

MARINA MADEIRA DE ARRUDA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

FERNANDO AUGUSTO GARCIA GUIMARÃES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em fevereiro de 2024.
Aprovado em março de 2024.*

ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

RESUMO

Esse estudo avaliou estratégias de ativação da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida em pacientes com câncer em revisão sistemática e metanálise. Em Medline (PubMed) e Cochrane Library buscou-se ensaios clínicos randomizados, comparando a associação de intervenções espirituais às medidas de suporte convencionais, obtendo desfecho primário a qualidade de vida em pacientes com câncer. Risco de viés foi feita com a ferramenta ROB 2.0 e certeza de evidência por GRADE Pro. Foram incluídos 08 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 1059 pacientes. Realizou-se metanálise em 05 artigos, avaliando qualidade de vida pelas ferramentas "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale" (FACIT-sp) e "Adult Hope Scale" (AHS). FACIT-sp incluiu 675 pacientes. AHS incluiu 152 pacientes. São necessárias novas investigações que corroborem esta percepção com maior robustez.

Palavras-Chave: câncer. espiritualidade. religiosidade. terapias espirituais.

SPIRITUALITY/RELIGIOSITY IN THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

ABSTRACT

This study evaluated strategies for activating spirituality/religiosity in the quality of life of cancer patients in a systematic review and meta-analysis. Randomized clinical trials were searched in Medline (PubMed) and the Cochrane Library, comparing the association of spiritual interventions with conventional support measures, obtaining the primary outcome of quality of life in cancer patients. Risk of bias was assessed using the ROB 2.0 tool and certainty of evidence using GRADE Pro. Eight randomized clinical trials were included, involving 1059 patients. A meta-analysis was carried out on 05 articles, evaluating quality of life using the tools "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale" (FACIT-sp) and "Adult Hope Scale" (AHS). FACIT-sp included 675 patients. AHS included 152 patients. New investigations are needed to corroborate this perception with greater robustness.

Keywords: cancer. spiritual healing. spirituality.

INTRODUÇÃO

O paciente com o diagnóstico de câncer necessita de medidas terapêuticas, clínicas ou cirúrgicas, que ofereçam boa eficácia objetivando cura ou controle da doença, não perdendo de vista a segurança do paciente. No entanto, a qualidade de vida destes pacientes pode estar reduzida em virtude dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais das terapias. Além da condição física, a função psicossocial, o ambiente familiar e as condições para o trabalho são outros aspectos que contribuem para esta redução. Portanto, instituir medidas de suporte psicológico e social, com o objetivo de preservação da qualidade de vida é de fundamental importância. ^(1,2)

Heidary et al. ⁽²⁾, em revisão sistemática narrativa sobre qualidade de vida em portadoras de câncer de mama, apresentam um mapa mental sumarizando os fatores associados a este desfecho. Dentre eles incluem a religiosidade e a espiritualidade, relacionando-as ao enfrentamento da doença.

Segundo Teixeira ⁽³⁾, os termos 'espiritualidade' e 'religiosidade' são muito semelhantes e se sobrepõem. Espiritualidade é definida como uma busca pessoal pela compreensão de questões existenciais (o sentido da vida e o mistério da morte) e suas relações com o transcendente (Deus, Alá, Brahma e Buddha, dentre outras denominações), sem necessariamente implicar no desenvolvimento de práticas ou a formação de comunidades religiosas. Já por religiosidade entende como o exercício de uma religião, que é definida como um sistema de crenças e práticas de determinada comunidade, com o objetivo de entrarem em contato com o sagrado ou transcendente. Recomenda-se o uso do binômio espiritualidade/religiosidade (E/R) na pesquisa e assistência à saúde.

Em 2017, Gonçalves et al. ⁽⁴⁾, por meio de uma revisão sistemática, investigaram se estratégias para estimular a E/R contribuíram na melhora da qualidade de vida quando aplicadas em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana, insuficiência cardíaca, estresse pós-traumático, enxaqueca e câncer. Na avaliação dos autores, as intervenções determinaram tamanho de efeito muito pequenos na qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

Em uma busca na base de dados da PubMed, entre 1960 e 1980, utilizando-se como estratégia "(spirituality OR religiosity) AND health", são recuperados 97 artigos. Com a mesma estratégia, entre 1980 e 2000 são recuperados 1782 artigos. Já entre 2000 e 2023 são recuperados 18.666, ficando evidente o interesse da comunidade científica em investigar a relação da espiritualidade/religiosidade com o cuidado da saúde.

Considerando o apoio à espiritualidade/religiosidade como um recurso terapêutico complementar ao atendimento dos pacientes portadores de câncer e, considerando a necessidade de atualização das evidências relacionadas ao tema elaborou-se esta revisão sistemática e metanálise.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é, por meio de uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados, avaliar se estratégias de ativação da espiritualidade/religiosidade contribuem para melhora da qualidade de vida em pacientes portadores de câncer.

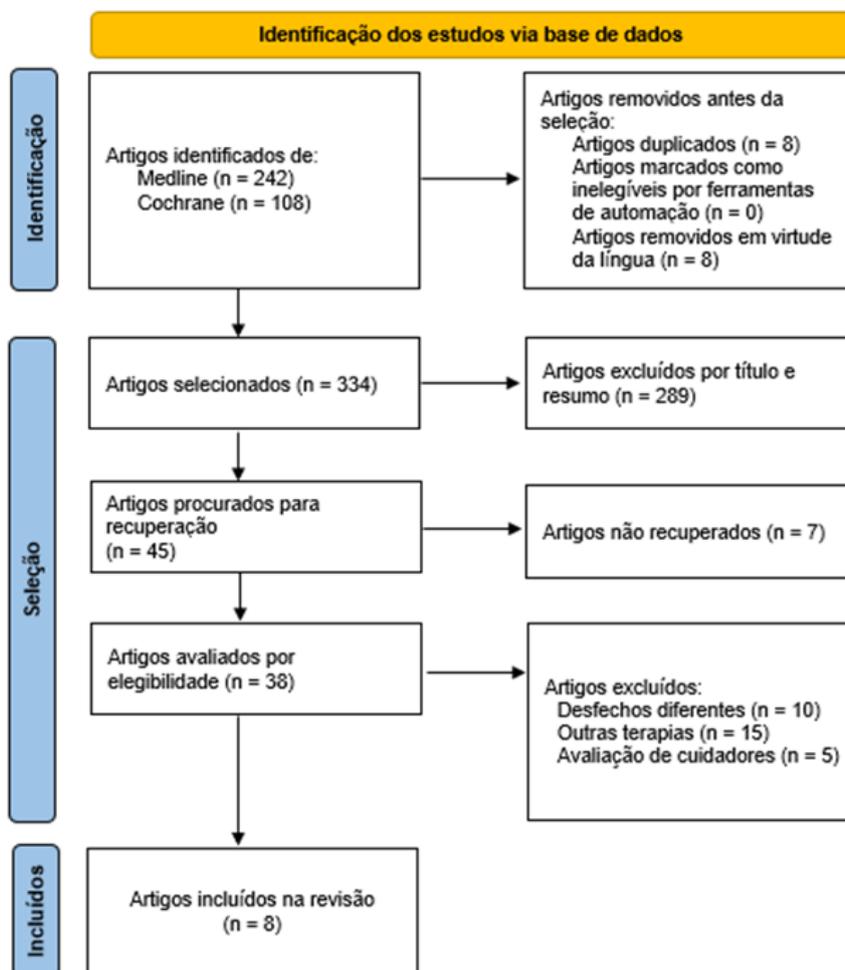
MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão sistemática foi realizada seguindo as recomendações do "Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (PRISMA). ⁽⁵⁾ Foram seguidos os seguintes passos:

- a) Questão Clínica: “Pacientes com câncer ~~apresentam~~ melhora na sua qualidade de vida ao se associar intervenções espirituais e/ou religiosas às medidas de suporte no tratamento da doença?”
- b) Questão Estruturada:
 - P (Paciente): Paciente com câncer
 - I (Intervenção): práticas religiosas e espirituais associadas a medidas de suporte
 - C (Comparação): medidas de suporte
 - O (Outcome/Desfecho):
 - Desfecho primário: qualidade de vida
 - Desfechos secundários: depressão, ansiedade, melhora da dor, sobrevida.
- c) Estratégia de busca: Na base de dados Medline (Pubmed) foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (Tumor OR Neoplasm OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms) AND (Therapies, Spiritual OR Spiritual Healing OR Healings, Spiritual OR Spiritual Healings.); com filtro: Randomized Controlled Trial. Na base de dados Cochrane Library a estratégia de busca foi: “spirituality” AND “cancer” limit Trial.
- d) Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: (a) Pacientes portadores de câncer; (b) Intervenção: aplicação de práticas religiosas/espirituais individuais ou em grupo associada a medidas de suporte clínico; (c) Comparação: uso de medidas de suporte clínico; (d) Desfechos: qualidade de vida, depressão, ansiedade, dor, sobrevida; (e) Ensaios clínicos randomizados; (f) Artigos em português, inglês e espanhol (g) Datas limite de publicação dos artigos sem restrição.
- e) Os critérios de exclusão foram: (a) Estudos de revisão (b) Cartas, editoriais, resumos de congresso (c) Estudos não randomizados; (d) Relatos de caso (e) Série de casos (f) Indisponibilidade de texto completo.
- f) Os artigos foram selecionados por dois revisores, trabalhando de forma independente. Inicialmente foram lidos os títulos dos artigos, excluindo-se aqueles que não abordavam o tema. Em segunda etapa procedeu-se a avaliação dos resumos excluindo-se os artigos que não cumpriam os critérios de elegibilidade. Por fim, em reunião de consenso, estabeleceu-se a lista de artigos a serem recuperados na íntegra para coleta de dados.
- g) O risco de viés foi avaliado através do instrumento da “Cochrane Risk of Bias tool” (ROB-2) que avalia os seguintes domínios: processo de randomização, desvios das intervenções pretendidas, perdas (dados faltantes), medida do desfecho e seleção do resultado reportado.⁽⁶⁾
- h) Para a análise da qualidade de evidência, foi utilizado o “Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations” (GRADE).⁽⁷⁾

RESULTADOS

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática.



Um total de 350 trabalhos foram recuperados na busca inicial. Foram identificados 08 artigos duplicados. Na análise dos títulos foram excluídos 289 artigos que não tratavam do tema. Após análise dos resumos foram excluídos 30 artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Restaram 08 artigos que foram avaliados na íntegra [Figura 1].

Nesta revisão, portanto, foram incluídos um total de 08 ensaios clínicos randomizados: Afrasiabifar A.⁽⁸⁾, Amini K.⁽⁹⁾, Elias AC.⁽¹⁰⁾, Ferrell B.⁽¹¹⁾, Jafari N.⁽¹²⁾, Khezri E.⁽¹³⁾, Piderman KM.⁽¹⁴⁾ e Sajadi M.⁽¹⁵⁾ (Tabela 1).

As avaliações do risco de viés e da qualidade de evidência estão apresentadas nas Figuras 2,3 e 4.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autor	Ano	Desenho de estudo	Pacientes (n)	Intervenção (n)	Controle (n)	QOLI (n); m (DP)	QOLc (n); m (DP)	ANSIEDADEI (n) m (DP)	ANSIEDADEc (n) m (DP)
Afrasiabfar A. et al.	2021	Ensaio clínico randomizado	Câncer NI* sob quimioterapia (80)	Suporte espiritual (39)	Cuidados habituais (35)	AHSI 60.9 ± 2.1 SWBSI 94.3 ± 4.7	AHSc 39.8 ± 3.3 SWBSc 71.6 ± 2.9	NI*	NI*
Armini K. et al.	2020	Ensaio clínico randomizado	Câncer gastrointestinal sob quimioterapia (162)	Suporte espiritual (73)	Cuidados habituais (72)	NI*	NI*	T-DASI 7.86 ± 1.22	T-DASc 8.18 ± 0.79
Elias AC. et al.	2015	Ensaio clínico randomizado	Câncer mama (28)	"RIME" (Relaxation, Mental Images, Spirituality) (11)	Psicoterapia convencional (11)	WHOQOLI 3,78 ± 0,61	WHOQOLc 3,52 ± 1,28	NI*	NI*
Ferrell B. et al	2020	Ensaio clínico randomizado	Tumor sólido (479)	Sessões sobre espiritualidade (209)	Cuidados habituais (217)	FACIT-spi 40.75 ± 8.56 FACT-G QOLI NI*	FACIT-spc 38.93 ± 8.15 FACT-G QOLc NI*	NI*	NI*
Jafari N. et al.	2013	Ensaio clínico randomizado	Câncer de mama sob radioterapia (65)	Sessões sobre espiritualidade (34)	Cuidados habituais (31)	FACIT-spi 37.24 ± 3.52 QLQ C-30i 68.63 ± 10.86	FACIT-spc 28.55 ± 5.32 QLQ C-30c 39.25 ± 15.98	NI*	NI*
Khezri E. et al.	2021	Ensaio clínico randomizado	Câncer de mama (72)	Sessões sobre espiritualidade (36)	Cuidados habituais (36)	AHSI 46.71 ± 4.61	AHSc 40.4 ± 5.42	NI*	NI*
Piderman KM. et al.	2014	Ensaio clínico randomizado	Câncer avançado (131)	Intervenção espiritual por capelão (54)	Cuidados habituais (63)	FACIT-spi 75.5 ± 16.12 LASAI 78.5 ± 16.1 NI*	FACIT-spc 79.3 ± 16.27 LASAc 80.4 ± 18.18 NI*	NI*	NI*
Sajadi M. et al.	2017	Ensaio clínico randomizado	Câncer NI* (42)	Aconselhamento espiritual + tratamento padrão (21)	Tratamento padrão (21)	SWBSI 14.2 ± 1.9 EWBI 10.7 ± 1.2 RWBI 3.6 ± 0.4	SWBSc 1.1 ± 0.29 EWBc 0.8 ± 0.05 RWBc 0.4 ± 0.01	NI*	NI*

* NI = Não informado

Figura 2. Análise de risco de viés ROB2.0.

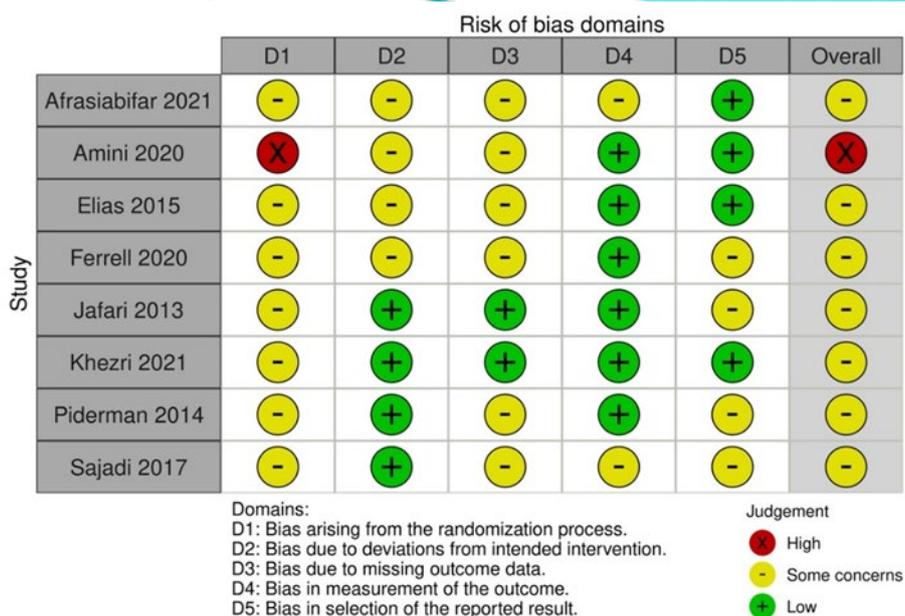


Figura 3. Sumário da análise de risco de viés ROB2.0.

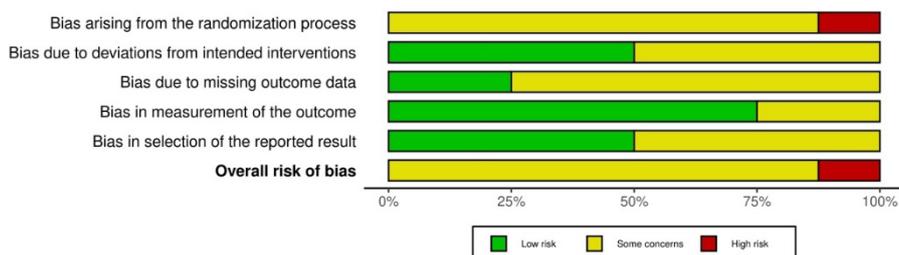


Figura 4. Sumário da aplicação do GRADE.

1	Certainty assessment						Sumário de Resultados				3	Importância				
	1	1	1	1	1	1	Efeito		1	1						
							1	1								
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Desvio do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	Práticas religiosas espirituais	Medidas de suporte	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)	Certainty	Importância				
Qualidade de vida (seguimento: média 28 semanas; avaliado com: FACTSp)													<input checked="" type="checkbox"/>			
3	ensaios clínicos randomizados	grave ^a	grave ^b	não grave	grave ^c	nenhum	297	311	-	0 (2,53 mais alto para 5,05 mais alto)	⊕○○○ Muito baixa	IMPORTANTE				
Qualidade de Vida (avaliado com: HOPE)													<input checked="" type="checkbox"/>			
2	ensaios clínicos randomizados	não grave	grave ^b	não grave	muito grave ^d	nenhum			-	0 (0,76 menor para 28,3 mais alto)	⊕○○○ Muito baixa	IMPORTANTE				
Adicionar desfecho																
Importar desfecho(s)																

Os estudos foram realizados entre 2013-2020, publicados entre 2013-2021 e juntos envolveram um total de 1059 pacientes. Foi possível realizar metanálise envolvendo 05 artigos (8,11,12,13,14). Sendo que em três destes artigos a metanálise envolveu

a avaliação da qualidade de vida pela ferramenta “Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale” (FACIT-sp) ⁽¹⁶⁾ [Figura 5] ^(11,12,14). Outros dois artigos a metanálise envolveu a avaliação da qualidade de vida pela ferramenta “Adult Hope Scale” (AHS) ⁽¹⁷⁾ [Figura 6] ^(8,13).

A metanálise feita com o desfecho qualidade de vida aferida pela escala FACIT-sp totalizou 675 pacientes. A avaliação realizada demonstrou maior percepção da qualidade de vida no grupo que foi aplicado o suporte espiritual, porém com uma heterogeneidade alta e certeza de evidência muito baixa. (RD = 3.79; CI = 2,53-5,05; $P < 0.00001$; $I^2 = 94\%$) [Figura 4,5].

A avaliação do desfecho qualidade de vida em metanálise aferida pela escala AHS, envolveu 152 pacientes. A análise demonstrou maior percepção da qualidade de vida no grupo que foi aplicado o suporte espiritual, com heterogeneidade alta e a certeza de evidência muito baixa. (RD = 13.74; CI = -0,76-28,23; $P < 0.00001$; $I^2 = 99\%$) [Figura 4,6].

Figura 5. Qualidade de vida avaliada pela escala FACIT-sp.

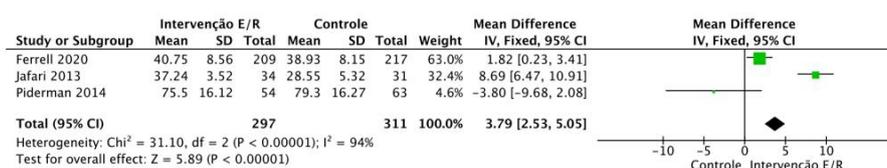
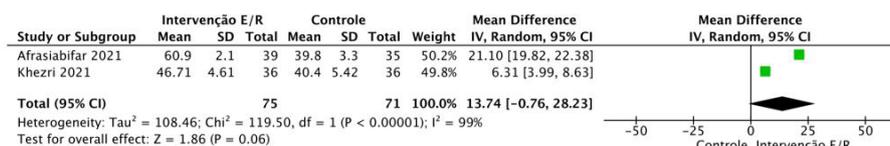


Figura 6. Qualidade de vida avaliada pela escala AHS.



Em três trabalhos ^(9,10,15) não foi possível realizar metanálise.

No estudo Amini K. ⁽⁹⁾ avaliou-se nível de ansiedade sobre a morte em pacientes com câncer gastrointestinal sob tratamento quimioterápico. Ao todo, 162 pacientes participaram do estudo, sendo alocados aleatoriamente em randomização em bloco de 81 pacientes no grupo controle e 81 pacientes no grupo intervenção, os quais receberam cuidados habituais e suporte espiritual respectivamente. Nesse estudo, a estratégia de ativação espiritual/religiosa utilizada pelos autores se baseou em sessões de cuidado espiritual durante 03 dias de internação hospitalar dos pacientes para realização de quimioterapia. As sessões duraram em média de 20 a 30 minutos e houve variação em relação a quantidade de vezes que foram realizadas por dia, de acordo com as necessidades de cada paciente. A intervenção foi realizada por dois autores e um clérigo, sendo este último responsável por instruir os autores acerca de questões religiosas, além de ser responsável por conduzir a última sessão espiritual com o paciente no terceiro dia de intervenção. Os autores buscaram o fortalecimento de confiança, criando um ambiente favorável à escuta e comunicação levando em consideração humildade e atitude mental de não julgamento. As sessões exploraram principalmente através da fala ativa, toque e contato visual aspectos como empatia, sofrimento psíquico, esperança, raiva, culpa. A leitura de livros espirituais e métodos de auxílio para conexão com Deus foram utilizados com intuito de contribuir para melhor compreensão do significado da doença, resolução de preocupação sobre o sofrimento, além de auxiliar no reconhecimento do valor da vida. Os resultados da intervenção foram apresentados graficamente, de acordo com aspectos demográficos e de aplicação do questionário “Templer’s Death Anxiety Scale” (T-DAS) ⁽¹⁸⁾

antes e após a intervenção. O questionário consistia em 15 questões verdadeiras e falsas em relação à ansiedade sobre a morte e foi distribuído para os pacientes no momento da internação e da alta hospitalar. As pontuações variaram de 0-15 pontos, sendo que pontuações altas representavam alta ansiedade sobre a morte. Foi relatado média e desvio padrão da ansiedade em relação a morte nos grupos intervenção e controle de $8,14 \pm 1,54$ vs $8,03 \pm 0,85$ com $P = 0,429$ respectivamente antes da intervenção e $7,86 \pm 1,22$ vs $8,18 \pm 0,79$ ($P = 0,029$) após intervenção. A análise mostrou existência de ansiedade em nível moderado entre os grupos controle e intervenção, não havendo diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) na ansiedade entre ambos os grupos antes da intervenção. Após a intervenção a média e desvio padrão da ansiedade em relação a morte nos grupos intervenção e controle foi respectivamente: ($7,86 \pm 1,22$ vs $8,18 \pm 0,79$). Os dados foram analisados através da análise ANCOVA para t-teste e idade, obtendo $P = 0,029$ no nível $\alpha = 0,05$. O efeito obtido pelo estudo não foi clinicamente significativo ($d = 0,31$). Não houve avaliação a longo prazo dos efeitos da intervenção.

Elias AC. ⁽¹⁰⁾ integrou em seu estudo técnicas de relaxamento, imagens guiadas e elementos de espiritualidade pela intervenção “RIME” para avaliar pacientes com câncer de mama submetidas a mastectomia e em processo de reconstrução mamária e tratamento adjuvante, com possibilidade de cura. A percepção da qualidade de vida foi avaliada graficamente através do escore “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL). Participaram da análise 28 pacientes, que foram divididos randomicamente em 05 grupos. Cada um destes cinco grupos foi dividido em dois para compor os grupos controle e intervenção. Ao todo, analisou-se 11 pacientes no grupo intervenção e 11 pacientes no grupo controle, os quais receberam modelo de tratamento “RIME” de cuidado espiritual e “Brief Psychotherapy” (BP), respectivamente. A técnica “RIME” utilizada no estudo foi constituída no embasamento teórico de Psicologia analítica e experiências de quase morte, enquanto a técnica “BP” foi definida como psicoterapia de foco definido e conduzida através de expressão verbal. O grupo controle recebeu até 12 sessões de “BP” para cada paciente, e o grupo intervenção recebeu 3 sessões de “RIME” (com intervalo de pelo menos uma semana entre uma sessão e a seguinte) seguida de até 12 sessões de “BP”. Em média, cinco sessões de “BP” foram realizadas no grupo intervenção e seis sessões no grupo controle. As sessões de “BP” foram encerradas somente após ser considerado que o foco proposto foi suficientemente coberto, tanto pelo paciente quanto pelo psicólogo. Ao longo do estudo, três paciente do grupo intervenção e três pacientes do grupo controle foram excluídos. Um dos autores conduziu as sessões de “BP” e outro autor as sessões de “RIME” em ambos os grupos. A triagem dos resultados foi realizada após um ano. A análise gráfica dos resultados do grupo intervenção foi realizada após primeira e terceira sessões “RIME”. A análise dos resultados quantitativos mostrou que melhora significativa na percepção da qualidade de vida após intervenção “RIME” de 38,3% de acordo com o escore WHOQOL, comparando com a técnica “BP” do grupo controle (12,5%) e “BP” do grupo intervenção (16,2%). A análise qualitativa se baseou na avaliação de categorias como: foco na transformação, dimensão simbólica do “eu”, funções transcendentais de “RIME” e símbolos de transformação como instrumento de consciência do potencial arquétipo, sugerindo promoção de transformações criativas no âmbito da dimensão intrapsíquica e interpessoal. O estudo mostrou que nenhum dos três tratamentos propostos (“RIME”, “RIME + BP” ou “BP”) cursou com melhorias nos domínios WHOQOL ou na satisfação com saúde do WHOQOL.

Outro estudo que avaliou percepção da qualidade de vida foi Sajadi M. ⁽¹⁵⁾ através do escore “Spiritual Well-Being Scale” (SWBS) ⁽¹⁹⁾. O estudo analisou um total de 42 mulheres iranianas com câncer, sendo o câncer de mama o tipo mais comum na amostra (52,4%). Restringiu-se a análise para câncer em que o diagnóstico tenha sido realizado nos últimos 06 meses de início do estudo e que não estivessem no final do estágio da doença, sendo encontrado tempo médio de doença em torno de $2,5 \pm 0,9$ anos. Foram alocados

randomicamente 21 pacientes no grupo intervenção e 21 pacientes no grupo controle, os quais receberam aconselhamento espiritual + tratamento padrão e tratamento padrão, respectivamente. Não ocorreu perdas ou exclusões durante análise do estudo. O tratamento padrão foi definido como educação de rotina focada em nutrição, atividade física e controle de infecções. O grupo intervenção recebeu de forma presencial e individualizada oito sessões de aconselhamento espiritual, uma sessão por semana, com duração total de oito semanas, que ocorreram após horário de visita ao hospital. A realização do aconselhamento espiritual é descrita no estudo como uma intervenção modelada sob aspectos espirituais/religiosos que incluiu exercícios de relaxamento e meditação, período de perguntas e respostas, além de trabalhos de casa incluindo recitação de Alcorão Sagrado e outros livros religiosos. As sessões foram realizadas por conselheiros treinados com experiência como curador espiritual sob a supervisão de um psicólogo clínico. Cada sessão durou em torno de 45 a 60 minutos. A intervenção foi avaliada através da aplicação de dois questionários, aplicados um antes e outro após o estudo, e foram baseados em pontuações do escore SWBS e duas de suas subescalas (EWB, RWB). As pontuações totais foram calculadas para cada subescala adicionando as pontuações dos itens. A variação de pontuação entre as subescalas variaram em torno de 10-60. As pontuações totais para SWBS foram calculadas pela adição das duas pontuações de subescalas e teve variação de 20-120 (nove itens foram pontuados inversamente). Pontuações altas indicam um maior nível de bem-estar espiritual. Por fim, as pontuações de SWBS foram classificadas em 03 níveis: baixo (20-40), moderado (41-99) e alto (100-120). A análise mostrou não houve diferenças significativas no SWBS nas pontuações das subescalas (RWB e EWB) entre os grupos intervenção e controle no início do estudo ($P > 0,05$). Após a intervenção, houve uma diferença média significativa em SWBS ($P = 0,001$), RWB ($P = 0,013$) e EWB ($P = 0,01$). Antes da intervenção, 38,1% dos participantes do grupo de intervenção obtiveram nível alto na pontuação de SWBS, enquanto após a intervenção 100% dos participantes pontuaram nesta categoria.

DISCUSSÃO

As intervenções espirituais/religiosas variaram bastante entre os artigos envolvendo suporte espiritual^(8,9), técnica RIME⁽¹⁰⁾, sessões sobre espiritualidade^(11,12,13), intervenções espirituais por capelania⁽¹⁴⁾ e aconselhamento espiritual⁽¹⁵⁾. No entanto, são técnicas que abordam aspectos transcendentais da vida, e que visam oferecer recursos para melhora da condição de enfrentamento da doença. A adaptação das intervenções ocorreu para diferentes assistências como psicoterapia, técnicas audiovisuais, meditação e serviços pastorais, como medidas de enfoque espiritual e religioso proporcionaram a inclusão da dimensão espiritual na abordagem complementar do tratamento da doença.

Gonçalves et al.⁽²⁰⁾ justifica o uso das intervenções espirituais/religiosas como embasadas em três pontos principais, sendo em primeiro plano o grande número de pacientes que buscam E/R como opção complementar no tratamento de suas doenças; em segundo plano a necessidade dos pacientes em abordar E/R com seus médicos durante tratamento de saúde; em terceiro plano a possibilidade de identificação da satisfação e motivação dos profissionais de saúde ao obterem melhora dos pacientes quando o assunto E/R é trazido na prática clínica.

Nessa revisão sistemática e metanálise foi identificada grande variação dos instrumentos de avaliação dos desfechos por diferentes questionários e escalas, o que dificultou a possibilidade de comparação entre os diversos trabalhos. Para o desfecho primário qualidade de vida as características das ferramentas incluíram os seguintes aspectos: em “AHS” nível de esperança com subescalas “Agência” e “Caminhos”, relacionados respectivamente a energia direcionada a objetivos e ao planejamento para atingir metas.; em “SWBS” bem-estar religioso e espiritual através das subescalas “RWB” e “EWB”, as quais avaliam as dimensões verticais em termos de relacionamento com Deus e a dimensão horizontal relacionada ao significado e propósito de vida do indivíduo.

respectivamente; em “WHOQOL” paz, significado, fé, além de domínios físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Para o desfecho secundário, foi possível avaliar o sintoma ansiedade direcionado sobre a morte pela ferramenta “T-DAS”.

Em Neto et al. ⁽²¹⁾ a qualidade de vida é descrita como uma esfera ampla de medida de desfecho utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos. A falta de conceituação operacional ou consensual que possibilite defini-la na literatura corrobora uma grande variedade de instrumentos específicos ou genéricos, que procuram avaliar seu impacto na sociedade. No entanto, o interesse no aprimoramento das evidências em qualidade de vida em domínios de serviços de saúde e de pesquisa tem contribuído para dinamizar o cuidado à saúde.

Visto a dificuldade na compreensão dos efeitos e mecanismos empregados na abordagem da E/R em questões clínicas Gonçalves et al. ⁽²²⁾ oferece direções para futuras pesquisas, a partir de um organograma que oferece quatro itens: população, modelo de abordagem, facilitador/aplicador e diretrizes CONSORT. A escolha da população deve delimitar o desfecho que será analisado, sendo que este deve ser bem definido para que as formas de mensuração escolhidas retratem os resultados com rigor aos objetivos traçados. No modelo de abordagem é necessário a seleção de assuntos/tópicos e número de sessões/duração das intervenções. A redução de vieses pode ser minimizada com a instituição de protocolos de pesquisa que sigam uma igualdade de aplicação entre os grupos realizados, com manutenção homogênea de frequência, duração e seguimento das intervenções. Em relação ao aplicador/facilitador faz-se necessário o treinamento e preparo dos líderes religiosos e conselheiros espirituais na abordagem das doenças, a fim de evitar desfechos negativos que o enfoque religioso punitivo possa oferecer. Por fim, o benefício das intervenções em ensaios clínicos pode ser auxiliado através da aderência às diretrizes do CONSORT, considerando a descrição adequada dos procedimentos utilizados na sequência de alocação dos participantes, nas perdas de seguimento durante a pesquisa e nas análises estatísticas.

Os resultados mostraram que, em geral, mesmo intervenções espirituais seguindo modelos diferentes, além de populações distintas culturalmente e religiosamente, obtiveram benefícios adicionais em relação aos grupos controles. No entanto, o impacto das intervenções E/R sobre os desfechos clínicos envolvendo qualidade de vida e sintoma de ansiedade sobre a morte restringiu-se a um caráter subjetivo de análise. Foi identificada qualidade de evidência muito baixa, alto risco de viés e grande heterogeneidade nas intervenções de ativação da E/R. Esses fatores prejudicaram o oferecimento de dados suficientes para qualidade da estimativa de benefício do suporte espiritual como complemento ao tratamento do câncer.

CONCLUSÃO

As estratégias para ativação da espiritualidade/religiosidade promoveram melhora da qualidade de vida de pacientes portadores de câncer, no entanto com um nível de certeza baixo.

O aprofundamento dos efeitos das intervenções E/R é necessário para que se estabeleça a padronização nos protocolos e no direcionamento da qualidade metodológica dos artigos. A abordagem do suporte espiritual como tratamento complementar em pacientes portadores de câncer deve ser direcionada em pesquisas futuras, para que apresente adequação das medidas de desfechos.

REFERÊNCIAS

1. Abdo J, Ortman H, Rodriguez N, Tillman R, Riordan EO, Seydel A. Quality of Life Issues Following Breast Cancer Treatment. *Surg Clin North Am*. 2023 Feb;103(1):155-167. doi: 10.1016/j.suc.2022.08.014. PMID: 36410347.
2. Heidary Z, Ghaemi M, Hossein Rashidi B, Kohandel Gargari O, Montazeri A. Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review of the Qualitative Studies. *Cancer Control*. 2023 Jan-Dec;30:10732748231168318. DOI: 10.1177/10732748231168318. PMID: 37082898; PMCID: PMC10236425.
3. Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica. *Rev Med (São Paulo)*. 2020 mar.-abr.;99(2):134-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/149273/160275/402802> Acessado em 11/10/23.
4. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H (2017) Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS ONE* 12(10): e0186539. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539>.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009; 6(7):e1000100. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100> PMID: 19621070; PubMed Central PMCID: PMC2707010.
6. Sterne JAC, Savovic J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019;366:14898. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.14898>
7. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from guidelinedevelopment.org/handbook.
8. Afrasiabifar A, Mosavi A, Jahromi AT, Hosseini N. Randomized Controlled Trial Study of the Impact of a Spiritual Intervention on Hope and Spiritual Well-Being of Persons with Cancer. *Invest Educ Enferm*. 2021 Oct;39(3):e08. DOI: 10.17533/udea.iee.v39n3e08. PMID: 34822235; PMCID: PMC8912157.
9. Amini K, Tahrekhani M, Abbas-Alamdari Z, Faghihzadeh S. The effect of spiritual care on anxiety about death in patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101117>.
10. Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Ther Clin Pract*. 2015 Feb;21(1):1-6. DOI: 10.1016/j.ctcp.2015.01.007. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25682524.
11. Ferrell B, Chung V, Koczywas M, Borneman T, Irish TL, Ruel NH, Azad NS, Cooper RS, Smith TJ. Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. *Psychooncology*. 2020 Jun;29(6):1077-1083. DOI: 10.1002/pon.5380. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32227382; PMCID: PMC9094428.

12. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A, Jafari N. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:353262. DOI: 10.1155/2013/353262. Epub 2013 Aug 18. PMID: 24023572; PMCID: PMC3759260.
13. Khezri E, Bagheri-Saveh MI, Kalhor MM, Rahnama M, Roshani D, Salehi K. Nursing care based on the Support-Based Spiritual Care Model increases hope among women with breast cancer in Iran. *Support Care Cancer*. 2022 Jan;30(1):423-429. DOI: 10.1007/s00520-021-06413-4. Epub 2021 Jul 24. PMID: 34302544.
14. Piderman KM, Johnson ME, Frost MH, Atherton PJ, Satele DV, Clark MM, Lapid MI, Sloan JA, Rummans TA. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psychooncology*. 2014 Feb;23(2):216-21. DOI: 10.1002/pon.3390. Epub 2013 Sep 9. PMID: 24019196; PMCID: PMC4332624.
15. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghoobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018 Feb;30:79-84. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.12.011. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29389484.
16. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Apr;60(4):570-85. doi: 10.1037//0022-3514.60.4.570. PMID: 2037968.
18. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970 Apr;82(2d Half):165-77. doi: 10.1080/00221309.1970.9920634. PMID: 4394812.
19. Paloutzian, RF, Ellison, CW. (1982). *Spiritual Well-Being Scale (SWBS)* [Database record]. APA PsycTests. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/t00534-000>.
20. Gonçalves JP, Lucchetti G, Leão FC, Menezes PR, Vallada H. Avaliação da prática de terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental. Nov/Dez 2015 - revista debates em psiquiatria. Doi:10.1017/S0033291715001166.
21. Neto JF, Ferreira CG. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2003; 13(1):42-6.
22. Gonçalves JP. Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados. São Paulo, 2014. Versão corrigida. Resolução CopGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP.