



CURSO DE MEDICINA

MARCELLY SENA SANCHES

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador

2021

MARCELLY SENA SANCHES

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação na disciplina de Metodologia da Pesquisa III.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Santana Santos

Salvador

2021

Dedico esse trabalho ao meu avô, Roque Sanches (*in memoriam*), pelo grande exemplo de fé e coragem na sua luta contra um câncer de próstata metastático e por todo o apoio ofertado para a realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Como cristã, eu entendo que o objetivo final de toda a minha vida é a glória de Deus – no comer, no beber ou em qualquer outra coisa (1Co 10:31). Sendo assim, louvo ao Senhor por me permitir glorificá-lo também por meio da ciência. A Ele, que sempre tem me sustentado, toda honra, louvo e gratidão!

Aos meus pais, Marcos e Daniele, e ao meu irmão, Marcus Vinícius, todo o amor que houver nessa vida. Eu jamais chegaria até aqui se vocês não abraçassem cada um dos meus sonhos. Sou graciosamente abençoada por ter vocês comigo!

A cada um de meus amigos, familiares e pastores, que têm me apoiado continuamente – seja em palavras, atitudes ou orações – o meu mais sincero obrigada. Tudo fica mais leve e feliz com vocês! Agradeço especialmente a cada amiga do “GRUPO DAS LEGAIS” por trilharem essa jornada acadêmica tão pertinho de mim. Ainda bem que a gente se tem; vocês são a melhor coisa que faculdade já me trouxe!

Agradeço ao meu orientador, Dr. Franklin, pela disponibilidade e por toda a liberdade e auxílio concedidos na condução desse projeto. Do mesmo modo, agradeço a minha querida professora, Dr^a Hermila, por cada momento de tutoria, os quais me trouxeram não apenas clareza quanto à produção do projeto, mas muita tranquilidade e leveza em todas as etapas.

Por fim, mas, definitivamente, não menos importante, agradeço muito profundamente a minha amiga Carlinha! Sem a sua ajuda e apoio, eu não conseguiria dar nenhum passo! Muito obrigada por ter segurado a minha mão – literalmente – do início ao fim desse trabalho. Você tem sido uma grande bênção na minha vida! Jamais encontrarei palavras para descrever seu enorme coração e todo o bem que você faz por mim!

RESUMO

Introdução: Em virtude da elevada mortalidade e do estigma social relacionados ao câncer, assim como do prognóstico desfavorável para grande parte dos doentes, essa é a doença que mais causa medo nas pessoas. Diante disso, sabe-se que a espiritualidade e a religião são estratégias muito frequentemente usadas por pacientes oncológicos para enfrentar a doença, o que pode auxiliar de maneira significativa no enfrentamento do câncer, influenciando positivamente no prognóstico desses pacientes, a partir da promoção da qualidade de vida. **Objetivos:** Descrever a influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida do paciente com câncer e revisar a produção científica de 2015 a 2021 que descreve se há evidências em estudos sobre a influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida dos pacientes com câncer. **Métodos:** O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática de literatura que ocorreu pelas plataformas de pesquisa científica utilizadas para a busca foram PubMed/MEDLINE, Cochrane Library e SciELO. Foram buscados os descritores “cancer”, “palliative care”, “spirituality”, “prognosis”, e “quality of life” em artigos publicados em português, espanhol e inglês entre 2015 e 2021 nas plataformas citadas. Os artigos selecionados eram estudos transversais, estudos longitudinais, estudos de intervenção (ensaios clínicos randomizados e não-randomizados) feitos com pacientes portadores de câncer publicados entre 2015 e 2021 e com artigos originais. **Resultados:** A busca nas plataformas resultou em 244 artigos, sendo 11 foram selecionados para leitura do texto na íntegra. Após essa leitura, sete estudos foram selecionados para esta revisão, sendo que um foi adicionado pela busca manual nas referências. Todos os estudos identificaram uma relação positiva entre a prática da espiritualidade/religiosidade e a promoção da qualidade de vida em pacientes oncológicos, embora não tenha havido concordância entre os domínios que são mais influenciados. **Conclusão:** A produção científica que descreve que evidências positivas em relação à influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida do paciente com câncer, a partir de correlações significativas entre a saúde espiritual e o bem-estar e estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, câncer, espiritualidade, religiosidade, qualidade de vida, revisão sistemática.

ABSTRACT

Background: Due to the high mortality and social stigma related to cancer, as well as the unfavorable prognosis for most patients, this is the disease that most causes fear in people. Therefore, it is known that spirituality and religion are very often used by cancer patients to face this disease, which can help to reduce the fight against cancer, positively influencing the prognosis of these patients, by promoting the quality of life. **Objectives:** To describe the influence of spirituality and religiosity on cancer patients' quality of life and review the scientific production from 2015 to 2021 that describes evidences of the influence of spirituality and religiosity on cancer patients' quality of life. **Methods:** The present study is a systematic literature review that occurred through the scientific research platforms PubMed / MEDLINE, Cochrane Library and SciELO. The descriptors "cancer", "palliative care", "spirituality", "prognosis", and "quality of life" were searched for in articles published in Portuguese, Spanish and English between 2015 and 2021 in the aforementioned platforms. The selected articles were cross-sectional studies, longitudinal studies, intervention studies (randomized and non-randomized trials) carried out with cancer patients published between 2015 and 2021 and original articles. **Results:** The search on the platforms resulted in 244 articles, 11 of which were selected for full text reading. After this reading, seven studies were selected for this review, one of which was added by manual search in the references. All studies identified a positive relationship between the practice of spirituality/religiosity and the promotion of quality of life in cancer patients, although there was no agreement between the domains that are most influenced. **Conclusion:** The scientific production tests the positive evidence regarding the influence of spirituality and religiosity on the quality of life of cancer patients, based on correlations related between spiritual health and well-being and coping.

Keywords: Palliative care, cancer, spirituality, religiosity, quality of life, systematic review.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo geral	10
2.2. Objetivo específico	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4 MÉTODOS	17
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

Os termos câncer e neoplasia maligna são utilizados para definir um conjunto de centenas de doenças que apresentam crescimento desordenado de células, com a consequente invasão de tecidos e órgãos¹. Tendo em vista a alta velocidade com a qual as células cancerosas se multiplicam, essa doença tende a ser muito agressiva e, por vezes, incontrolável. Atualmente, o câncer representa o problema de saúde pública mais importante no mundo e constitui uma das quatro grandes causas de morte prematura na maior parte dos países, sendo que sua incidência e mortalidade têm crescido de maneira significativa nos últimos anos^{2,3}.

Em virtude da elevada mortalidade e do estigma social relacionados ao câncer, assim como do prognóstico desfavorável para grande parte dos doentes, essa é a doença que mais causa medo nas pessoas⁴. Sendo assim, sabe-se que os pacientes oncológicos apresentam uma elevada taxa de comorbidades psiquiátricas, estresse psicológico e problemas de ordem emocional em todas as fases da doença^{5,6}, a exemplo de sofrimento intenso, angústia, ansiedade e depressão^{4,7}. Em associação aos danos físicos, a qualidade de vida e a taxa de sobrevivência dos pacientes oncológicos são fortemente reduzidas por conta desses agravos psicológicos^{7,8}.

No tocante ao enfrentamento da doença, sabe-se que a espiritualidade, a religião e, mais notadamente, a oração, são estratégias muito frequentemente usadas por pacientes oncológicos, sendo que elas podem aparecer após o diagnóstico da enfermidade, em um contexto de busca por um novo sentido para viver; ou podem estar presentes de maneira precedente ao diagnóstico, sendo fonte de força e esperança no decorrer da história natural da doença e do tratamento^{4,9}. Nesse contexto, muitos estudos têm verificado que o *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) - descrito como o emprego da espiritualidade, da religião ou da fé para suportar e enfrentar o estresse e as adversidade da vida - pode auxiliar de maneira significativa no enfrentamento do câncer, influenciando positivamente no prognóstico desses pacientes, a partir da promoção da qualidade de vida^{4,8}.

Diante disso, tendo em vista a necessidade de aprofundamento acerca dos estudos sobre os aspectos multidisciplinares e integrativos dos cuidados paliativos em oncologia, especialmente com relação aos aspectos relacionados à espiritualidade/religiosidade – já que essa uma área com pouco explorada

cientificamente –, esse trabalho se propõe a analisar a influência da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, a partir da seguinte pergunta de investigação “a espiritualidade/religiosidade interfere na qualidade de vida do paciente com neoplasia?”. A importância de tal investigação deve-se ao fato de que a melhor compreensão desses aspectos conduz ao aprimoramento do cuidado com esses indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever a influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida do paciente com câncer.

2.2. Objetivo específico

Revisar a produção científica de 2015 a 2021 que descreve se há evidências em estudos sobre a influência da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida dos pacientes com câncer.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer é um grave problema de saúde pública em vários países do mundo, tanto pelo desafio de monitorização dos casos registrados em ações preventivas, como pelo acompanhamento e cuidado dos pacientes diagnosticados - especialmente quando se leva em consideração a situação socioeconômica e as desigualdades regionais¹⁰. Atualmente, ele configura uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil, onde 625 mil novos casos são estimados para cada ano do triênio 2020-2022².

Segundo Fornazari SA e Ferreira RER¹¹, a sociedade ocidental atribui muitos estigmas ao câncer, relacionando-o com diversos efeitos negativos na vida dos indivíduos, a exemplo de dor e medo. Isso porque, ainda que diversas terapias tenham sido incrementadas nos últimos anos, muitos indivíduos ainda consideram essa doença como sendo incurável, atribuindo a proximidade da morte como parte intrínseca ao diagnóstico¹⁰. Dessa forma, a maior parte dos pacientes oncológicos tem a sua experiência com a doença marcada não apenas pelos danos físicos impostos pelo tumor e tratamento, mas também por um sofrimento psicológico intenso.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento do câncer é marcado por diferentes estágios. Inicialmente, existe o estado de choque, que, muitas vezes, é marcado por raiva, negação e crises multifacetadas – existenciais, psicológicas, emocionais e espirituais. Em seguida, os pacientes passam pelo processo de percepção e aceitação da realidade, o qual é entremeado de dúvidas e questionamentos sobre o que e como pensar acerca de sua doença; até que, por fim, alguns deles chegam à fase de visualizar de um futuro com esperança¹⁰. Atrelado a isso, Torabi F *et al.*¹², afirmam que o câncer é uma doença de natureza ameaçadora, dessa forma, muitos pacientes se privam de aproveitar a vida de maneira plena após o diagnóstico, o que leva a um aumento significativo nas suas necessidades espirituais.

No tocante ao tratamento do câncer, faz-se relevante compreender que, de modo geral, as chances de cura estão diretamente associadas ao diagnóstico precoce. Porém, não obstante os avanços diagnósticos e a ampliação do rastreamento no setor da oncologia, em boa parte dos casos, o diagnóstico das neoplasias malignas ainda ocorre de maneira tardia, o que reduz significativamente as chances de estabelecer um tratamento curativo eficaz. Nesse cenário, para

aqueles pacientes que se enquadram em estágios avançados da doença, o tratamento paliativo torna-se a principal indicação, a fim de garantir alívio de sintomas e um aumento da sobrevida associado a melhor qualidade de vida possível¹³.

Segundo o conceito da OMS, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”¹⁴.

Nesse contexto, de acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), a abordagem paliativa ao paciente oncológico deve, dentre outros princípios, agregar as dimensões psicológicas, sociais e espirituais ao enfoque clínico de cuidado do doente¹⁵. No entanto, deve-se ressaltar que a integração dos cuidados paliativos ao tratamento antineoplásico não é recomendado apenas no final da vida, mas desde o momento do diagnóstico para todos os pacientes¹³.

Reconhecendo-se a necessidade de ver o paciente de uma maneira holística, a partir do entendimento de que diversos aspectos fazem parte do seu processo saúde-doença, Guerrero GP *et al.*¹⁰ evidenciam a imprescindibilidade de ponderar o aspecto espiritual do indivíduo para aludir ao enfrentamento da doença e à esperança na elaboração do cuidado, uma vez alguns estudos já observaram que muitos pacientes apresentam um maior vínculo com a espiritualidade e religiosidade após o diagnóstico e durante o seu tratamento.

Embora muitas pessoas tenham a tendência de considerar “espiritualidade” e “religiosidade” como sinônimos, o uso distinto desses termos tem crescido ultimamente, em razão do desenvolvimento desse campo de estudo¹⁶. Apesar dessa distinção, ainda não existe um consenso estabelecido na definição de espiritualidade. Segundo Xing L *et al.*⁸, a espiritualidade consiste no prisma da humanidade que diz respeito à via que as pessoas buscam e espelham significado e propósito, e a via que eles experimentam sua conexão com o momento, consigo, com os outros, com a natureza e com o significado de sagrado.

Em adição, como citado por Benites AC *et al.*¹⁷, a espiritualidade não está restrita à uma determinada religião, cultura ou grupo específico de pessoas; ela é universal e compreende valores pessoais e íntimos, sendo formada por aquilo que dá sentido à vida, propicia desenvolvimento pessoal e reflexões sobre as experiências

que se viveu. Já para Torabi F *et al.*¹², a espiritualidade configura um conceito pessoal e individual, referindo-se à consciência sobre a existência de um ser ou poder além da vida material e que é vivenciada por meio do relacionamento com Deus, o eu, os outros e ambiente.

Contudo, a despeito das diversas definições e perspectivas dadas pelos diferentes pesquisadores, pode-se dizer que, de maneira geral, a espiritualidade é retratada como uma crença transcendental, subjetiva e individual que promove o desenvolvimento do indivíduo de maneira oposta e/ou além da sua parte material; estando associada ou não com a prática de uma instituição e/ou religião específica. Além disso, pode-se dizer que a espiritualidade é um processo dinâmico e inerente ao ser humano^{8,12,16,18}.

Por outro lado, a religião/religiosidade pode ser definida como sistema de dogmas e práticas litúrgicas que sacralizam as fases de vida dos indivíduos, bem como as suas vivências; envolvendo um grupo de crenças, linguagens e convenções que fundamentam um legado. Sendo assim, ela é descrita como associada a uma doutrina compartilhada e/ou praticada pelo coletivo, institucionalmente socializada e restritiva^{16,17,18}. Nesse contexto, salienta-se que, devido ao caráter mais normativo, as diferentes religiões apresentam simbologia e interpretações distintas sobre a vida e a morte¹⁷. Atualmente, mais de 90% dos brasileiros declaram fazer parte de alguma religião específica, o que faz do Brasil, o segundo país mais religioso do mundo⁹.

Todavia, ainda que envolvam aspectos distintos, a espiritualidade e a religiosidade podem ser complementares. Ambas afetam os comportamentos, atitudes e incentivos dos indivíduos, além de constituírem, segundo Ferreira LF *et al.*⁹, elementos significativos na promoção, prevenção e recuperação da saúde^{9,12}. Nesse contexto, uma série de estudos americanos evidenciaram que a espiritualidade e a religiosidade executam funções importantes e correlacionadas nos pacientes oncológicos, inclusive naqueles com a doença mais desenvolvida⁹.

A conexão entre espiritualidade/religiosidade e saúde não é recente. Fornazari AS e Ferreira RER¹⁹ retomam que a disposição para a espiritualidade e religiosidade existiram por todo o curso da história humana, independentemente da época ou cultura. No princípio da história da humanidade, a incompreensão acerca das mazelas que acometiam os indivíduos levou à divinização do incógnito. Portanto, a gênese e o

desfecho das doenças eram, frequentemente, associados a fatores espirituais e religiosos. Sendo assim, o tratamento das enfermidades estava designado aos sacerdotes, xamãs e outras entidades que lidavam com o divino¹⁸.

No entanto, embora essa associação entre espiritualidade/religiosidade e saúde seja antiga, a investigação científica acerca dessa temática ainda é recente¹⁹. Nesse cenário, tem-se que o conhecimento sobre essa associação vem, em sua maior parte, de estudos e pesquisas do campo da oncologia, uma vez que, como já falado, o diagnóstico de neoplasia maligna geralmente abre espaço para questões espirituais profundas¹². Dessa forma, sabe-se que a terapia paliativa focada na espiritualidade tem sido descrita como a mais frequentemente utilizada pelos pacientes oncológicos para alívio de suas dores e desconforto⁸, bem como para enfrentamento da doença.

O enfrentamento é descrito por Panzini RG e Bandeira DR¹⁶ como o grupo de estratégias empregadas pelas pessoas com a finalidade de lidar com eventos estressantes. As estratégias envolvidas no enfrentamento podem ser cognitivas, emocionais e espirituais; sendo que elas podem ser classificadas, de acordo com a sua função, em estratégias focadas na emoção ou estratégias focadas no problema^{12,16}. O enfrentamento focado na emoção atua no controle da resposta emocional gerada pelo agente estressor e pode ser representada por atitudes de distanciamento ou negação, estando relacionado, por exemplo, a desordens comportamentais e físicas^{12,16,18}. Por outro lado, o enfrentamento focado no problema representa um esforço ativo de aproximação em relação ao agente estressor, configurando um planejamento direcionado para a solução de problemas, ajudando a mudar ou administrar uma circunstância^{12,16,18}.

O enfrentamento religioso/espiritual corresponde à forma como as pessoas aplicam sua fé para manejar o estresse e as adversidades da vida, destacando-se que a fé pode abranger espiritualidade, religiosidade ou crenças individuais e coletivas¹⁶. Para Batista S e Mendonça RAM¹⁸, o enfrentamento religioso/espiritual pode representar tanto uma estratégia focada no problema quanto uma estratégia focada na emoção.

De acordo com o trazido por Guerrero GP¹⁰, a fé em Deus é um sentimento enraizado em nossa sociedade e costumes, sendo tão importante quanto as outras formas de enfrentamento. Nesse contexto, o enfrentamento religioso/espiritual tem sido

referido como o preditivo de desfechos de saúde mais favorável, estando relacionado a um suporte social superior e a índices de distúrbios emocionais e comportamentais inferiores¹⁶. Desse modo, a espiritualidade/religiosidade é um método relevante em situações adversas e morosas, a exemplo do acometimento por uma neoplasia maligna, que impacta significativamente na vida do paciente e cuja terapêutica é interposta por vários eventos estressores¹⁹. Porém, os efeitos desse enfrentamento é que determinam se os seus resultados repercutem positiva ou negativamente na saúde do paciente¹⁸.

Quando positivo, o enfrentamento espiritual/religioso está associado a uma postura ativa de enfrentamento, a partir de estratégias de planejamento, reanálise por uma perspectiva positiva e reforço social, instrumental e emocional¹⁸. Além disso, a conexão espiritual/religiosa favorece a adesão terapêutica; a cooperação; o crescimento espiritual; e a redução do estresse e ansiedade, contribuindo para uma melhora na saúde mental; bem como a busca de significado para sua atual situação^{18,19}. Assim, sabe-se que as pessoas que têm a sua espiritualidade fortalecida tendem a lidar com sua doença de modo mais eficiente, ainda que em estágios de terminalidade, pois as crenças espirituais e religiosas enchem os pacientes com esperança, resiliência e uma percepção de controle sobre sua vida^{12,16}.

Em contrapartida, tais benefícios não sugerem que todas as crenças, religiões ou alguma religião específica sempre propiciam esses efeitos positivos na saúde humana¹⁶. O enfrentamento espiritual/religioso pode apresentar resultados que refletem de maneira negativa na vida do paciente, a exemplo da recusa ao tratamento sob o argumento de acreditar unicamente na cura divina¹⁸. Ademais, os dogmas religiosos podem, erroneamente, serem utilizados para suscitar vergonha, medo e culpa ou para justificar comportamentos de raiva e agressão¹⁶. Contudo, as principais religiões, tradicionalmente bem estabelecidas e com líderes responsáveis estão, geralmente, associadas a mais experiências pessoais positivas do que negativas¹⁶.

De acordo com Batista S e Mendonça RAM¹⁸, a relevância das questões existenciais, religiosas e espirituais para alguns pacientes em tratamento só se tornou nítida com a queda da barreira que impossibilitava os médicos de expor aos pacientes que estes estavam com uma neoplasia maligna. Hoje em dia, embora não se saiba exatamente por quais mecanismos, existem cerca de 800 pesquisas que asseguram a relação do envolvimento religioso com maiores índices de otimismo, alegria, bem-

estar, percepção de propósito e significado de vida; assim como com menores níveis de desordens mentais, abusos de substâncias e comportamentos de risco¹⁶. Ademais, alguns estudos prévios endossam que a espiritualidade atua na redução da velocidade de progressão do câncer e no alívio dos sintomas da doença⁸.

Existem duas teorias que tentam explicar os meios pelos quais a espiritualidade/religião afeta a saúde: 1) relação mediada – fatores psicológicos, sociais e fisiológicos atuam como mediadores dos efeitos achados; 2) relação direta – a própria essência da espiritualidade/religiosidade influenciaria de maneira direta na saúde¹⁶. Ou seja, o impacto da espiritualidade sobre a saúde pode ocorrer por efeito placebo ou podem envolver aspectos fisiológicos úteis, que, posteriormente, podem vir a ser explicados¹⁸. Contudo, independentemente do mecanismo responsáveis, atualmente, é cada vez mais legitimado, o impacto positivo que a relação entre a religiosidade e a espiritualidade têm na qualidade de vida dos doentes de modo geral, especialmente os oncológicos¹⁸.

4 MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática de literatura, uma metodologia rigorosa que, diferentemente da revisão narrativa tradicional, objetiva responder uma pergunta pontual, a partir da identificação e sínteses de estudos sobre o determinado tema. Todo o processo de redação de uma revisão sistemática envolve a aplicação de critérios específicos que minimizam o risco de vieses e garantem a qualidade metodológica. Dentre esses critérios, pode-se citar a exigência de, pelo menos, dois pesquisadores envolvidos na seleção dos estudos e a passível reprodutibilidade da sua metodologia²⁰. Esta é uma revisão sistemática da literatura que foi realizada entre junho de 2020 e outubro de 2021 a fim de identificar a influência da espiritualidade e religiosidade no prognóstico de pacientes com câncer.

As plataformas de pesquisa científica utilizadas para a busca foram PubMed/MEDLINE, Cochrane Library e SciELO. A busca foi feita a partir da integração de descritores, incluindo termos obtidos no Medical Subject Headings (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram buscados os descritores “cancer”, “palliative care”, “spirituality”, “prognosis”, e “quality of life” em artigos publicados em português, espanhol e inglês entre 2015 e 2021 nas plataformas citadas. O protocolo PRISMA²¹ (ANEXO C) foi utilizado como guia para a revisão sistemática.

A busca pelos descritores resultou nas seguintes estratégias de busca:

- (((((((((((((neoplasm) OR (Tumors)) OR (Tumor)) OR (Cancer)) OR (Cancers)) OR (Malignancy)) OR (Malignancies)) OR (Malignant Neoplasms)) OR (Malignant Neoplasm)) OR (Neoplasm, Malignant)) OR (Neoplasms, Malignant)) AND (((((((((((((palliative care) OR (Care, Palliative)) OR (Palliative Treatment)) OR (Palliative Treatments)) OR (Treatment, Palliative)) OR (Treatments, Palliative)) OR (Therapy, Palliative)) OR (Palliative Therapy)) OR (Palliative Supportive Care)) OR (Supportive Care, Palliative)) OR (Palliative Surgery)) OR (Surgery, Palliative))) AND (((Spirituality) OR (Spiritualities)) OR ((Spiritual))) AND (((((Prognosis) OR (Prognostic Factors)) OR (Factor, Prognostic)) OR (Factors, Prognostic)) OR (Prognostic Factor))) AND (((((Quality of Life) OR (Life Quality)) OR (Health-Related Quality Of Life)) OR (Health Related Quality Of Life)) OR (HRQOL))

- (((((((((((((((neoplasm) OR (Tumors)) OR (Tumor)) OR (Cancer)) OR (Cancers)) OR (Malignancy)) OR (Malignancies)) OR (Malignant Neoplasms)) OR (Malignant Neoplasm)) OR (Neoplasm, Malignant)) OR (Neoplasms, Malignant))) AND (((Spirituality) OR (Spiritualities)) OR (Spiritual)))) AND (((((Prognosis) OR (Prognostic Factors)) OR (Factor, Prognostic)) OR (Factors, Prognostic)) OR (Prognostic Factor))). Referências presentes nos artigos identificados pela estratégia de busca também serão buscadas, manualmente, a fim de se somarem ao trabalho.

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: estudos transversais, estudos longitudinais, estudos de intervenção (ensaios clínicos randomizados e não-randomizados) feitos com pacientes portadores de câncer publicados entre 2015 e 2021 e com artigos originais. Foram excluídos do trabalho, relatos de caso, estudos descritivos, estudos que não traziam espiritualidade/religiosidade como foco principal nos seus artigos ou que relacionavam espiritualidade/religiosidade com outras doenças crônicas além do câncer. Além disso, os artigos sem resumo também foram excluídos.

A identificação e seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, em três etapas: rastreio de títulos, leitura de resumos e leitura integral dos artigos. Além disso, as referências dos estudos incluídos na terceira etapa também foram analisadas, com o objetivo de identificar potenciais estudos que não foram abarcados na busca com os descritores²⁰.

O período de coleta foi de março a setembro de 2021. A transcrição e registro dos dados foram feitos de forma padronizada, em um documento de texto no Microsoft Word 2016, a partir de alguns itens-chave que compreendem os dados de interesse: autores e ano de publicação; título; tipo de estudo, local de publicação; delineamento amostral; metodologia utilizada (exposição ou intervenção); desfechos analisados; principais resultados²¹.

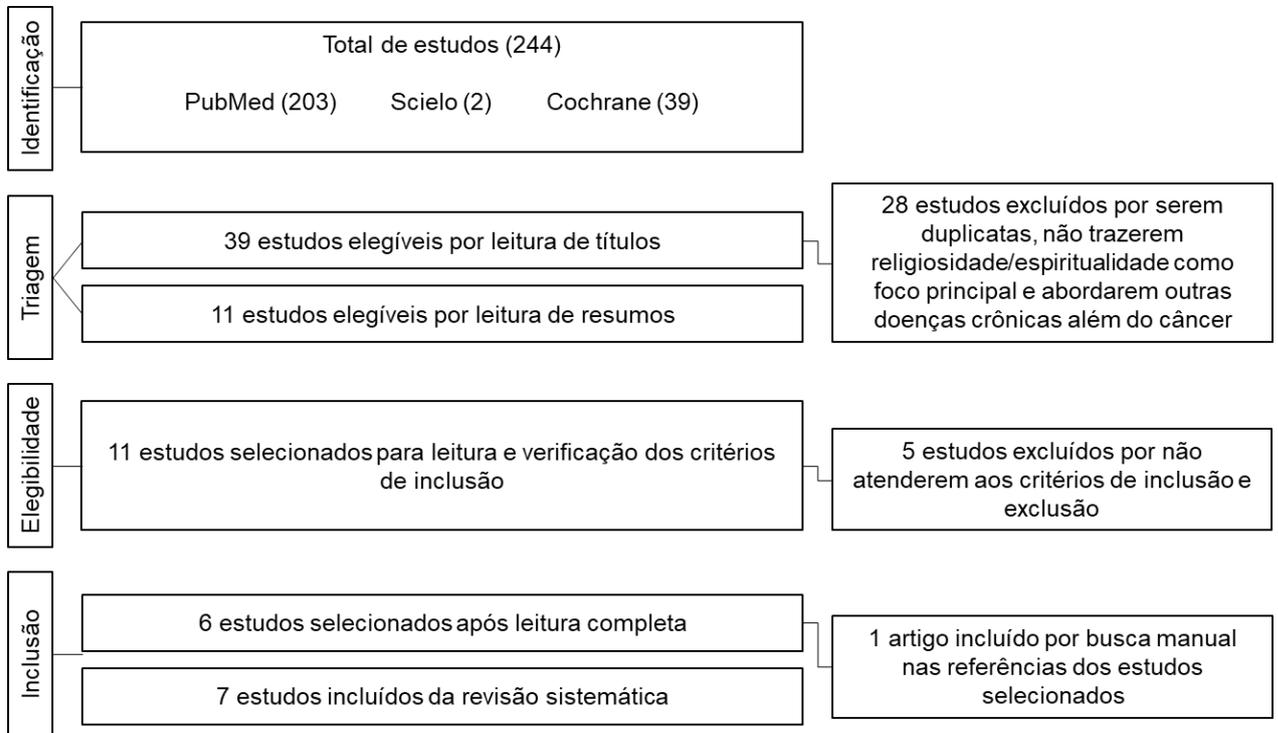
Após a extração dos dados e dos registros feitos pelos dois pesquisadores, os dados transcritos foram comparados, de modo a agrupar estudos com dados de interesse semelhantes. Essa sistematização facilitou a análise de cada dado de interesse e a interpretação. Além disso, foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, conforme descrito acima. Posteriormente, os dados foram

sumarizados em quadros-síntese no Microsoft Excel® de acordo com os resultados de cada estudo. Por fim, os dois pesquisadores, a partir da análise destes resultados, trouxeram as principais evidências correlacionando com a literatura e apresentando suas inferências. A redação do manuscrito seguiu a recomendação PRISMA para revisão sistemática (ANEXO A)²².

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi realizada por meio da escala *Study Quality Assessment Tools do National Heart, Lung, and Blood Institute*, que consta com dez questionários, os quais foram escolhidos para aplicação conforme o desenho de estudo específico de cada artigo²³. Desse modo, utilizou-se o *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies* para os estudos observacionais e o *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group* para os estudos de intervenção. Os estudos com >70% dos itens assinalados como “SIM” foram classificados com uma qualidade metodológica boa; entre 50-70%, regular; e <50%, ruim.

5 RESULTADOS

Figura 1. Fluxograma das etapas da revisão sistemática



Após a concretização de todas as etapas de realização do estudo, conforme ilustrado na figura 1, sete estudos foram incluídos na revisão sistemática. Desses, evidenciou-se um maior número de publicações no ano de 2016 e nos Estados Unidos, seguidos de países árabes (Irã e Jordânia). Em relação aos tipos de estudo, foram identificados estudos transversais e de intervenção, com destaque para o tipo quasi-experimental. Em se tratando da população estudada, as amostras variaram de 31²⁴ a 829²⁵ participantes, incluindo indivíduos a partir de 12 anos¹². Além disso, houve um predomínio de pacientes do sexo feminino. As características gerais dos estudos estão dispostas na tabela 1, e as principais evidências, na tabela 2.

Dentre os estudos incluídos, observou-se, segundo os critérios do *Study Quality Assessment Tools do National Heart, Lung, and Blood Institute*²³, que os estudos de Miranda TPS *et al.*²⁴; Sun V *et al.*²⁵; e Sankhe A *et al.*²⁷; foram considerados de qualidade metodológica regular e os estudos de Mohebbifar R *et al.*²⁶; Al-Natour A, Al Momani SM e Qandil AMA²⁸; Polite BN *et al.*²⁹ e Torabi F *et al.*¹², de qualidade metodológica boa.

Tabela 1. Características gerais dos estudos

Autor e ano de publicação	Objetivo	Tipo de estudo	Tamanho de amostra	Local
Mohebbifar R <i>et al.</i> (2016) ²⁶	Avaliar a relação entre saúde espiritual e qualidade de vida em pacientes com câncer.	Transversal	- 210 participantes; - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos acima de 18 anos, cientes do seu diagnóstico e com escore de Karnofsky > 40%.	Irã
Sankhe A <i>et al.</i> (2016) ²⁷	Avaliar o efeito do cuidado espiritual nos domínios de bem-estar espiritual e geral em pacientes com câncer recebendo tratamento e seus familiares.	Estudo de intervenção	- 214 participantes (107 pacientes e 107 cuidadores primários); - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos entre 18 e 65 anos que passariam por cirurgia e apresentavam expectativa de vida > 6 meses.	Estados Unidos
Sun V <i>et al.</i> (2016) ²⁵	Descrever os desfechos de bem-estar espiritual em um Projeto de Programa apoiado pelo Instituto Nacional de Câncer (NCI) que testou a eficácia de uma intervenção interdisciplinar em cuidados paliativos em pacientes com câncer de pulmão e seus familiares cuidadores.	Quasi-experimental	- 829 participantes (475 pacientes e 354 cuidadores familiares); - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de câncer de pulmão de não pequenas células entre os estadiamentos I e IV.	Estados Unidos
Al-Natour A, Al Momani SM e Qandil AMA (2017) ²⁸	Investigar a relação entre espiritualidade e qualidade de vida de mulheres jordanianas diagnosticadas com câncer de mama.	Transversal	- 150 participantes; - A amostra foi composta por mulheres com diagnóstico de câncer de mama recebendo tratamento.	Jordânia
Torabi F <i>et al.</i> (2018) ¹²	Avaliar o efeito de cuidados espirituais em adolescentes com câncer.	Quasi-experimental	- 32 participantes; - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos entre 12 e 18 anos, com o diagnóstico de um tipo de câncer e > 8 meses de diagnóstico.	Irã
Polite BN <i>et al.</i> (2018) ²⁹	Explorar a associação entre a manifestação de crenças religiosas e espirituais e a apresentação inicial do câncer de cólon em estágio avançado na oncologia e se essa associação se relaciona com a etnia.	Transversal	- 389 participantes; - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos entre 30 e 79 anos recém-diagnosticados com câncer de cólon que se autoidentificavam como brancos ou negros.	Estados Unidos
Miranda TPS <i>et al.</i> (2019) ²⁴	Avaliar o efeito da oração de intercessão nos escores psicológicos, espirituais e biológicos de pacientes com câncer de mama que estão sendo submetidas à radioterapia.	Ensaio clínico randomizado	- 31 participantes; - A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos acima de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama não metastático em tratamento com radioterapia.	Brasil

Tabela 2. Principais evidências dos estudos

Autor e ano de publicação	Exposição/Intervenção	Desfecho avaliado	Resultados encontrados
Mohebbifar R <i>et al.</i> (2016) ²⁶	<p>Exposição: Saúde espiritual</p> <p>Instrumento: Questionário de Palutzian & Ellison - sobre saúde religiosa e existencial, cuja pontuação varia de 20 a 120, permitindo classificar a saúde espiritual em: pobre (20-40), moderada (41-99) e boa (100-120).</p>	<p>Qualidade de vida</p> <p>Instrumento: padrão EORTC* QLQ-C30.V3 - cinco domínios funcionais (físico, funcional, emocional, cognitiva e social), qualidade de vida geral – variando de 0 a 100 pontos – e outros aspectos.</p>	<p>- Saúde espiritual: 78,4 e Qualidade de vida geral: 58,09;</p> <p>– o menor domínio foi o emocional (45) e o maior foi o cognitivo (80);</p> <p>- Relação positiva ($\beta=0.688$) e significativa ($r=0.00$) entre saúde espiritual e qualidade de vida (IC 0,708-0,881).</p>
Sankhe A <i>et al.</i> (2016) ²⁷	<p>Intervenção: Cuidado espiritual</p> <p>Os participantes receberam cuidado espiritual a partir dos <i>guidelines</i> MATCH (<i>mercy, austerity, truthfulness, cleanliness, holy name</i>) por uma hora e meia diariamente.</p>	<p>Bem-estar espiritual e geral</p> <p>Avaliado no início do estudo, na alta, dois, quatro e seis meses após a cirurgia, por meio de dois instrumentos: 1) <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</i> (FACT-G) em quatro domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional; 2) <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual well-being</i> (FACIT-Sp).</p>	<p>- FACT-G: admissão (59,9); alta (88,1); dois meses (88,1); quatro meses (92,9) e seis meses (98,1) – aumento em todos os domínios ao longo do seguimento;</p> <p>- FACIT-Sp: admissão (28,05); alta (42,5); dois meses (42,6); quatro meses (43,5); seis meses (45,4).</p> <p>Aumento estatisticamente significativa nos scores de bem-estar espiritual e geral ($p<0,0001$).</p>
Sun V <i>et al.</i> (2016) ²⁵	<p>Intervenção: Abordagem interdisciplinar em cuidados paliativos</p> <p>Abordagem por três componentes: 1) avaliação abrangente da qualidade de vida, incluindo o bem-estar espiritual; 2) sessões semanais de bem-estar espiritual; e 3) quatro seções educacionais focadas no bem-estar espiritual mediadas por duas enfermeiras para cada paciente.</p>	<p>Bem-estar espiritual</p> <p>Avaliado através do <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale</i> (FACIT-Sp-12), que mede o senso de propósito, paz e papel da fé na doença, cuja pontuação varia de 0 a 48, sendo que uma pontuação mais alta indica melhor bem-estar espiritual.</p>	<p>- Filiação religiosa associou-se com melhores resultados na subescala de fé e itens relacionados a encontrar força e conforto na fé e crenças espirituais ($p<0,001$);</p> <p>- Pacientes que receberam a palição com os cuidados espirituais: melhores resultados nos domínios de significado/paz, sentimento de paz interior, encontro de conforto profundo e harmonia consigo mesmo ($p<0,001$).</p>
Al-Natour A, Al Momani SM e Qandil AMA (2017) ²⁸	<p>Exposição: Bem-estar espiritual</p> <p>Avaliado através da SpWb, subescala da <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being</i> (FACIT-Sp), que avalia significado, paz e fé. Pontuação varia de 0 a 48.</p>	<p>Qualidade de vida</p> <p>Avaliado também através do <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</i> (FACT-G), subescala do FACIT-Sp. Pontuação varia de 0 a 108, considerando os domínios físico, espiritual, emocional, familiar/social e funcional.</p>	<p>- Relação positiva entre os escores de espiritualidade (média de 40,46) com os de qualidade de vida (média de 79,86) ($p=0,000$);</p> <p>- O score de bem-estar funcional mostrou maior correlação positiva com o bem-estar espiritual ($p<0,01$); menor correlação positiva foi observada em relação ao domínio físico ($p<0,01$).</p>

<p>Torabi F <i>et al.</i> (2018)¹²</p>	<p>Intervenção: Cuidado espiritual</p> <p>Os pacientes participaram de seis sessões individuais de cuidado espiritual realizadas diariamente por 45min, nas quais discutiam sobre espiritualidade, bem como abordavam suas necessidades e sofrimentos espirituais.</p>	<p>Estratégias de enfrentamento</p> <p>Avaliadas por meio do questionário The Coping Strategies (TCS) de Lazarus e Folkman, que avalia confronto, distanciamento, autocontrole, busca por suporte social, aceitar a responsabilidade, evasão, plano para resolver o problema e reavaliação positiva. Respondido na primeira e última sessão e três semanas após a última sessão.</p>	<p>- Aumento nos scores de todas as dimensões do TCS após a intervenção (pré-teste 92,5; pós teste 122,7).</p> <p>- Diminuição do score no seguimento (117,5) em relação ao pós-teste.</p> <p>A diferença nos scores apresentada ao longo do tempo foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).</p>
<p>Polite BN <i>et al.</i> (2018)²⁹</p>	<p>Exposição: Níveis de <i>God Locus of Health Control</i> (GHLC) e de solução religiosa para os problemas.</p> <p>Avaliados através das escalas <i>Religious Problem-Solving</i> (RPS) (06 itens, pontuação 6-30) e <i>God Locus of Health Control</i> (GHLC) (06 itens, pontuação 6-30).</p>	<p>Estágio do câncer à apresentação diagnóstica.</p>	<p>GLCH: pacientes em estágio inicial tiveram média de 16,15; em estágio tardio, 18,98 ($p < 0,001$), principalmente aqueles localizados nos maiores tercís da pontuação.</p> <p>RPS: scores mais elevados em pacientes em estágio avançado (RPS-D 18,25; RPS-C 20,73; $p = 0,11$) em relação aos de estágio inicial (RPS-D 16,74; RPS-C 19,9; $p = 0,36$).</p>
<p>Miranda TPS <i>et al.</i> (2019)²⁴</p>	<p>Intervenção: Cuidado espiritual/ Grupo controle: apenas cuidado clínico padrão</p> <p>Os pacientes do grupo de intervenção receberam uma oração de intercessão diariamente, por uma hora, durante o tempo em que estavam sendo submetidos à radioterapia. A oração feita por um grupo de seis cristãos que intercediam por calma, paz, harmonia e recuperação da saúde e bem-estar espiritual.</p>	<p>Níveis de sofrimento e enfrentamento espirituais, morbidade psicológica e de amilase salivar durante a radioterapia. Foram avaliados antes, no fim e após a intervenção.</p>	<p>Grupo de intervenção: impacto no sofrimento espiritual em relação ao pré-teste, com diminuição dos scores ($p = 0,004$); bem como no enfrentamento religioso espiritual geral, com aumento nos scores ($p = 0,014$). O enfrentamento religioso/espiritual negativo apresentou scores negativos maiores que os scores positivos. O nível de amilase salivar apresentou diminuição no período ($p = 0,019$).</p> <p>O grupo controle não apresentou diferenças estatisticamente significantes em nenhum dos scores entre o pré-teste e o pós-teste.</p>

A qualidade de vida foi o principal desfecho avaliado em dois estudos^{26,28}, os quais descreveram uma relação positiva entre a espiritualidade e qualidade de vida. Mohebbifar R *et al*²⁶ avaliaram a qualidade de vida dos pacientes (N=210), a partir do padrão EORTC QLQ-C30.V3, desenvolvido pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer, composto por 30 itens que compreendem domínios funcionais (físico, desempenho funcional, emocional, cognitivo e social), domínios sintomatológicos (fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, distúrbio do sono, perda de apetite, prisão de ventre e diarreia) e os domínios de problemas financeiros e de qualidade de vida geral. Cada um desses domínios possui um escore que varia de 0 a 100, sendo que nos domínios funcionais e de qualidade de vida geral, pontuações mais altas indicam melhor performance ou melhor qualidade de vida; já nos domínios sintomatológicos, pontuações mais altas indicam maior gravidade do sintoma ou problema. A partir disso, observou-se uma relação positiva ($\beta=0.688$) e significativa ($r=0.00$) entre saúde espiritual e qualidade de vida (IC 0,708-0,881), com destaque para a função cognitiva, que alcançou a maior pontuação (80,47), e a função emocional, que ocupou a menor pontuação (45,47).

Em adição, Al-Natour A, Al Momani SM, Qandil AMA²⁸ avaliaram, entre pacientes do sexo feminino (N=150), a espiritualidade e qualidade de vida por meio de algumas subescalas da versão árabe da *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being* (FACIT-Sp), com destaque para a subescala de bem-estar espiritual (SpWb), a qual é composta por 12 itens que avaliam “significado”, “paz” e “fé” e varia de 0 a 48 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor o bem-estar espiritual. O estudo evidenciou uma relação positiva entre os escores de espiritualidade (média de 40,46) com os de qualidade de vida (média de 79,86) ($p=0,000$), de modo que o score de bem-estar funcional mostrou maior correlação positiva com o bem-estar espiritual ($p<0,01$) e uma menor correlação positiva foi observada em relação ao domínio físico ($p<0,01$).

Um outro desfecho avaliado por parte dos estudos, em associação com a qualidade de vida, foi o bem-estar espiritual e geral. Sankhe A *et al*.²⁷ fizeram uma intervenção (N=107), com base na diretriz MATCH, a qual é fundamentada em cinco princípios: *mercy* (incentivo à dieta vegetariana), *austerity* (incentivo a aceitar a realidade da doença e ter uma mentalidade positiva, evitando medidas temporárias como etilismo, fumo etc.), *truthfulness* (incentivo para lidar com os outros de forma

direta, evitando estresse), *cleanliness* (incentivo a manter boa higiene para evitar infecções) e *holy name* (incentivo a oração e meditação no “Santo Nome de Deus”, mantendo a fé em sua religião). Os pacientes receberam essa intervenção diariamente durante 1:30h e tiveram sua qualidade de vida avaliada no início do estudo, na alta, dois, quatro e seis meses após a cirurgia, por meio de dois instrumentos: 1) Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) em quatro domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional; e 2) FACIT-Sp. A partir disso, observou-se um aumento em todos os domínios relacionados à qualidade de vida após a intervenção ao longo do seguimento – admissão (59,9); alta (88,1); dois meses (88,1); quatro meses (92,9) e seis meses (98,1). Do mesmo modo, evidenciou-se um aumento estatisticamente significativo também nos escores de bem-estar espiritual e geral ($p < 0,0001$) – admissão (28,05); alta (42,5); dois meses (42,6); quatro meses (43,5); seis meses (45,4). Dentre os domínios da FACT-G destacaram-se o bem-estar social/familiar, que alcançou as maiores pontuações - admissão (18,1); alta (24,1); dois meses (25); quatro meses (25,7) e seis meses (26,6)²⁷.

Sun V et al.²⁵ também avaliaram o bem-estar espiritual dos pacientes (N=475) por meio da FACIT-Sp. No entanto, a intervenção foi realizada por meio de uma abordagem interdisciplinar em cuidados paliativos, a qual aconteceu em três etapas: 1) avaliação abrangente da qualidade de vida, incluindo o bem-estar espiritual; 2) sessões semanais de bem-estar espiritual; e 3) quatro seções educacionais focadas no bem-estar espiritual mediadas por duas enfermeiras para cada paciente. Os tópicos abordados em relação ao bem-estar espiritual foram: esperança, força interior, incerteza, propósito e significado de vida, mudanças positivas, redefinição de si e prioridades e espiritualidade/religiosidade. A partir do resultado dos estudos, observou-se que os pacientes com alguma filiação religiosa apresentaram melhores resultados na subescala de fé e itens relacionados a encontrar força e conforto na fé e crenças espirituais ($p < 0,001$). Além disso, os pacientes que receberam a palição com os cuidados espirituais tiveram melhores resultados nos domínios de significado/paz, sentimento de paz interior, encontro de conforto profundo e harmonia consigo mesmo ($p < 0,001$)²⁵.

As estratégias de enfrentamento foram avaliadas pelo estudo de Torabi F et al.¹², no qual um grupo de adolescentes (N=32) passou por uma intervenção de cuidado espiritual realizada mediante seis sessões individuais diárias com duração de

45min, nas quais discutiam sobre espiritualidade, bem como abordavam suas crenças, necessidades e sofrimentos espirituais. A avaliação foi realizada por meio do questionário The Coping Strategies (TCS) de Lazarus e Folkman, que avalia confronto, distanciamento, autocontrole, busca por suporte social, aceitação da responsabilidade, evasão, plano para resolver o problema e reavaliação positiva, sendo respondido na primeira e última sessão e três semanas após a última sessão. O estudo evidenciou um aumento geral nos scores de todas as dimensões do TCS após a intervenção (pré-teste: 92,5; pós teste: 122,7), exceto no enfrentamento focado na emoção (pré-teste: 47,3; pós-teste: 41,5); porém, houve uma diminuição do score no seguimento (117,5) em relação ao pós-teste, sendo que a diferença nos scores apresentada ao longo do tempo foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

De outro modo, Polite BN *et al.*²⁹ avaliaram o estágio do câncer à apresentação diagnóstica de pacientes (N=407) que foram diagnosticados entre 1/01/2010 e 31/12/2013. Os estágios foram categorizados em tardio (estágios III e IV) e precoce (estágios I e II), conforme os relatórios patológicos e cirúrgicos. Os pacientes foram entrevistados acerca de diversos construtos, incluindo níveis de *God Locus of Health Control* (GHLC) e de solução religiosa para os problemas, os quais foram avaliados por meio das escalas 1) *Religious Problem-Solving* (RPS), que é composta por seis itens e com uma pontuação variando entre 6 a 30, cujos escores são divididos em tercís com base na distribuição da amostra; 2) e *God Locus of Health Control* (GHLC), composta pela mesma quantidade de itens e pontuação da RPS, sendo que escores mais altos são relacionados com uma maior crença de que Deus está no controle da saúde do paciente. Em relação a RPS, observou-se escores mais elevados em pacientes em estágio avançado (RPS-D 18,25; RPS-C 20,73; $p=0,11$) em relação aos de estágio inicial (RPS-D 16,74; RPS-C 19,9; $p=0,36$); enquanto na GHLC, os pacientes em estágio inicial tiveram média de 16,15 e em estágio tardio, 18,98 ($p < 0,001$), principalmente aqueles localizados nos maiores tercís da pontuação.

Por fim, Miranda TPS *et al.*²⁴ (N=31) avaliaram o efeito da oração de intercessão nos níveis de sofrimento e enfrentamento espirituais, morbidade psicológica e de amilase salivar (parâmetro biológico para avaliação da ansiedade) durante a radioterapia. Para tanto, os participantes do grupo de intervenção receberam uma oração de intercessão diariamente, por uma hora, durante o tempo em que estavam sendo submetidos à radioterapia. A oração foi feita por um grupo de

seis cristãos que intercediam por calma, paz, harmonia e recuperação da saúde e bem-estar espiritual. A avaliação foi feita antes, no fim e após a intervenção. O estudo evidenciou um impacto no sofrimento espiritual em relação ao pré-teste no grupo que recebeu a oração, com diminuição dos escores ($p=0,004$), bem como no enfrentamento religioso espiritual geral, com aumento nos escores ($p=0,014$). Além disso, o enfrentamento religioso/espiritual negativo apresentou escores negativos maiores que os scores positivos e o nível de amilase salivar apresentou diminuição no período ($p=0,019$). Em contrapartida, o grupo controle não apresentou diferenças estatisticamente significantes em nenhum dos scores entre o pré-teste e o pós-teste.

6 DISCUSSÃO

Os estudos que avaliaram a saúde espiritual antes da exposição ou intervenção de cuidado espiritual, como realizado por Mohebbifar R *et al.*²⁶; Sankhe A *et al.*²⁷; e Miranda TPS *et al.*²⁴ evidenciaram níveis baixos a moderados de saúde espiritual nos pacientes^{26,27,24}. Isso reforça o evidenciado por Ripamonti CI *et al.*³⁰ ao demonstrar que mais de 90% dos pacientes diagnosticados com uma neoplasia maligna apresentam, pelo menos, uma necessidade espiritual, com destaque para: encontrar força e paz interiores, ter esperança e encontrar propósito e significado para a vida^{26,30}.

Em conformidade com Xing *et al.*⁸, pode-se dizer que os reduzidos níveis de saúde e bem-estar espiritual, em paralelo ao aumento de tais necessidades, decorrem do impacto do câncer em aspectos além da esfera física e corpórea⁸. Isso porque o recebimento do diagnóstico de neoplasia é majoritariamente encarado como uma ameaça trágica, o que frequentemente associado ao desenvolvimento eventos adversos, como indignação, ansiedade, depressão, fobias, perda de autoestima, solidão etc^{8,26,28}.

A partir desse entendimento, os estudos revisados no presente trabalho, concluíram que o cuidado espiritual deve ser considerado um dos pilares de maior relevância no tratamento dos pacientes oncológicos^{12,24-28}, o que está em conformidade com as evidências mais aceitas no cenário científico atual^{8,10,16,18}. Miranda TPS *et al.*²⁴, por exemplo, demonstraram que os pacientes que receberam orações diárias durante o seu tratamento tiveram menores níveis de morbidade psicológica, incluindo o sofrimento e a ansiedade²⁴. Dessa forma, torna-se evidente que o tratamento antineoplásico tem sua efetividade aumentada ao incluir os cuidados paliativos, com ênfase no aspecto espiritual, ao controle dos sintomas físicos e abordagens terapêuticas convencionais, a exemplo farmacologia e procedimentos cirúrgicos^{9,13,15,24,30}.

Nesse contexto, conforme descrito por Ripamonti CI *et al.*³⁰, é válido destacar que as necessidades espirituais não estão restritas aos pacientes em cuidados de fim de vida, mas também são prevalentes em pacientes com doença localizada e de baixa gravidade³⁰. Isso provavelmente está muito atrelado ao “ciclo vicioso do estigma da doença” citado por Farinhas GV, Wendling MI e Dellazzana-Zanon LL⁴, que se refere à associação imediata do câncer ao sofrimento, dor e morte. Nesse cenário, Xing L *et*

*al.*⁸ afirmam que alguns pacientes podem desenvolver problemas emocionais ao simplesmente ouvir ou precisar falar a palavra “câncer”⁸, sendo comum a observação de pessoas que se referem a essa patologia por meio eufemismos como “aquela doença”, “coisa ruim” etc. Desse modo, torna-se clara a necessidade da abordagem espiritual paliativa de maneira precoce^{13,14}, tal como evidenciado nos resultados apresentados por Sankhe A *et al.*²⁷.

Mohebbifar R *et al.*²⁶ demonstraram que os escores relacionados à saúde espiritual são mais elevados em regiões cuja cultura religiosa é mais forte²⁶. De modo similar, Torabi F *et al.*¹² afirmam que, em sociedades onde as pessoas apresentam intensa fé em Deus e profundas crenças religiosas, o cuidado espiritual representa a estratégia de enfrentamento mais eficaz¹². Nesse contexto, tendo em vista que a população brasileira é majoritariamente religiosa⁹, a compreensão e aplicação da abordagem espiritual no tratamento dos doentes é ainda mais relevante. Isso pode ser reforçado por Miranda TPS *et al.*²⁴ que descreveram um predomínio de pacientes cristãos em seu estudo realizado em São Paulo - essas afirmaram que, após o diagnóstico de câncer, sentiram ainda mais necessidade de aumentarem as suas práticas espirituais e religiosas^{24,19}.

Com relação aos domínios de qualidade de vida avaliados nos estudos revisados, Sankhe A *et al.*²⁷ registraram uma melhora significativa durante todo o seguimento do estudo, em todos os aspectos avaliados²⁷. No entanto, os estudos demonstraram que a prática da espiritualidade e religiosidade não exerce influência igualitária em todos os domínios de qualidade de vida, demonstrando uma maior correlação positiva entre espiritualidade e as seguintes funções: cognitiva²⁶, social/familiar^{25,28} e bem-estar funcional²⁸. Por outro lado, as menores correlações foram observadas nos domínios de bem-estar emocional e físico^{26,28}, de modo contrário ao notado por Abu-Helalah MA *et al.*³¹.

Em adição, a espiritualidade e religiosidade foram associadas positivamente com uma maior percepção de força interior e atribuição de significado e propósito de vida, de modo a desenvolver uma visão mais otimista nos pacientes, reduzindo, com isso, níveis de sofrimento, raiva e ansiedade^{12,25,26,28}. Tais resultados mostram-se em concordância com Ferreira LF *et al.*⁹, Benites AC *et al.*, 2017¹⁷ e Xing L *et al.*⁸. Sun V *et al.*²⁵ também evidenciou uma correlação entre o bem-estar espiritual e um menor número de intervenções agressivas nos cuidados de fim de vida²⁵.

Sankhe A *et al.*²⁷ também evidenciaram que o cuidado espiritual promove uma influência positiva a saúde geral. Isso porque as intervenções espirituais não envolvem apenas crenças religiosas, mas o incentivo a hábitos de vida mais saudáveis, a exemplo de dieta pobre em antioxidantes, redução da ingestão de tóxicos, sobriedade etc. Miranda TPS *et al.*²⁴ também reforçam essa percepção ao classificar o cuidado espiritual como “fundamental e vital”, a partir da observação da influência positiva que a oração desempenhou no estado geral de saúde dos pacientes – o que pode ser validado por um estudo de 2012²⁴ que correlacionou o efeito da oração com taxas mais baixas de mortalidade e disfunção orgânica.

Cita-se ainda que a prática da espiritualidade e religiosidade esteve relacionada à redução de sintomas físicos, como náuseas e vômitos, tontura e dor^{12,26-28}. Segundo Batista S e Mendonça RAM¹⁸, o impacto no aspecto físico pode creditado tanto a reações fisiológicas triviais, como à redução das reações ao estresse, o que torna as reações imunologicamente mediadas mais equilibradas. Hulett JM *et al.*³² também evidenciou que as crenças espirituais e práticas religiosas associam-se à atividade neuroimune, o que também reforçou a credibilidade do cuidado espiritual, embora as evidências relacionadas ao domínio físico ainda não estejam completamente elucidadas^{25,32}.

Os participantes que participavam diretamente de comunidades e atividades religiosas obtiveram também melhores resultados no bem-estar social. Al-Natour A, Al Momani SM, Qandil AMA²⁸, por exemplo, citaram que a influência das doutrinas e ensinamentos religiosos colaboram para que as mulheres recebam um suporte social ainda maior, por meio de um tratamento pautado na gentileza, respeito e misericórdia. Os estudos também evidenciaram que os pacientes se queixavam frequentemente de problemas financeiros^{26,27}, os quais também podem ser atenuados a partir do suporte da comunidade religiosa que, de modo geral, apresenta a caridade como um dos seus princípios – o que pode ser validado por um estudo de 2012 que aborda o apoio de pacientes com doenças crônicas ou raras pela igreja²⁸.

É válido destacar, porém, que os indivíduos que não possuem ligação religiosa também se beneficiam do cuidado espiritual. Consoante Sun V *et al.*²⁵, por exemplo, tais pacientes manifestaram correlação significativamente positiva entre o bem-estar espiritual e harmonia consigo mesmo, o que reforça que a espiritualidade e os seus

efeitos benéficos podem coexistir ou não com uma crença religiosa, assim como declarado por Batista S e Mendonça RAM¹⁸ e Guerrero GP, 2011¹⁰.

O bem-estar espiritual também esteve associado ao *coping* positivo. Torabi F et al.¹² demonstraram que a prática da espiritualidade e religiosidade se relacionam à redução de estratégias de enfrentamento focadas na emoção – as quais, embora possam ser úteis no início, são prejudiciais a longo prazo, já que são caracterizadas por distanciamento do problema^{12,16,18}. Sendo assim, os pacientes com níveis elevados de saúde espiritual tendem a adotar um enfrentamento focado no problema, o que reforça a características positivas do *coping* religioso/espiritual evidenciadas por Panzini RG e Bandeira DR¹⁶.

No entanto, conforme explicado por Batista S e Mendonça RAM¹⁸, o *coping* religioso/espiritual também pode apresentar consequências negativas. Isso foi demonstrado por Polite BN et al.²⁹ que demonstraram uma associação entre as crenças religiosas e estágios de câncer mais tardios à apresentação diagnóstica²⁹. Tal achado decorre da terceirização do cuidado com a saúde e à isenção da autoresponsabilidade, reforçadas pela má interpretação de ideias como “Deus está no controle da minha saúde”^{18,29}. Além disso, quando a religiosidade ampara a substituição da terapêutica médica apropriada ou é instrumento para incitar culpa ou vergonha, o seu efeito sobre a saúde geral dos pacientes é prejudicial¹⁸.

Não obstante, de modo geral, os estudos evidenciaram uma profunda relação positiva entre cuidado e intervenção espirituais com os desfechos de qualidade de vida, bem-estar e estratégias de enfrentamento¹²⁻²⁹. Isso porque a prática da espiritualidade/religiosidade colabora, especialmente, para facilitar a dor e o sofrimento dos pacientes, principalmente se exercida de modo continuado^{12,28}. Porém, apesar de tal relevância, Sankhe A et al.²⁷ afirmam que, mesmo em países desenvolvidos, grande parte dos pacientes em paliativos não tem acesso aos cuidados espirituais, devido à falta de recursos e preparo adequado dos profissionais.

Como limitações desse estudo, pode-se citar a não avaliação da relação entre espiritualidade/religiosidade e o prognóstico ou sobrevida dos pacientes. A partir disso, a afirmação sobre os benefícios das práticas espirituais e religiosas sobre a qualidade de vida à longo prazo torna-se mais limitada, uma vez os artigos não

avaliam desfechos clínicos. Além disso, alguns estudos apresentaram qualidade metodológica regular, o que pode implicar em vieses em alguns achados.

7 CONCLUSÃO

A produção científica revisada no período compreendido por esse estudo demonstra que a espiritualidade e religiosidade têm uma influência predominantemente positiva sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer. Tal conclusão é evidenciada por correlações significativas entre saúde espiritual e melhoria do bem-estar e qualidade de vida, tanto a partir de domínios psicológicos e emocionais, quanto físicos. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais de saúde se dediquem a compreender e incluir esse aspecto tão significativo na abordagem integral do paciente com neoplasias malignas, de modo a oferecer uma assistência holística e efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996. O que é câncer? [2019]. Acesso em 15 de out. de 2020. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. ALMEIDA, Liz. Epidemiologia: Crescimento populacional, envelhecimento e exposição a fatores de risco fazem aumentar casos novos de câncer. Rede Câncer. Edição 45, p. 36-38. Março, 2020.
4. FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. Pensando fam., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.
5. RIVEST, Jacynthe. LEVENSON, Jon. Clinical features and diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer: Overview. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer-overview>.
6. ROY-BYRNE, Peter P. Management of psychiatric disorders in patients with câncer. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer>.
7. KOENIG, Harold G.; COHEN, Harvey Jay. The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. Oxford University Press, Inc. 2002.
8. Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug; 97(35):e11948.
9. Ferreira LF et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(2): e-07422, p.1-13.
10. Guerrero GP, et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 53-9.
11. S. A. Fornazari & R. E. R. Ferreira. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 265-272.
12. Torabi F, Rassouli M, Nourian M, Borumandnia N, Shirinabadi Farahani A, Nikseresht F. The Effect of Spiritual Care on Adolescents Coping With Cancer. *Holist Nurs Pract*. 2018 May/Jun;32(3):149-159.

13. SILVA, IBS et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(3): e-121122 1.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996. Cuidados paliativos [2020]. Acesso em 27 de nov. de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/39nikyC>.
16. Referência: Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 126-135, 2007.
17. A.C. BENITES et al. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 34(2), 269-279, abril - junho, 2017.
18. Batista, Sofia; Rodrigues dos Anjos Mendonça, Adriana. Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Revista Bioética*, vol. 20, núm. 1, 2012, pp. 175-188.
19. S. A. Fornazari & R. E. R. Ferreira. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 265-272.
20. De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(5):1260-266. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033>.
21. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):491-98.
22. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA, *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015;24(2):335-342.
23. National Institutes of Health/NIH. Study Quality Assessment Tools. Bethesda: National Institutes of Health, Department of Health and Human Services. 2020. Acesso em 14 de dez. de 2020. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
24. Miranda T.P.S., Caldeira S., de Oliveira H.F., Iunes D.H., Nogueira D.A., Chaves E.D.C.L., de Carvalho E.C. Intercessory prayer on spiritual distress, spiritual coping, anxiety, depression and salivary amylase in breast cancer patients during radiotherapy: Randomized clinical trial. *J. Relig. Health.* 2020;59:365–380. doi: 10.1007/s10943-019-00827-5.
25. Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, Ferrell B. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psychooncology.* 2016 Dec;25(12):1448-1455. doi: 10.1002/pon.3987. Epub 2015 Sep 16. PMID: 26374624; PMCID: PMC4794416.
26. Mohebbifar R, Pakpour AH, Nahvijou A, Sadeghi A. Relationship between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Cancer. *Asian Pac J Cancer*

- Prev. 2015;16(16):7321-6. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.16.7321. PMID: 26514531.
27. Sankhe A, Dalal K, Agarwal V, Sarve P. Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study. *J Relig Health*. 2017;56(2):725-731. doi:10.1007/s10943-016-0324-6.
 28. Al-Natour A, Al Momani SM, Qandil AMA. The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *J Relig Health*. 2017 Dec;56(6):2096-2108. doi: 10.1007/s10943-017-0370-8. PMID: 28168582.
 29. Polite BN, Cipriano-Steffens TM, Hlubocky FJ, Jean-Pierre P, Cheng Y, Brewer KC, Rauscher GH, Fitchett GA. Association of externalizing religious and spiritual beliefs on stage of colon cancer diagnosis among black and white multicenter urban patient populations. *Cancer*. 2018 Jun 15;124(12):2578-2587. doi: 10.1002/cncr.31351. Epub 2018 Mar 26. PMID: 29579340.
 30. Ripamonti CI, Giuntoli F, Gonella S, Miccinesi G. Spiritual care in cancer patients: a need or an option? *Curr Opin Oncol*. 2018 Jul;30(4):212-218. doi: 10.1097/CCO.0000000000000454. PMID: 29746283.
 31. Abu-Helalah MA, Alshraideh HA, Al-Hanaqta MM, et al (2014). Quality of life and psychological well-being of colorectal cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15, 7653-64.
 32. Hulett JM, Johnstone B, Armer JM, Deroche C, Millspaugh R, Millspaugh J. Associations between religious and spiritual variables and neuroimmune activity in survivors of breast cancer: a feasibility study. *Support Care Cancer*. 2021 Nov;29(11):6421-6429. doi: 10.1007/s00520-021-06224-7. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33890163.

ANEXOS

ANEXO A – PRISMA Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram

