

O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Autores: Isabella Fernandes Silva Fidelis¹; Flávia Maria Ribeiro Vital¹.

Filiação: (1) Afya Centro Universitário Itaperuna, Itaperuna, RJ, Brazil.

Autor **Correspondente:** Flávia Maria Ribeiro Vital
(flavia.vital@uniredentor.edu.br)

Conflito de Interesse: Os autores declaram não ter interesses concorrentes. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos que pudessem influenciar os resultados ou a interpretação deste trabalho.

Agradecimentos: Agradeço à Afya Centro Universitário Itaperuna pelo fomento à pesquisa e pela oportunidade de desenvolvimento acadêmico e científico. À minha orientadora, Prof.^a Flávia Vital, pela dedicação, paciência e valioso auxílio na estruturação da estratégia de busca, bem como por todo o apoio durante as etapas deste trabalho. Aos professores e colegas pelas contribuições e trocas de conhecimento que enriqueceram este estudo e tornaram a jornada mais significativa.

Resumo

Introdução: Pacientes oncológicos em cuidados paliativos enfrentam intenso sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Embora a espiritualidade seja um pilar deste cuidado, persiste a dúvida clínica sobre o impacto mensurável de intervenções focadas nela, dada a complexidade do tema e a escassez de sínteses de alto rigor. O objetivo desta revisão sistemática foi analisar a produção científica sobre a correlação entre intervenções espirituais e os desfechos clínicos em pacientes oncológicos paliativos.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática com busca nas bases Medline/PubMed, BVS e Cochrane. Os critérios de inclusão foram Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) que avaliaram intervenções espirituais em pacientes oncológicos adultos em cuidados paliativos. Os desfechos de interesse principal incluíram qualidade de vida (QoL), bem-estar espiritual e sintomas psicológicos. A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada pela ferramenta Cochrane RoB 2. **Resultados:** A busca identificou 545 registros, resultando na inclusão final de 3 ECRs (n=519 pacientes). As intervenções analisadas (Terapia da Dignidade, Terapia Espiritual, Psicoterapia Centrada no Sentido) demonstraram impacto positivo na qualidade de vida e no bem-estar espiritual. Observou-se também melhora em sintomas existenciais específicos, como redução da desesperança ($p=0,04$) e do desejo de apressar a morte ($p=0,04$). Contudo, o efeito não foi significativo em medidas globais de sofrimento psicológico. A avaliação da qualidade metodológica evidenciou fragilidades importantes, com os três estudos classificados como de “alto risco de viés”, principalmente em função da impossibilidade de cegamento em intervenções espirituais/psicoterapêuticas, do predomínio de desfechos subjetivos de auto-relato e, em dois estudos, de taxas elevadas de perdas relacionadas à piora clínica e óbito, o que reduz a confiança nos achados. **Conclusão:** Conclui-se que, embora as intervenções espirituais mostrem potencial para melhorar a QoL e aliviar sintomas existenciais específicos, a evidência atual é limitada por alto risco de viés. **Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Neoplasias; Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Oncological patients in palliative care face intense physical, psychosocial, and spiritual suffering. Although spirituality is a pillar of this care, clinical doubt persists regarding the measurable impact of interventions focused on it, given the topic's complexity and the scarcity of high-rigor syntheses. The objective of this systematic review was to analyze the scientific literature on the correlation between spiritual interventions and clinical outcomes in palliative oncological patients. **Methodology:** A systematic review was conducted with searches in the Medline/PubMed, BVS, and Cochrane databases. Inclusion criteria were Randomized Clinical Trials (RCTs) that evaluated spiritual interventions in adult oncological patients in palliative care. The primary outcomes of interest included quality of life (QoL), spiritual well-being, and psychological symptoms. The methodological quality of the studies included was assessed using the Cochrane RoB 2 tool. **Results:** The search identified 545 records, resulting in the final inclusion of 3 RCTs (n=519 patients). The analyzed interventions (Dignity Therapy, Spiritual Therapy, Meaning-Centered Psychotherapy) demonstrated a positive impact on quality of life and spiritual well-being. Improvements were also noted in specific existential symptoms, such as reduced hopelessness ($p=0.04$) and desire to hasten death ($p=0.04$). However, the effect was not significant on global measures of distress. The quality assessment revealed critical methodological weaknesses, with all three studies classified as "high risk of bias", mainly due to the impossibility of blinding in spiritual/psychotherapeutic interventions, the predominance of subjective self-reported outcomes and, in two studies, high attrition related to clinical deterioration and death, which diminishes confidence in the findings. **Conclusion:** It is concluded that while spiritual interventions show potential for improving QoL and alleviating specific existential symptoms, the current evidence is limited by a high risk of bias. The answer to the clinical question is that, at present, the results are promising but not robust enough for a strong clinical recommendation.

Keywords: Palliative Care; Spirituality; Neoplasms; Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença oncológica em estágio avançado representa uma grande mudança que impõe ao indivíduo e sua família uma jornada marcada, não apenas pelo sofrimento físico, mas também por profundas angústias psicossociais e existenciais. Neste cenário, os cuidados paliativos emergem como uma nova forma de cuidado que visa promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento em seus diferentes aspectos. Assim, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), estes cuidados se dedicam à identificação precoce e ao tratamento de problemas de natureza física, psicossocial e espiritual, sendo fundamental para pacientes que enfrentam enfermidades que ameaçam a continuidade da vida (OMS, 2020).

Essa abordagem multidimensional não é recente, ela iniciou com a obra da médica Cicely Saunders, pioneira dos cuidados paliativos modernos. Ao fundar o *St. Christopher's Hospice* na década de 1960, Cicely introduziu o conceito seminal de "dor total", servindo até hoje como o fundamento filosófico da prática paliativista. Ademais, postulou que o sofrimento do paciente terminal é um amálgama indissociável de dores de natureza física, psicológica, social e espiritual. Defendeu, também, que nenhuma dessas dimensões poderia ser negligenciada para que o cuidado fosse, de fato, efetivo e humano (Saunders, 1967).

O conceito atual de espiritualidade caracteriza-se por possuir diferentes definições entre estudiosos e instituições que refletem sobre o tema. Como resposta a essa divergência, a *European Association for Palliative Care* (EAPC) (2025) define espiritualidade como a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a forma como as pessoas, indivíduo e comunidade, experienciam, expressam e/ou buscam significado, propósito e transcendência, e a forma como se conectam com o momento, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o significativo e/ou o sagrado.

No contexto dos cuidados paliativos, a espiritualidade atua como um potente mecanismo de enfrentamento, tecnicamente denominado *coping* religioso/espiritual (CRE). As estratégias de CRE, como a oração, a meditação, a busca por perdão ou o apego a uma força superior, podem auxiliar na

modulação da percepção da dor, na diminuição de sintomas ansiosos e depressivos e no fortalecimento da esperança, não necessariamente a de cura, mas a de viver com dignidade, paz e sentido até o fim (Xu, 2016; D'alessandro *et al.*, 2023).

É igualmente fundamental, para a delimitação desta pesquisa, desmistificar a própria abordagem paliativa. Longe de ser uma prática restrita aos últimos dias de vida, a OMS a define formalmente como "uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes, adultos e crianças, e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais". O objetivo primordial desta abordagem é prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial ou espiritual. Portanto, a aplicação dos cuidados paliativos é ampla, sendo indicada para qualquer pessoa que enfrente sofrimento intenso decorrente de uma doença grave, não se restringindo apenas ao câncer, mas incluindo também condições cardiovasculares, neurológicas e renais crônicas, entre outras (Knaul *et al.*, 2018; OMS, 2020).

Longe de serem aplicados apenas nos últimos dias de vida, a recomendação é que os cuidados paliativos sejam iniciados o mais precocemente possível, desde o momento do diagnóstico, e oferecidos em conjunto com a terapia modificadora da doença (OMS, 2020). Essa abordagem ativa, realizada por equipe multiprofissional, visa afirmar a vida e compreender a morte como um processo natural, oferecendo um sistema de suporte focado na necessidade do paciente e de sua família para aliviar o sofrimento em todas as suas dimensões, física, psicológica, social e espiritual (Brasil, 2018).

A incorporação do conhecimento científico sobre espiritualidade na prática clínica em cuidados paliativos oncológicos representa um passo fundamental para a integralidade do cuidado. A eficácia de intervenções focadas na dimensão existencial já foi substanciada por evidências de alto rigor metodológico, que demonstram impacto direto em desfechos psicossociais e de qualidade de vida (Chochinov *et al.*, 2011; Breitbart *et al.*, 2018).

Um corpo robusto de pesquisa sobre a Terapia Centrada no Sentido revela que, ao auxiliar pacientes com câncer avançado a focarem em seu senso de propósito, a intervenção resulta em melhoras estatisticamente significativas na qualidade de vida e no bem-estar espiritual, mensurados pela escala FACIT-Sp. Além disso, os participantes randomizados para este grupo apresentaram reduções mais acentuadas em sintomas de ansiedade, depressão e no desejo de apressar a morte, quando comparados ao grupo controle que recebeu psicoterapia de apoio (Breitbart *et al.*, 2018).

Em uma linha de pesquisa complementar, a Terapia da Dignidade, uma intervenção focada na criação de um documento de legado, demonstrou em um ensaio clínico randomizado que, embora não alterasse desfechos de sofrimento global, foi superior ao cuidado padrão em métricas específicas e cruciais para o fim da vida. Pacientes submetidos à terapia relataram um aumento significativo no seu senso de dignidade, melhora na qualidade de vida, maior apreciação por parte de seus familiares e uma diminuição na sensação de serem um fardo (Chochinov *et al.*, 2011).

A existência de intervenções empiricamente validadas, com desfechos tão específicos e positivos, revela a complexidade e a variedade das abordagens. Tal cenário evidencia a necessidade de uma revisão sistemática que possa mapear, sintetizar e analisar criticamente o corpo de conhecimento disponível. Diante do exposto, o objetivo geral desta pesquisa é analisar a produção científica sobre a correlação entre espiritualidade e os desfechos dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática da literatura. A dúvida clínica que norteia esta revisão foi estruturada no formato PICO, sendo a pergunta norteadora: “Em pacientes adultos com câncer em cuidados paliativos, qual é o impacto da espiritualidade na qualidade de vida, controle de sintomas e bem-estar espiritual?”. A população (P) compreende pacientes oncológicos em cuidados paliativos; a intervenção (I) é a presença de espiritualidade; a comparação (C) envolve a ausência desses fatores ou de uma abordagem

espiritual; e os desfechos (O) incluem a melhora da qualidade de vida, o conforto emocional, o controle de sintomas e outros resultados clínicos relevantes.

2.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram definidos para focar exclusivamente em estudos de intervenção. Foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados (ECR) que avaliaram uma intervenção espiritual. O Estudo é composto por ECR cuja população seja pacientes adultos com diagnóstico de uma neoplasia maligna, não restringindo ao sistema, ao tipo histológico ou ao estágio da doença, e em cuidados paliativos. Como critérios analisados, foram considerados importantes para essa pesquisa ECR que analisassem desfechos como qualidade de vida, mensurada por instrumentos como o *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G), ou o bem-estar espiritual, avaliado pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12); conforto emocional ou o controle de sintomas físicos e psicológicos, utilizando escalas como a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ou o *Brief Pain Inventory* (BPI); enfrentamento do sofrimento, por meio de ferramentas como a *Brief RCOPE*, ou a aceitação da terminalidade, avaliada pela compreensão do prognóstico do paciente sobre a natureza incurável de sua doença; tempo de sobrevida em meses e a necessidade de internação, quando reportados, também serão considerados. Não foram considerados estudos que não retratassem a espiritualidade associada ao desfecho clínico e familiar.

2.2 Estratégia de busca

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Medline via PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e CENTRAL da Cochrane Library, utilizando termos específicos relacionados à temática do estudo. Foram utilizados descritores *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras livres para conceitos do problema, da intervenção e do desenho do estudo combinados por operadores booleanos, de forma a abranger todas as variantes terminológicas pertinentes.

A estratégia completa de busca foi realizada por meio dos seguintes termos: `((("Neoplasms"[Mesh] OR cancer[tiab] OR neoplasm*[tiab] OR malignancy[tiab] OR tumor*[tiab]) AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Hospice`

Care"[Mesh] OR *"Terminal Care"*[Mesh] OR *"palliative care"*[tiab] OR *hospice*[tiab] OR *"end of life care"*[tiab])) AND ((*"Spirituality"*[Mesh] OR *"Religion"*[Mesh] OR *"Spiritual Therapies"*[Mesh] OR *spiritualit**[tiab] OR *religio**[tiab] OR *faith*[tiab] OR *"spiritual care"*[tiab] OR *"spiritual well-being"*[tiab] OR *religious coping*[tiab])) AND ((*randomized controlled trial*[tiab] OR *controlled clinical trial*[tiab] OR *randomized*[tiab] OR *randomly*[tiab] OR *trial*[tiab] OR *groups*[tiab] OR *retrospective study*[tiab])).

A busca foi limitada a artigos publicados nos idiomas português e inglês. Foram excluídas publicações que apresentaram apenas o resumo em anais de congresso, pois não fornecem dados metodológicos e resultados detalhados suficientes para a extração e avaliação da qualidade. Além disso, não foram considerados artigos que não puderam ser encontrados de forma completa e gratuita.

2.3 Seleção dos estudos para inclusão

Os estudos identificados com a estratégia de busca foram exportados para a plataforma online Rayyan. O sistema foi utilizado para a identificação e remoção automática de duplicatas. A seguir, a fase de triagem de títulos e resumos foi conduzida de forma independente e cega por dois revisores. Cada revisor classificou os estudos como “incluir”, “excluir” ou “talvez incluir”, conforme os critérios de elegibilidade. As discordâncias entre os revisores foram resolvidas com a ajuda de um terceiro revisor até que houvesse consenso. Os artigos que obtiveram consenso para inclusão ou permaneceram como “talvez incluir” avançaram para a fase de leitura completa, na qual os dois revisores aplicaram novamente os critérios de elegibilidade para a decisão final.

Ao final, todo o processo de seleção foi documentado e apresentado por meio de um fluxograma PRISMA 2020, que detalha o número de estudos identificados, incluídos e excluídos em cada fase, explicitando os motivos das exclusões.

2.4 Extração e síntese dos dados

O processo de extração de dados foi conduzido por dois revisores de forma independente, utilizando um formulário padronizado elaborado no software Microsoft Excel® para garantir a consistência e a sistematicidade na

coleta das informações. Neste formulário, foram extraídas as seguintes variáveis de cada estudo incluído: autor, ano e país de publicação; desenho do estudo; características da população, tamanho da amostra, idade e sexo; detalhes da intervenção ou exposição espiritual; os desfechos de interesse; os instrumentos utilizados; e os resultados, com as respectivas medidas de efeito e níveis de significância estatística (valor de p).

Após a extração, os dados foram organizados em uma tabela resumo para apresentar as principais características dos estudos. A síntese dos resultados foi realizada por meio de uma análise narrativa, na qual os achados foram agrupados de acordo com cada desfecho de interesse, permitindo uma avaliação detalhada e comparativa das evidências.

2.5 Avaliação da qualidade dos estudos:

Para assegurar a validade e a confiabilidade das evidências incluídas nesta revisão, a qualidade metodológica de cada ensaio clínico randomizado foi avaliada de forma crítica e independente por dois revisores. Eventuais discordâncias no processo de avaliação foram resolvidas por consenso ou, quando necessário, com a mediação de um terceiro revisor.

A ferramenta empregada para esta análise foi a *Cochrane Risk of Bias 2* (RoB 2), que permite um exame sistemático do viés em cinco domínios essenciais: o processo de randomização, os desvios das intervenções pretendidas, os dados de desfecho faltantes, a mensuração dos resultados e o relato seletivo. Com base nesta análise, cada estudo recebeu uma classificação de risco de viés geral: "baixo", "algumas preocupações" ou "alto". Os resultados serão apresentados em gráficos gerados pelo software ROBVIS (Sterne *et al.*, 2019).

2.6 Estratégia para minimizar viés

Para minimizar a introdução de vieses nesta revisão sistemática, foram adotados múltiplos procedimentos metodológicos rigorosos em todas as suas fases. A pesquisa seguiu um protocolo predefinido, com critérios de elegibilidade claros e uma estratégia de busca sistemática e reprodutível.

A fim de reduzir o viés de seleção, o processo de triagem e inclusão dos estudos foi conduzido de forma cega e independente por dois revisores na

plataforma Rayyan, com as discordâncias resolvidas por consenso. O mesmo procedimento de revisão por pares foi aplicado na etapa de extração de dados, utilizando um formulário padronizado para garantir a acurácia e a objetividade das informações coletadas.

Adicionalmente, a qualidade metodológica de cada estudo incluído foi formalmente avaliada com a ferramenta Cochrane RoB 2. Os resultados desta avaliação foram considerados na síntese narrativa e na interpretação final dos achados, permitindo uma ponderação da força da evidência. Por fim, a condução e o relato da revisão seguiram as recomendações do PRISMA 2020 para garantir a transparência de todo o processo.

2.7 Plano de análise

A síntese dos achados desta revisão sistemática foi conduzida por meio de uma abordagem narrativa. Esta abordagem foi selecionada em detrimento de uma metanálise devido à acentuada heterogeneidade clínica e metodológica entre os estudos incluídos, estando a sua condução e relato alinhados às diretrizes do SWiM (*Synthesis Without Meta-analysis*).

As informações extraídas foram primeiramente tabuladas para uma análise comparativa sistemática das características dos estudos, intervenções e desfechos. Subsequentemente, os resultados foram agrupados por categorias de desfechos de interesse e analisados para identificar a consistência, a magnitude e a direção dos efeitos reportados. Finalmente, a interpretação da força e da confiança nas evidências foi continuamente informada pela avaliação do risco de viés de cada estudo (Cochrane RoB 2), sendo este um fator determinante na formulação das conclusões da revisão.

3. Resultados

O processo de seleção dos estudos, detalhado no fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1), identificou um total de 545 registros. Após a remoção de duplicatas e a triagem, 3 ensaios clínicos randomizados preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão.

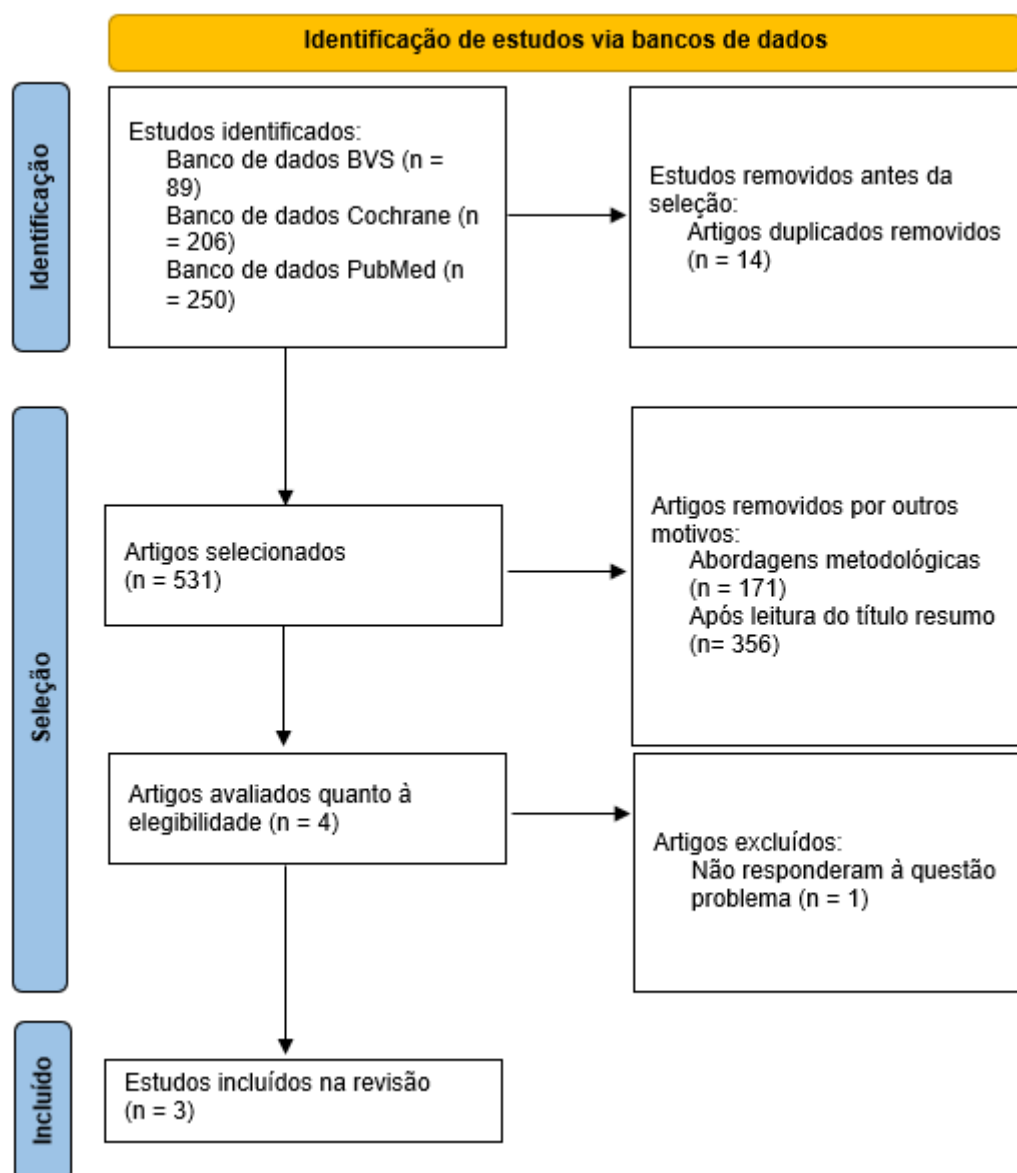


Figura 1: Fluxograma PRISMA (2020)

A busca da literatura foi realizada em 14 de setembro de 2025. O processo de seleção dos estudos, detalhado no fluxograma PRISMA 2020, resultou na inclusão final de 3 ensaios clínicos randomizados que preencheram todos os critérios de elegibilidade.

As características detalhadas dos estudos incluídos estão sintetizadas na tabela 1, no qual os ensaios somaram 519 pacientes e foram publicados entre 2011 e 2018.

Tabela1. Análise dos Estudos Selecionados (n=3)

Autor, Ano e País	População	Intervenção	Desfechos Mensurados	Instrumentos Utilizados	Resultados Principais (Efeito e Valor de p)
Chochinov, H. M. et al. (2011), Canadá e Austrália	326 pacientes em cuidados paliativos	GE: Terapia da Dignidade, uma psicoterapia breve focada em legado e sentido. GC: Cuidado centrado no cliente e cuidados paliativos padrão	Sofrimento (distress), Qualidade de Vida, bem-estar espiritual, ansiedade, depressão, senso de dignidade; Reduções em várias dimensões de sofrimento. Experiências de fim de vida autorrelatadas.	Distress Thermometer, HADS, MQOL, PDI, FACIT-Sp	A terapia melhorou significativamente a qualidade de vida ($p=0,0031$), o senso de dignidade ($p=0,0004$) e reduziu a desesperança ($p=0,04$), embora não tenha atingido o desfecho primário de redução do sofrimento geral.
Jafari, N. et al. (2013), Irã	60 mulheres com câncer de mama	Terapia espiritual em grupo (8 sessões) com base cognitivo-comportamental e adaptada ao contexto cultural islâmico. Grupo de controle que recebeu manejo de rotina e programas educacionais	Qualidade de Vida (QoL)	EORTC QLQ-C30	O grupo de intervenção apresentou melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida global e nas escalas funcionais (emocional, cognitiva e social) em comparação com o grupo controle ($p < 0,05$).
Breitbart, W. et al. (2018), EUA	133 pacientes com câncer avançado	Psicoterapia de Grupo Centrada no Sentido (MCGP) (8 sessões) e cuidados usuais aprimorados (EUC)	Bem-estar espiritual, Qualidade de Vida, depressão, ansiedade, desesperança	FACIT-Sp, FACT-G, HADS, Beck Hopelessness Scale	O grupo MCGP foi superior ao controle, com melhora significativa no bem-estar espiritual ($p=0,01$), na qualidade de vida ($p=0,03$) e redução da depressão ($p=0,05$) e do desejo de apressar a morte ($p=0,04$).

Legendas: GE (grupo experimental), GC (grupo controle), DT (Distress Thermometer), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), MQOL (McGill Quality of Life Questionnaire), PDI (Patient Dignity Inventory), FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being), EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30), FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy - General), Beck Hopelessness Scale

Artigo	D1	D2	D3	D4	D5	Risco Global
Chochinov <i>et al.</i> , 2011						
Jafari <i>et al.</i> , 2013						
Breitbart <i>et al.</i> , 2018						
Baixo Risco	Algumas Preocupações				Alto Risco	

Legenda: D1 (Randomisation process), D2 (Deviations from the intended interventions), D3 (Missing outcome data), D4 (Measurement of the outcome) e D5 (Selection of the reported result).

O risco de viés dos três ensaios clínicos randomizados incluídos foi avaliado pela ferramenta Cochrane RoB 2, contemplando os cinco domínios propostos (processo de randomização, desvios das intervenções pretendidas, dados de desfecho faltantes, mensuração do desfecho e seleção do resultado reportado). Em todos os casos, o julgamento global foi de alto risco de viés. A randomização foi considerada adequada e com boa homogeneidade basal entre os grupos (baixo risco no Domínio 1), exceto no estudo de Terapia Espiritual, em que a falta de descrição da ocultação da alocação gerou “algumas preocupações”.

O principal comprometimento metodológico foi comum aos três ensaios foi a impossibilidade de cegamento de participantes e terapeutas em intervenções espirituais/psicoterapêuticas, associada ao uso predominante de desfechos subjetivos de auto-relato, como qualidade de vida, bem-estar espiritual, sentido de vida e dignidade. Essa combinação levou à classificação de alto risco de viés por desvios da intervenção (Domínio 2) e por mensuração do desfecho (Domínio 4) em todos os estudos, pela forte influência de expectativas e efeito placebo. Nos ensaios com pacientes com câncer avançado ou terminal observaram-se ainda taxas elevadas de atrição relacionadas à piora clínica ou óbito (padrão MNAR, 26–45,5%), configurando alto risco de viés por dados faltantes (Domínio 3). No estudo de Terapia da Dignidade, identificou-se adicionalmente alto risco no Domínio 5, em função da ênfase em desfechos secundários favoráveis após a ausência de benefício nos desfechos primários.

Assim, embora os resultados apontem para efeitos potencialmente benéficos das intervenções espirituais e centradas em sentido, o alto risco de viés indica que essas evidências devem ser interpretadas com cautela, reconhecendo a possibilidade de superestimação dos benefícios e a necessidade de ensaios futuros com estratégias mais robustas de controle de viés.

3.1.1. Qualidade de vida (QoL)

A análise dos desfechos de QoL revelou um impacto positivo das intervenções espirituais, embora a natureza e a medição deste efeito tenham variado entre os estudos. O estudo de Jafari et al. (2013) reportou a melhoria mais direta, demonstrando um aumento estatisticamente significativo na pontuação média de QoL global para o grupo da Terapia Espiritual (de 44,37 [DP=18,31] para 68,63 [DP=15,63]), uma mudança não observada no grupo controle. De forma similar, a Psicoterapia Centrada no Sentido, no ensaio de Breitbart et al. (2018), produziu um efeito positivo e significativo na QoL quando comparada aos cuidados usuais, com um tamanho de efeito de magnitude pequena a moderada (d de Cohen = 0,34; IC 95%: 0,02 a 0,67). Por outro lado, o estudo de Chochinov *et al.* (2011) não encontrou um efeito significativo da Terapia da Dignidade no seu desfecho primário de QoL. No entanto, os desfechos secundários, que consistiam em um inquérito sobre as experiências de fim de vida autorrelatadas após a intervenção, revelaram um achado favorável: os pacientes que receberam a Terapia da Dignidade foram significativamente mais propensos do que os outros dois grupos a relatar que a intervenção "melhorou a sua qualidade de vida", com significância estatística de $p=0,001$. Os autores concluíram que esses benefícios autorrelatados no fim da vida apoiam a aplicação clínica da Terapia da Dignidade, apesar da ausência de mudança nos indicadores de sofrimento.

3.1.2. Bem-estar espiritual e os desfechos existenciais

As intervenções também impactaram positivamente o bem-estar espiritual e os desfechos existenciais. A Psicoterapia Centrada no Sentido (Breitbart *et al.*, 2018) demonstrou o efeito mais robusto neste domínio, com uma melhora moderada e significativa no bem-estar espiritual, medido pela FACIT-Sp (Effect

size = 0,45 [IC 95%: 0,11 a 0,79]). De forma complementar, a Terapia da Dignidade (Chochinov *et al.*, 2011) gerou um aumento acentuado no senso de dignidade dos pacientes ($p=0,0004$).

3.1.3. Sintomas Psicológicos e Existenciais

No que tange aos sintomas psicológicos, os resultados indicam um efeito benéfico em estados específicos. A Psicoterapia Centrada no Sentido (Breitbart *et al.*, 2018) associou-se a uma redução significativa da depressão (Effect size = -0,34) e do desejo de apressar a morte (Effect size = -0,37). A Terapia da Dignidade (Chochinov *et al.*, 2011), por sua vez, reduziu significativamente a desesperança ($p=0,04$), embora não tenha impactado o sofrimento geral.

Nesse sentido, em conjunto, os dados dos três ECR revelam um quadro heterogêneo, sem evidência de efeito robusto e consistente entre os estudos. No ensaio iraniano, de Jafari e colaboradores, com mulheres com câncer de mama em radioterapia, a terapia espiritual promoveu aumento significativo nos escores globais de qualidade de vida e em alguns domínios funcionais em comparação ao grupo controle, com impacto mais discreto sobre sintomas físicos e ausência de diferença em itens como dispneia, perda de apetite, constipação e diarreia. No estudo de Breitbart e colaboradores, em pacientes com câncer avançado, a IMCP mostrou-se superior ao cuidado usual em grande parte dos desfechos avaliados, com tamanhos de efeito pequenos a moderados para qualidade de vida, senso de significado, bem-estar espiritual, ansiedade e desejo de antecipar a morte, enquanto a psicoterapia de apoio não apresentou melhora significativa em relação ao cuidado usual.

Já no estudo multicêntrico de Terapia da Dignidade, envolvendo pacientes terminais, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos nos desfechos primários de sofrimento, depressão e ansiedade; entretanto, nas avaliações pós-estudo, os participantes que receberam a terapia relataram, com maior frequência que os demais, que a intervenção foi útil, satisfatória e favoreceu a dignidade e o bem-estar espiritual, quando comparada ao cuidado paliativo padrão e ao cuidado centrado no paciente. Tomados em conjunto, esses achados sugerem que, quando presentes, os efeitos benéficos tendem a se concentrar nas dimensões existenciais e espirituais autorrelatadas, porém de

forma não uniforme entre os estudos e com magnitude predominantemente pequena a moderada, o que impede afirmar um padrão de resposta consistente.

4. Discussão

A presente revisão sistemática sugere que as intervenções espirituais estruturadas demonstram potencial para beneficiar pacientes oncológicos em cuidados paliativos, embora esta conclusão deva ser interpretada com cautela devido a fragilidades metodológicas significativas nos estudos incluídos. A análise dos três ensaios clínicos randomizados revela um padrão de eficácia em desfechos específicos, mas não de forma homogênea. A terapia espiritual proposta por Jafari *et al.* (2013) mostrou os resultados mais abrangentes, com melhorias estatisticamente significativas em múltiplas dimensões da qualidade de vida, incluindo os domínios físico, emocional e social, quando comparada a um grupo controle. De forma semelhante, a psicoterapia centrada no sentido (IMCP) de Breitbart *et al.* (2018) foi superior aos cuidados usuais na melhoria da qualidade de vida, do bem-estar espiritual e na redução da ansiedade e do desejo de apressar a morte.

Contudo, é crucial notar as limitações destes achados. A eficácia da IMCP não foi superior à da psicoterapia de apoio, sugerindo que o benefício pode advir de fatores terapêuticos comuns. Além disso, a terapia da dignidade, no estudo de Chochinov *et al.* (2011), falhou em demonstrar impacto nos seus desfechos primários de sofrimento, como depressão e ansiedade, com os seus benefícios limitados à percepção subjetiva do paciente sobre a utilidade da intervenção.

Mais importante ainda, a confiança nestes resultados é diminuída pelo risco de viés identificado. Dois dos três estudos foram classificados com "alto risco de viés" geral. As principais preocupações metodológicas incluem elevadas e diferenciais taxas de perda de seguimento, a ausência de controlo de intervenções psicoterapêuticas concomitantes e a utilização de análises estatísticas que não corrigem adequadamente a confusão decorrente da não adesão ao tratamento.

Os três estudos indicam que as intervenções espirituais melhoraram consistentemente a qualidade de vida, embora através de mecanismos potencialmente distintos. Conforme detalhado, os estudos de Jafari *et al.* (2013) e Breitbart *et al.* (2018) mostraram um aumento direto nas pontuações de QoL, enquanto a Terapia da Dignidade de Chochinov *et al.* (2011) impactou a percepção do paciente sobre o benefício da terapia em sua qualidade de vida. Esta convergência de resultados permite supor que o mecanismo subjacente à melhora da QoL transcende o simples alívio de sintomas e reside no fortalecimento de recursos internos de resiliência existencial. As terapias analisadas parecem capacitar os pacientes a encontrarem valor e significado, mesmo diante da finitude. Este processo, conhecido na literatura como "ressignificação", é um pilar da adaptação psicológica a eventos de vida estressantes, como o diagnóstico de uma doença grave (Park, 2010).

As terapias analisadas fortaleceram de forma robusta o bem-estar espiritual e o senso de dignidade dos participantes. A melhora no bem-estar espiritual sugere seu papel como um provável mediador para outros benefícios observados, como a melhora na qualidade de vida. Bradshaw e colaboradores (2021) sustentam que esse ganho é um preditor direto da qualidade de vida em pacientes paliativos, pois ao fortalecer o senso de significado, a intervenção capacita o paciente a reavaliar sua situação, um processo de resignificação que, por sua vez, impacta sua percepção de QoL e sintomas depressivos (Folkman; Greer, 2000).

É interessante notar que, embora ambas as intervenções de Breitbart *et al.* (2018) e Chochinov *et al.* (2011) tenham abordado o sofrimento existencial, os seus maiores impactos foram em construtos diferentes, bem-estar espiritual vs. senso de dignidade, respectivamente. Isso pode indicar que, embora relacionadas, diferentes intervenções espirituais podem ter alvos primários distintos dentro do amplo espectro do sofrimento existencial. Os textos apoiam essa visão, diferenciando intervenções focadas em sentido (meaning-focused), como a de Breitbart, que buscam promover um senso de propósito, daquelas focadas em legado e dignidade (legacy-making), como a de Chochinov, que visam validar o valor da vida do indivíduo (Allen *et al.*, 2018).

A análise sobre sintomas psicológicos e existenciais revelou um ponto crucial, em vez de um impacto amplo na depressão geral, as intervenções foram mais eficazes na redução de sintomas específicos como desesperança, ansiedade e o desejo de apressar a morte. Nesse sentido, as intervenções pareceram mais eficazes em desfechos psicológicos e existenciais específicos do que em medidas globais de sofrimento. Isso é apoiado por Tedeschi e Calhoun (2004), que sugerem que o confronto com uma doença grave pode levar a uma reavaliação positiva da vida e a um aprofundamento do bem-estar espiritual, mesmo na ausência de uma melhora no sofrimento geral. Assim, o alvo primário dessas intervenções parece ser o fortalecimento de recursos internos específicos, e não a eliminação de sintomas de forma isolada, fornecendo ferramentas cognitivas e emocionais que permitam ao paciente ressignificar sua experiência de adoecimento.

A melhora no bem-estar espiritual sugere seu papel como um provável mediador para outros benefícios observados, como a melhora na qualidade de vida. Bradshaw e colaboradores (2021) sustenta que esse ganho é um preditor direto da qualidade de vida em pacientes paliativos, pois ao fortalecer o senso de significado, a intervenção capacita o paciente a reavaliar sua situação, um processo de "ressignificação" que, por sua vez, impacta sua percepção de QoL e sintomas depressivos (Folkman; Greer, 2000).

É interessante notar que, embora o estudo de Chochinov *et al.* (2011) também tenha utilizado a escala FACIT-Sp, o principal impacto da Terapia da Dignidade foi observado em outras construções existenciais, como o "senso de dignidade". Isso pode indicar que, embora relacionadas, diferentes intervenções espirituais podem ter alvos primários distintos dentro do amplo espectro do sofrimento existencial. A literatura apoia essa visão, diferenciando intervenções focadas em "sentido" (*meaning-focused*), como a de Breitbart, que buscam promover um senso de propósito, daquelas focadas em "legado" e "dignidade" (*legacy-making*), como a de Chochinov, que visam validar o valor da vida do indivíduo (Allen *et al.*, 2018).

Apesar dos resultados promissores, esta revisão possui limitações que devem ser reconhecidas. Primeiramente, o número de ensaios clínicos randomizados que preencheram os critérios de inclusão foi reduzido (n=3).

Embora estes estudos forneçam um sinal positivo, as suas conclusões são enfraquecidas por fragilidades metodológicas importantes que geram incerteza sobre a magnitude real dos efeitos observados. Isso reflete a necessidade urgente de mais pesquisas primárias de alta qualidade na área.

Em segundo lugar, a heterogeneidade clínica entre as intervenções, terapia individual vs. em grupo, diferentes bases teóricas, inviabilizou a realização de uma metanálise e exige cautela ao comparar os efeitos. Por fim, e mais crucialmente, a avaliação de risco de viés apontou problemas significativos: um estudo foi classificado com "algumas preocupações" e dois com "alto risco de viés". As principais fontes de viés não se limitaram apenas às altas taxas de atrito, um desafio metodológico conhecido na pesquisa com populações em cuidados paliativos, mas também incluíram a falta de controlo de intervenções psicoterapêuticas concomitantes e o uso de análises estatísticas que não corrigem adequadamente os desvios do protocolo.

Pesquisas futuras devem focar em comparar diretamente diferentes tipos de intervenções espirituais para determinar quais abordagens são mais eficazes para perfis específicos de pacientes, de acordo com o nível de religiosidade prévio ou o tipo de sofrimento espiritual. A avaliação de desfechos como o impacto no uso de recursos de saúde e a custo-efetividade dessas terapias também seria de grande valor para justificar sua implementação em larga escala nos sistemas de saúde.

Ao ampliar o olhar para além dos três ECR incluídos nesta revisão, a literatura aponta para um cenário bem menos uniforme e, em vários aspectos, contraditório em relação à ideia de um efeito claramente benéfico e consistente das dimensões religiosas/espirituais. Na revisão sistemática clássica de Thuné-Boyle e colaboradores (2006), que avaliou 17 estudos sobre *coping* religioso/espiritual em pacientes com câncer, apenas sete trabalhos encontraram algum benefício, três identificaram associações potencialmente prejudiciais e sete não demonstraram resultados significativos, além de apresentarem sérias limitações metodológicas e falhas no controle de fatores prognósticos importantes, o que impediu conclusões firmes sobre efeitos protetores ou danosos da religiosidade/espiritualidade no curso da doença.

Revisões posteriores de *coping* religioso/espiritual em oncologia mantiveram esse padrão de resultados, com formas positivas de coping associadas a melhor ajustamento, mas formas negativas se relacionando a um maior sofrimento, maiores taxas de depressão e uma piora na qualidade de vida, reforçando que o impacto espiritual não é necessariamente benéfico e depende do tipo de enfrentamento adotado (Lavery & O’Hea, 2009; Esmaeili *et al.*, 2015).

Mesmo quando se analisam intervenções estruturadas, os resultados permanecem heterogêneos: a metanálise de Oh e Kim (2014) encontrou efeitos pequenos a moderados de intervenções espirituais sobre desfechos espirituais e psicológicos, porém com alta heterogeneidade, amostras reduzidas e qualidade metodológica frequentemente baixa. Em outro estudo semelhante, Wang e colaboradores (2017), ao sintetizar ensaios de terapia de revisão de vida, com abordagem semelhante à terapia da dignidade, em câncer avançado, concluem que a eficácia dessas intervenções permanece inconclusiva, apesar de alguns efeitos estatisticamente significativos em bem-estar espiritual, sofrimento e qualidade de vida.

Em domínios mais objetivos, como dor oncológica, a revisão de Hindmarch e colaboradores apontou que a maior parte das intervenções espirituais apresenta pouco ou nenhum benefício sobre a intensidade da dor, com evidência classificada como de baixa qualidade, enquanto sínteses mais recentes sobre espiritualidade em cuidados paliativos salientam a presença de efeitos positivos em alguns desfechos, mas com grande variação nos tamanhos de efeito, forte heterogeneidade e persistência de vieses metodológicos importantes (Hindmarch, T. *et al*, 2022; Austin, *et al.*, 2025)

Em conjunto, essas revisões sugerem que, longe de um padrão consistente de benefício, a evidência internacional sobre espiritualidade, *coping* religioso e intervenções espirituais em oncologia é fragmentada, heterogênea e metodologicamente frágil, exigindo interpretação cautelosa e evitando generalizações otimistas sobre um suposto efeito uniforme e robusto dessas abordagens. Portanto, futuros ensaios clínicos, com desenhos metodológicos mais robustos, são necessários para confirmar estes resultados promissores e estabelecer com maior confiança o papel das intervenções espirituais nos cuidados paliativos oncológicos.

6. Conclusão

A evidência analisada nesta revisão sistemática sugere que intervenções espirituais estruturadas, como a Terapia da Dignidade, a Terapia Espiritual e a Psicoterapia Centrada no Sentido, oferecem potenciais benefícios para pacientes oncológicos em cuidados paliativos, indicando um impacto positivo na melhora da qualidade de vida, no fortalecimento do bem-estar espiritual e no alívio de sintomas existenciais específicos, como a desesperança e o desejo de apressar a morte. Contudo, esta conclusão deve ser considerada com extrema cautela, pois a força desta evidência é substancialmente limitada pela baixa qualidade metodológica dos estudos incluídos. Portanto, embora os resultados sejam promissores e apoiem a relevância do cuidado espiritual, não é possível, com base na evidência atual, fazer uma recomendação forte para a implementação generalizada destas terapias; os profissionais de saúde podem considerá-las ferramentas valiosas no cuidado holístico, mas reconhecendo que a base de evidências, embora positiva, ainda não é robusta. A principal implicação para a pesquisa é a necessidade urgente de ensaios clínicos randomizados metodologicamente rigorosos, com estratégias claras para minimizar perdas de seguimento e controlar co-intervenções, a fim de confirmar a eficácia e estabelecer o verdadeiro papel destas intervenções no alívio do sofrimento no fim da vida.

7. Referências

- ALLEN, Rebecca S. et al. Legacy-making as a feature of meaning-making in palliative care. *In*: CHERNY, Nathan I. et al. (org.). **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2018. p. 950-955.
- AUSTIN, P. D. *et al.* Efficacy of spiritual interventions in palliative care: an umbrella review of systematic reviews. *Palliative Medicine*, v. 39, n. 1, p. 70-85, 2025.
- BRADSHAW, Amy; LIPSCOMB, Jane; MISHRA, Sandeep. Spiritual well-being and quality of life in palliative care: A systematic review. **Palliative & Supportive Care**, v. 19, n. 4, p. 484-498, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2018.
- BREITBART, W., *et al.* Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. **Psycho-Oncology**, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- CHOCHINOV, H. M., et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. **The Lancet Oncology**, v. 12, n. 8, p. 753-762, 2011.
- D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares et al. (org.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês: Ministério da Saúde, 2023. 424 p. ISBN: 978-65-85051-59-0.
- ESMAEILI, R., et al. Exploring the religious and spiritual coping experience of cases via cancer: a qualitative research. **J Med Life**, v. 8, supl. 3, p. 222-228, 2015.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. **Spiritual Care**. Disponível em: <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>.
- HINDMARCH, T. *et al.* Spiritual interventions for cancer pain: a systematic review and narrative synthesis. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2022.
- FOLKMAN, Susan; GREER, Steven. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. **Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer**, v. 9, n. 1, p. 11-19, 2000.
- KNAUL, F. M. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 391, n. 10128, p. 1391-1454, 2018.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

LAVERY, M. E.; O'HEA, E. L. Religious/spiritual coping and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions. ***Mental Health, Religion & Culture***, v. 13, n. 1, p. 55-65, 2009.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Espiritualidade, religiosidade e saúde. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Stress e qualidade de vida em medicina: da teoria à prática**. São Paulo: Contexto, 2014. p. 221-236.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

PARK, Crystal L. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. ***Psychological bulletin***, v. 136, n. 2, p. 257, 2010.

OH, P. J.; KIM, S. H. The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis. ***Oncology Nursing Forum***, v. 41, n. 5, p. E290-E301, 2014.

SAUNDERS, C. M. **The management of terminal illness**. London: Hospital Medicine Publications, 1967.

STERNE, Jonathan A. C. et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. ***BMJ***, London, v. 366, art. l4898, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>.

TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. ***Psychological Inquiry***, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2004.

THUNÉ-BOYLE, I. C. V. et al. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? **A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine***, v. 63, n. 1, p. 151-164, 2006.

WANG, C.-W.; CHOW, A. Y. M.; CHAN, C. L. W. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. ***Palliative Medicine***, v. 31, n. 10, p. 883-894, 2017.

XU, J. Pargament's theory of religious coping: Implications for spiritually sensitive social work practice. ***British Journal of Social Work***, 46(5), 1394–1410. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv080>