espiritualidade melhoram o *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) e a QV, além de contribuírem para diminuir o tempo de remissão de depressão⁽¹⁰⁻¹³⁾. No entanto, a relação entre QV e CRE, em cuidados paliativos, ainda é tema pouco abordado na literatura, apesar de sua importância.

A hipótese do estudo é que a percepção de QV e de CRE é influenciada pela religião/espiritualidade, bem como pelas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes.

Frente à escassez de estudos, a proposta da presente investigação foi responder às questões mostradas a seguir.

-Qual é a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos?

-O *coping* religioso-espiritual é utilizado pelos pacientes em cuidados paliativos? De que forma?

-Há diferença entre a percepção de qualidade de vida e de *coping* religioso-espiritual entre pacientes em cuidados paliativos e um grupo de participantes sadios?

-Há relação entre a percepção de qualidade de vida e o *coping* religioso-espiritual de pacientes em cuidados paliativos oncológicos?

-Há diferença entre qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual, segundo as variáveis clínicas e demográficas?

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos comparar a QV e o CRE de pacientes em cuidados paliativos com um grupo de participantes sadios, avaliar se a percepção de qualidade de vida está associada às estratégias de enfrentamento religioso-espiritual de pacientes em cuidados paliativos e identificar as variáveis clínicas e sociodemográficas relacionadas à QV e ao CRE.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, transversal, comparativo e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em ambulatório de cuidados paliativos de uma instituição pública do interior do Estado de São Paulo, no período de 1º de março de 2015 a 29 de fevereiro de 2016.

Para testar as hipóteses do estudo, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo: Grupo A (caso), constituído pelos pacientes em cuidados paliativos, e Grupo B (controle), composto por participantes saudáveis.

Foram considerados elegíveis para o estudo pacientes de ambos os sexos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, em atendimento ambulatorial, em condições emocionais autorreferidas para responder o questionário e concordar em participar da pesquisa. Foram excluídos os familiares que não concluíram o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

O grupo controle foi constituído por pais de alunos saudáveis no curso de graduação em enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp). Foram excluídos portadores de doenças crônicas, mentais, degenerativas e progressivas.

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos, sendo o primeiro constituído por dados sociodemográficos, coletados durante a aplicação do questionário e o segundo composto pela versão em português do McGill *Quality of Life Questionnaire* (MQOL)⁽¹⁴⁾.

Cabe esclarecer que existem poucos questionários específicos para avaliar a qualidade de vida do paciente em cuidado paliativo. Dentre eles, o MQOL é o que apresenta o maior número de validações em outras línguas e melhores pontuações pelas suas propriedades de medida. Esse questionário é constituído por 16 questões que contemplam cinco subescalas de avaliação da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos: bem-estar físico, psicológico, existencial, suporte e sintomas físicos. Além disso, apresenta um item adicional (Parte A), que mede a qualidade de vida global e não é utilizado para fins de comparação com a pontuação total do MQOL. Esse instrumento também apresenta uma questão aberta para que o paciente descreva os itens que tiveram maior efeito na sua qualidade de vida. O escore total do MQOL corresponde à média das cinco subescalas e é classificado como pior quanto mais próximo de 0, e melhor quanto mais próximo de 10⁽¹⁴⁾.

O terceiro instrumento foi destinado a avaliar a utilização do *Coping* Religioso-Espiritual Breve (CRE-Breve). A escala de CRE é um instrumento norte-americano que contém 92 itens, originalmente denominado RCOPE⁽¹⁵⁾, cuja versão breve foi validada para a cultura brasileira⁽¹⁶⁾. O CRE-Breve contém 49 itens divididos em duas grandes dimensões: CRE Positivo (transformação de si e/ou de sua vida; ações em busca de ajuda espiritual; oferta de ajuda ao outro; posição positiva frente a Deus; ações em busca do outro institucional; busca pessoal de conhecimento espiritual; afastamento através de Deus, religião e/ou

espiritualidades) e CRE Negativo (reavaliação negativa de Deus; posição negativa frente a Deus; reavaliação negativa do significado; insatisfação com o outro institucional). As respostas variam de 1 a 5 pontos em uma escala tipo Likert, sendo, no total, de 1,0 a 1,5 nenhuma ou irrisória; de 1,51 a 2,50 baixa; de 2,51 a 3,50 média; de 3,51 a 4,50 alta e de 4,51 a 5,0 altíssima⁽¹⁶⁾.

Nesta pesquisa, considerou-se parentesco direto aquele em que as pessoas possuem vínculos consanguíneos, e indiretos os decorrentes do matrimônio. Cada participante respondeu ao questionário em sala privativa, individualmente e, na impossibilidade da realização de resposta ao questionário, foi agendado um horário, de acordo com a disponibilidade pessoal de cada familiar. Também foi esclarecido de que a recusa em participar do estudo não implicaria em prejuízo de qualquer natureza na continuidade da assistência.

Considerando-se que os indicadores de QV e de CRE são pouco conhecidos nessa população, para uma dimensão de efeito de 20% e confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 96 pacientes para cada grupo.

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. As proporções entre os grupos foram comparadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson ou qui-quadrado de tendência, e dados quantitativos foram comparados pelo teste de Mann-Whitney. A comparação das medianas dos escores de CRE-Breve e de QV, entre grupos, foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. A correlação entre as variáveis foi explorada pelo coeficiente de correlação de Spearman e seus respectivos testes de significância. A variação dos escores CRE-Breve e de QV foram avaliadas frente às variáveis clínicas, demográficas e CRE por modelo linear generalizado (distribuição de probabilidades gama e função de ligação identidade). As análises foram realizadas no programa IBM, SPSS, versão 22. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob Parecer nº 969503.

Resultados

Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 192 sujeitos que compuseram a amostra do estudo, sendo 96 em cada grupo. Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes. Prevaleram sujeitos do sexo feminino, com companheiro, católicos e praticantes da religião, em ambos os grupos. Os participantes do Grupo A foram significativamente mais velhos, menos instruídos, a maior parte deles morava sozinha e praticava religião com mais frequência.

Entre as neoplasias dos participantes do Grupo A, o câncer de mama prevaleceu em 31 (32,3%), seguido do sistema digestivo em 17 (17,7%), de órgãos genitais masculinos em 10 (10,4%) e de tecido linfático em 10 (10,4%), sendo que 29,2% correspondem a neoplasias de outra natureza.

Na Tabela 2 estão apresentadas as medianas (percentil 25-75) de CRE-Breve e de QV com os respectivos domínios, em ambos os grupos. Nota-se significativo uso de CRE negativo no Grupo A, assim como menor domínio de bem-estar físico e psicológico de qualidade de vida.

Quando avaliados bivariadamente, houve fraca, porém, significativa correlação entre os escores de CRE e QV em ambos os grupos avaliados: Grupo A $\rho=0,32$, $p<0,01$; Grupo B $\rho=0,24$, $p=0,02$.

Na Figura 1 estão descritas as correspondências entre os escores de qualidade de vida nos Grupos A e B com as variáveis: sexo, renda familiar, escolaridade, idade, CRE (positivo e negativo) e se praticante de religião. A análise de correspondência exploratória

foi composta por duas dimensões responsáveis pela explicação de 26 a 18% do conjunto de dados, e a QV apresentou os escores dispostos, sobretudo na dimensão 2. Nota-se que há correspondência direta entre os escores de QV com CRE positivo, CRE negativo e prática de religião (setas na mesma direção).

Na Tabela 3 estão apresentadas as análises multivariadas realizadas, utilizando-se o modelo linear generalizado para qualidade de vida e CRE-Breve. As variáveis sexo masculino, religião católica e CRE-Breve total apresentaram associação significativa para explicar a variação dos escores de QV.

No que se refere ao CRE, identificou-se associação positiva entre os participantes do Grupo A ($p=0,005$) com qualidade de vida total ($p=0,000$).

Na Tabela 4 estão apresentados os fatores que interferiram na percepção de qualidade de vida nos últimos dois dias. Nota-se que a sintomatologia da doença e o medo de morte destacam-se entre os mais influentes na percepção do constructo.

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Botucatu, SP, Brasil, 2015

Variável	Grupo		
	A N (%)	B N (%)	Total N (%)
Idade (anos)			
Mediana	63*	41	53
(p25-p75)	(53,3-70,0)	(26,3-52,5)	(35,3-64,0)
Sexo			
Masculino	38 (39,6)	34 (35,4)	72 (37,5)
Feminino	58 (60,4)	62 (64,6)	120 (62,5)
Estado civil			
Com companheiro	59 (61,5)	68 (70,8)	127 (66,1)
Sem companheiro	37 (38,5)	28 (29,2)	65 (33,9)
Religião			
Católico	67 (69,8)	66 (68,8)	133 (69,3)
Não católicos	29 (30,2)	30 (31,3)	59 (30,7)
Praticante da religião			
Sim	79 (82,3)*	62 (64,6)	141 (73,4)
Não	17 (17,7)	34 (35,4)	51 (26,6)
Com quem mora			
Parentesco direto	55 (57,3)*	72 (75)	127 (66,1)
Parentesco indireto	29 (30,2)	16 (16,7)	45 (23,4)
Sozinho	12 (12,5)	8 (8,3)	20 (10,4)
Escolaridade			
Fundamental	61 (63,5)*	20 (20,8)	81 (42,2)
Médio	26 (27,1)	35 (36,4)	61 (31,8)
Superior	9 (9,4)	41 (42,7)	50 (26)
Renda familiar (salários-mínimos)			
Menos de um	3 (3,1)	4 (4,2)	7 (3,6)
De 1 a 3	61 (63,5)	40 (41,7)	101 (52,6)
De 4 a 10	31 (32,3)	43 (44,8)	74 (38,5)
Mais de 10	1 (1,0)	9 (9,4)	10 (5,2)

* $p<0,05$

Tabela 3 - Coeficientes β do modelo linear generalizado, para a medida do escore de qualidade de vida McGill *Quality of Life Questionnaire* e CRE-Breve*(n=192). Botucatu, SP, Brasil, 2015

	Qualidade de vida		CRE-Breve*	
	Coeficiente β	p	Coeficiente β	p
Grupo A	-0,177	0,493	0,148	0,005
Sexo masculino	0,699	0,001	-0,101	0,200
Idade	0,001	0,919	0,045	0,953
Escolaridade (fundamental vs superior)	-0,567	0,138	0,055	0,346
Renda (menor vs maior quartil)	-0,769	0,611		
Com companheiro	0,143	0,550	-0,046	0,335
Religião católica	0,492	0,026	-0,032	0,470
Prática religião	-0,116	0,641		
Parentesco do morador (parente direto vs sozinho)	-0,618	0,184		
Qualidade de vida total	-	-	0,0470	0,000
CRE-Breve* total	1,448	0,001		

*CRE-Breve: *Coping Religioso-Espiritual-Breve*.

Tabela 4 - Respostas referentes à parte A do McGill *Quality of Life Questionnaire*. Fatores que interferiram na percepção de qualidade de vida nos últimos dois dias. Botucatu, SP, Brasil, 2015

Fatores	N (%)*
Carinho e apoio da família	28 (29,1)
Dores	15 (15,6)
Medo de morrer	10 (10,4)
Não conseguir dormir, comer e fazer orações	9 (9,3)
Solidão e distanciamento dos familiares e amigos	7 (7,3)
Sintomas do tratamento da doença/queda de cabelo	7 (7,3)
Dificuldades financeiras	5 (5,2)
Não respondeu	4 (4,1)
Morte de um ente querido	4 (4,1)
Conseguir orar e ir à igreja	3 (3,1)
Falta de entendimento da família sobre a doença	2 (2,0)
Necessidade de fazer nova cirurgia	2 (2,0)
Sair e fazer compras	1 (1,0)
Melhora das dores e dos sintomas	1 (1,0)
Ansiedade pelos resultados de exames	1 (1,0)
Total	102,5

*Os resultados somam mais de 100%, em virtude de se identificar mais de uma categoria nas respostas para essa questão.

Discussão

Os limites dos resultados do estudo referem-se ao seu delineamento transversal, uma vez que a realização das entrevistas em apenas um momento pode não ser suficiente para retratar a magnitude de alterações passíveis de ocorrerem durante a fase de cuidados paliativos.

Por outro lado, a avaliação de qualidade de vida tem sido um indicador utilizado para nortear práticas assistenciais e auxiliar na definição de estratégias de políticas públicas de saúde. Todavia, há escassez de estudos que avaliem qualidade de vida em cuidados paliativos no país, apesar da relevância do assunto.

No que se refere ao escore de qualidade de vida, pouca diferença foi observada em relação aos grupos que a consideraram relativamente boa. Avaliar qualidade de vida é reconhecidamente tarefa complexa por se tratar de um conceito abstrato, subjetivo e para o qual ainda não existe definição consensual. A própria definição de qualidade de vida adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é complexa e demonstra facetas positivas e negativas, além da multidimensionalidade do conceito ao lidar com a inter-relação entre ambiente e aspectos físiopsicológicos do indivíduo, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais⁽¹⁷⁾.

Além disso, deve-se considerar que essa inter-relação existe dentro de determinado contexto cultural, dentro do contexto de sistema de valores, no qual cada indivíduo vive, e em relação aos seus objetivos, preocupações, expectativas e padrões. Portanto, qualquer medida de qualidade de vida necessita alcançar com exatidão esse conjunto de elementos dentro de um índice ou escore que reflita a percepção de diferentes indivíduos em diferentes circunstâncias de vida⁽¹⁸⁾.

De fato, em estudo prospectivo, no qual se avaliou a qualidade de vida de 105 pacientes com câncer, atendidos em ambulatório de hospital terciário, mostrou comprometimento do bem-estar global e baixa qualidade de vida geral⁽¹⁹⁾.

Em revisão sistemática recente sobre o tema, sugeriu-se que uma ampla variedade de domínios de qualidade de vida deve ser considerada na avaliação de pessoas com doenças terminais em cuidados paliativos. Os autores concluíram que o refinamento das medidas é necessário para identificar questões valorizadas pelos pacientes, como preparação para a morte e aspectos inerentes à prestação de cuidados de saúde, dentre outros, que, muitas vezes, não são contemplados pelos instrumentos disponíveis na literatura⁽²⁰⁾. Ademais, sabe-se que os fatores determinantes para a qualidade de vida de pacientes oncológicos não são bem entendidos⁽²¹⁾.

Nesta pesquisa, diferença estatisticamente significativa foi observada em relação aos domínios bem-estar físico, psicológico e suporte, na comparação dos grupos. Dado corroborado em estudo realizado com portadores de câncer de pulmão, em que a qualidade de vida foi mais baixa do que a da população em geral, pois é afetada pela severidade da doença e número de sintomas. Nesse estudo, fadiga e problemas respiratórios contribuíram para reduzir a dimensão psicológica de qualidade de vida⁽²²⁾.

Estudo realizado com 158 pacientes com câncer avançado mostrou que altos níveis de desesperança, imagem corporal prejudicada e sofrimento emocional foram os principais fatores associados ao estresse psicológico⁽²³⁾.

Para responder ao segundo objetivo específico deste estudo, realizou-se a análise de regressão linear múltipla do escore de qualidade de vida, com algumas variáveis explanatórias. Qualidade de vida apresentou associação positiva estatisticamente significativa com sexo masculino, religião católica e CRE-Breve total. Dados esses que levam a considerar o efeito benéfico que a religião tem na percepção de qualidade de vida desses pacientes, em momento tão difícil.

No que se refere ao CRE, os resultados demonstraram alta utilização dessa estratégia pelos participantes, principalmente do fator positivo, em ambos os grupos.

Contudo, diferença estatisticamente significativa foi observada em relação ao CRE negativo na comparação dos grupos. Tal resultado é provavelmente atribuído ao impacto emocional negativo causado pelo câncer e, por sua vez, com repercussão na religião/espiritualidade dos pacientes com essa doença. A incerteza quanto ao futuro e a desesperança que marcam a vida dessas pessoas, no momento em questão, provavelmente tiveram repercussão na utilização do CRE.

Associação positiva de CRE foi identificada entre os participantes do Grupo B e a qualidade de vida total, fato que pode ser atribuído ao momento divergente de vida, e a própria condição de saúde, vivenciada pelos participantes saudáveis, pode justificar os resultados encontrados, ainda que as relações entre CRE e qualidade de vida de pacientes com câncer incurável sejam pouco conhecidas na literatura.

Outro estudo, realizado com 350 pacientes terminais, a maioria mulheres, casadas e com câncer de pulmão, mostrou que os pacientes utilizam uma variedade de estratégias de *coping*. A utilização de suporte emocional e de estratégias de aceitação foram correlacionadas à melhor qualidade de vida nessa pesquisa⁽²⁴⁾.

Os limites dos resultados do estudo referem-se, inicialmente, à aplicação do questionário em apenas um momento, o que pode não ser suficiente para retratar a magnitude de interferências e dificuldades vivenciadas pelo paciente nesse período. Ademais, a escassez de estudos sobre qualidade de vida e CRE de pacientes, sob cuidados paliativos oncológicos, dificultou a comparação dos resultados, mas, também, mostrou que outras pesquisas devem ser conduzidas nessa área. Assim, propõe-se o desenvolvimento de futuros estudos, com desenhos longitudinais, que possam nortear ações de enfermagem direcionadas a eles, na medida em que se verificarem associações de sexo, religião e utilização do CRE.

Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que a qualidade de vida dos participantes foi relativamente boa, e o domínio psicológico o mais comprometido no Grupo A. Quando associada às variáveis sociodemográficas e clínicas, participantes do sexo masculino, praticantes de religião católica e com os maiores escores de CRE tiveram melhor percepção desse constructo.

A utilização do CRE foi alta e prevaleceu o uso do enfrentamento positivo. No entanto, na comparação dos grupos, o fator negativo foi mais usado pelos pacientes em cuidados paliativos. Nesta pesquisa, participantes saudáveis e com melhores escores de qualidade de vida tiveram melhor enfrentamento religioso-espiritual.

Referências

1. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet] 2008 [Acesso 10 set 2016];13Supl2:2123-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf>. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>.
2. Mi-Kyung S, Mary BH. Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care. *Heart Lung*. [Internet] 2017 [cited Feb 28, 2017]; 46:1-2. Available from: [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(16\)30341-7/pdf](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(16)30341-7/pdf).
3. Provinciali L, Carlini G, Tarquini D, Defanti CA, Veronese S, Pucci E. Need for palliative care for neurological diseases. *Neurol Sci*. [Internet] 2016 [cited Feb 28, 2017] 37:1581-7. Available from: <http://link-springer-com.ez87.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs10072-016-2614-x>.
4. Rodriguez KL, Bayllis N, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Pollak LI, et al. How oncologists and their patients with advanced cancer communicate about health-related quality of life. *Psychooncology*. [Internet] 2010 [cited Sept 10, 2016];19(5):490-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1579/pdf>. doi:10.1002/pon.1579.
5. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin*. [Internet] 2013 [cited Feb 28, 2017]; 63(4):280-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21187/pdf>.
6. Park CL, Masters KS, Salsman JM, Wachholtz A, Clements AD, Salmoirago-Blotcher E, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. *J Behav Med*. [Internet] 2017 [cited Feb 28, 2017];40(1):39-51. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-016-9755-5>.
7. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med*. [Internet] 2014 [cited Feb 28, 2017];3(3):150-9. Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/4175/5049>.
8. Pargament KI, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*. [Internet] 2011 [cited Feb 25, 2017]; 2:51-76. Available from: [http://pakacademicsearch.com/pdf-files/art/731/51-76%20Volume%202%20Issue%201%20\(March%202011\).pdf](http://pakacademicsearch.com/pdf-files/art/731/51-76%20Volume%202%20Issue%201%20(March%202011).pdf).
9. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2013 [cited Sept 13, 2016];21(2):539-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>.
10. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. [Internet] 2010 [cited Sept 10, 2016];28(3):445-52. Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/28/3/445.full.pdf+html>.
11. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Torta R. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *World Cult Psychiatry Res Rev*. [Internet] 2012 [cited Sept 20, 2016];8(1):51-9. Available from: <http://www.wcpr.org/wp-content/uploads/2014/04/2013.01.51-59.pdf>.
12. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. [Internet] 2006 [cited Sept 11, 2016];9(3):646-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504357/pdf/nihms58582.pdf>. doi: 10.1089/jpm.2006.9.646.
13. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med*. [Internet] 2012 [cited Sept 10, 2016];172(15):1133-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806298/pdf/nihms514871.pdf>. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2364.
14. Faria SO. Adaptação transcultural e validação da versão em português de questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer em cuidados paliativos no contexto cultural brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. doi: 10.11606/d.5.2013.TDE-22012014-143533.
15. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. [Internet] 2000 [cited Sept 10, 2016];56(4):519-43. Available from: <http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20%20Perez,%202000.pdf>. PMID: 10775045.
16. Panzini R, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud*. [Internet] 2005 [Acesso 10 set 2016];10(3):507-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>. ISSN 1807-0329. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>.
17. World Health Organization. The World Health Organization Quality of life (WHOQOL). [cited June 15, 2016]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.
18. Mabire JB, Gay MC. Quality of life in dementia: definitions, difficulties and interest of evaluation. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie de Geriatric et psychologie neuropsychiatrie de vieillissement*. [Internet] 2013 [cited March 10, 2017]; 11(1): 73-

81. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/236060744>.
19. Thomas S, Walsh D, Shrotriya S, Aktas A, Hullihen B, Estfan B, et al. Symptoms, quality of life, and daily activities in people with newly diagnosed solid tumors presenting to a medical oncologist. *Am J Hosp Palliat Care*. [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];pii:1049909116649948. Available from: <http://ajh.sagepub.com/content/early/2016/05/20/1049909116649948.full>. doi:10.1177/1049909116649948.
20. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. *J Pain Symptom Manage*. [Internet] 2016 [cited Sept 12, 2016];52(2):318-28. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0885392416300781/1-s2.0-S0885392416300781-main.pdf?_tid=4c9d4e52-79af-11e6-81af-00000aab0f01&acdnat=1473770629_7890ede2f08770db720a8fc9ad52f01e. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012.
21. Laird BJA, Fallon M, Hjermsstad MJ, Tuck S, Kaasa S, Klepstad P, et al. Quality of life in patients with advanced cancer: differential association with performance status and systemic inflammatory response. *J Clin Oncol*. [Internet] 2016 [cited Sept 14, 2016]. Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2016/06/22/JCO.2015.65.7742.full.pdf+html>. doi:10.1200/JCO.2015.65.7742.
22. Polanski J, Jankowska-Polanska B, Rosinczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *Onco Targets Ther*. [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];9:1023-8. Available from: http://annonc.oxfordjournals.org/content/12/suppl_3/S21.full.pdf+html. doi:10.2147/OTT.S100685.
23. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care*. [Internet] 2016 [cited Sept 15, 2016];25(4):608-15. Available from: Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12521> /pdf. doi: 10.1111/ecc.12521.
24. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagi JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];122(13):2110-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30025/pdf>. doi:10.1002/cncr.30025.

Recebido: 18.10.2016

Aceito: 4.4.2017

Correspondência:
 Silmara Meneguim
 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
 Faculdade de Medicina de Botucatu
 Distrito de Rubião Jr, s/n
 CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
 E-mail: silmeneguim@fmb.unesp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
 Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.