

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS

ANA BRÍGIDA DE OLIVEIRA NEMEZIO

KARLA ROBERTA PEREIRA BRAYNER

MARIA EDUARDA PEREIRA BRAYNER

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

GARANHUNS – PE

2025

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS

ANA BRÍGIDA DE OLIVEIRA NEMEZIO

KARLA ROBERTA PEREIRA BRAYNER

MARIA EDUARDA PEREIRA BRAYNER

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns (Afya Garanhuns), como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Linha de pesquisa: Estudos em manejo clínico de agravos à saúde.

Orientador(a): Amanda Maria Santiago de Mello.

Coorientador(a): Amanda de Noronha Xavier

GARANHUNS – PE

2025

Catálogo na fonte: Biblioteca Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns- Afya Garanhuns

N433e NEMEZIO, Ana Brígida de Oliveira

Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão sistemática / Ana Brígida de Oliveira Nemezio; Karla Roberta Pereira Brayner; Maria Eduarda Pereira Brayner. – Garanhuns/PE, 2025.

42f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns- Afya Garanhuns.

Orientação: Prof^ª. Amanda Maria Santiago de Mello.

Coorientação: Prof^ª. Amanda de Noronha Xavier.

1. Cuidados paliativos. 2. Qualidade de vida. 3. Espiritualidade. I. Mello, Amanda Maria Santiago. II. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns III. Título.

CDU: 616-039.75

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Maria Jessica Freire da Silva CRB-4/2212

ANA BRÍGIDA DE OLIVEIRA NEMEZIO

KARLA ROBERTA PEREIRA BRAYNER

MARIA EDUARDA PEREIRA BRAYNER

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns (Afya
Garanhuns), como requisito obrigatório para obtenção do
título de Bacharel em Medicina.

Aprovado em 26 de maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Amanda Maria Santiago de Mello

Prof.(a). (Orientador)

Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns (Afya Garanhuns)

Cleide dos Santos Batista

Prof.(a). (CONVIDADO)

Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns (Afya Garanhuns)

Pedro Henrique de Azevedo Alves

Prof.(a). (CONVIDADO)

RESUMO

O estudo realizou uma revisão sistemática da literatura sobre a influência da espiritualidade na qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. Estratégia de pesquisa: a busca ocorreu nas bases de dados PubMed, Lilacs e Cochrane library utilizando uma combinação dos descritores “cuidados paliativos”, “qualidade de vida” e “espiritualidade” e seus correspondentes em inglês, aplicando operadores booleanos. A seleção rigorosa das diretrizes PRISMA, incluindo critérios de elegibilidade e avaliação da qualidade dos estudos. Resultados: dos 64 artigos encontrados, 9 foram selecionados. Os estudos analisados apontaram que a espiritualidade exerce um papel significativo no bem-estar e na adaptação dos pacientes, podendo reduzir sintomas de ansiedade, depressão e dor, além de fortalecer os vínculos entre pacientes, familiares e equipe de saúde. Conclusão: A espiritualidade é um componente essencial nos cuidados paliativos, impactando positivamente a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, ainda há lacunas na formação profissional e na implementação de abordagens que contemplam a espiritualidade de maneira estruturada. São necessários mais estudos para aprofundar essa relação e melhorar a assistência paliativa de forma holística e humanizada.

Palavras-chave: cuidados paliativos; qualidade de vida; espiritualidade.

ABSTRACT

The study carried out a systematic review of the literature on the influence of spirituality on the quality of life of patients in palliative care. Search strategy: the search was carried out in the PubMed, Lilacs and Cochrane library databases using a combination of the descriptors “palliative care”, “quality of life” and “spirituality” and their corresponding terms in English, applying Boolean operators. The rigorous selection of the PRISMA guidelines, including eligibility criteria and quality assessment of the studies, was performed. Results: of the 64 articles found, 9 were selected. The studies analyzed indicated that spirituality plays a significant role in the well-being and adaptation of patients, and can reduce symptoms of anxiety, depression and pain, in addition to strengthening the bonds between patients, family members and the health team. Conclusion: Spirituality is an essential component of palliative care, positively impacting the quality of life of patients. However, there are still gaps in professional training and in the implementation of approaches that address the spirituality in a structured manner. Further studies are needed to deepen this relationship and improve palliative care in a holistic and humanized way.

Keywords: palliative care; quality of life; spirituality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos	13
4 ARTIGO: ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	14
5 CONCLUSÃO	24
6 REFERÊNCIAS	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A	33
APÊNDICE B	34
APÊNDICE C	35
APÊNDICE D	36
APÊNDICE E	37
ANEXO	42

1 INTRODUÇÃO

No contexto atual da saúde, os cuidados paliativos (CP) surgem como uma resposta para as necessidades complexas de pacientes que lidam com doenças graves e potencialmente fatais. São oferecidos em qualquer estágio da doença e podem ser integrados aos tratamentos terapêuticos (National Institute for health and care Excellence - NICE, 2019).

Com o avanço da medicina e o aumento da expectativa de vida com condições crônicas, como câncer, doenças cardíacas, doenças neurológicas e demência. A abordagem dos CP se destaca por possibilitar o gerenciamento de sintomas físicos, emocionais e espirituais do paciente, com efeito positivo sobre sua qualidade de vida (QV) (Organização Mundial da Saúde, 2020).

A QV é um conceito complexo interpretado e definido de diversas maneiras dentro e entre diversas disciplinas. É notório que os problemas identificados na avaliação da QV através do autorrelato dos pacientes podem resultar em modificações e melhorias no tratamento e nos cuidados, ou revelar que certas terapias oferecem benefícios limitados. A avaliação da QV também é útil para identificar questões que podem impactar os pacientes, como, por exemplo, a dor crônica em todas as suas dimensões (Haraldstad *et al.*, 2019).

De acordo com Cicely Saunders, a pioneira dos CP modernos, o conceito de Dor Total identifica o sofrimento multidimensional do paciente, ao afirmar que esta supera as sensações físicas e compreende a integralidade do indivíduo em seu contexto social, ao considerar suas reflexões espirituais e suas emoções. Desde então, a espiritualidade tem sido valorizada e incorporada à prática dos CP (Castro *et al.*, 2021).

No cenário dos cuidados em saúde, é válido fazer uma distinção entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade. Enquanto a religião é definida como um sistema de convicção e práticas de uma determinada comunidade, fundamentada em rituais e valores específicos, a espiritualidade transcende essas estruturas, e pode ou não estar associada à prática religiosa. Ela é compreendida como a busca por significado na vida, e a exploração de dimensões que vão além da experiência humana tangível (Arrieira *et al.*, 2018).

Dessa forma, é possível que a espiritualidade desempenhe um papel significativo no enfrentamento da doença pelos pacientes. No entanto, essa dimensão ainda é frequentemente negligenciada pelos profissionais de saúde, em parte devido à falta de capacitações sobre ferramentas que podem ser utilizadas pelo paciente, e também por dificuldade individual em considerar sua própria espiritualidade e em lidar com o outro. Assim, a promoção de uma abordagem mais abrangente e sensível à espiritualidade no contexto da saúde é uma necessidade latente para a sociedade atual. Para isto é crucial que mais pesquisas sobre este tema sejam realizadas, além da capacitação profissional e aplicação deste conhecimento (Evangelista, 2016).

As pesquisas apontam que profissionais que atuam nos CP, embora reconheçam a importância da dimensão espiritual no atendimento aos pacientes, sentem-se despreparados para lidar com ela. Os estudos apontam barreiras na prática profissional que precisam ser superadas para proporcionar um cuidado integral, e recomendam a inclusão da espiritualidade nos currículos dos cursos de saúde. A falta de abordagem do tema durante a formação profissional é apontada como um obstáculo significativo para atender à demanda espiritual dos pacientes. Os cursos de formação frequentemente não preparam os profissionais para desenvolver as competências para integrar a espiritualidade no cuidado. Essa falta de formação é uma das principais barreiras para o cuidado espiritual, resultando em insegurança, falta de treinamento e dificuldades na implementação dessa dimensão pelos profissionais de saúde (Oliveira, 2021).

Portanto, realizar uma revisão sistemática sobre a espiritualidade e a QV em pacientes em CP é crucial para consolidar o conhecimento, identificar lacunas de pesquisa e promover base para um tratamento holístico baseado em evidências científicas. Este estudo busca fornecer uma base sólida para práticas que integram a espiritualidade em CP, beneficiando pacientes e familiares. Espera-se que os resultados contribuam para a orientação de profissionais de saúde na oferta de cuidados mais completos e humanizados; para a melhor formulação de políticas de saúde; e por fim para a melhoria da vida das pessoas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade de vida

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV é a percepção individual de inserção na sociedade, considerando cultura, valores, metas e inquietações pessoais. Abrange bem-estar espiritual, físico, mental, emocional e social, incluindo vínculos familiares e amizades, além de saúde, educação, moradia, higiene e outros aspectos da existência (Campos, 2015).

A QV é estudada, em determinadas condições, através da lente da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que considera a avaliação subjetiva da saúde e seu impacto na vida. Essas avaliações desempenham um papel crucial na formulação de políticas de saúde e na definição de estratégias terapêuticas. Estudos apontam que diversos fatores, como aspectos socioecológicos, sistemas de saúde, variáveis médicas e psicológicas, bem como o apoio social e as interações com profissionais de saúde, exercem uma influência significativa no QVRS (Freire, 2018).

No contexto da saúde, a avaliação da QV está intrinsecamente ligada aos impactos das doenças e terapias. Porém, esta avaliação enfrenta desafios importantes, uma vez que é uma construção subjetiva e abstrata. A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) reflete a complexidade da vida, sendo um conceito multifacetado que engloba a interação entre o ambiente e os aspectos físico-psicológicos, a independência, as relações sociais e as conversas individuais. Apesar dessa complexidade, três elementos fundamentais permeiam todas as concepções: subjetividade, multidimensionalidade e dualidade (Meneguín, 2018).

Como já citado anteriormente, a QV é única para cada pessoa e depende de diversos fatores, como contexto cultural, valores pessoais e princípios. Os CP registram essa complexidade e buscam não apenas oferecer conforto físico, mas também apoio emocional e espiritual, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Eles se baseiam no respeito à dignidade e autonomia do paciente, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas e que ele possa ser cuidado em sua totalidade, com atenção a todas as dimensões do cuidado (Moraes, 2016).

2.2 Dimensões do cuidado

A compreensão da necessidade de abordar o ser humano de forma individual e como um ser completo impulsionou uma evolução na concepção de saúde, que passou a ir além da visão tradicional centrada apenas na doença e na cura — típica do modelo biomédico, focado exclusivamente nos aspectos físicos. Em contrapartida, surge uma abordagem mais integrativa, representada pelo modelo biopsicossocial, que busca contemplar o indivíduo em sua totalidade, considerando não apenas a dimensão biológica, mas também as esferas psicológica, social e espiritual. Essa abordagem mais ampla está sendo preconizada pelas diretrizes dos CP, refletindo um entendimento mais completo e inclusivo da saúde (Evangelista, 2016).

Além disso, é fundamental destacar que a abordagem interprofissional e multidimensional dos CP possibilita uma visão abrangente para o fornecimento de assistência integral. Isso melhora significativamente a QV do paciente e da família. Entender o paciente como um todo, exige uma abordagem de toda a equipe dos centros de saúde, proporcionando conforto ao paciente por meio do conjunto de habilidades e conhecimentos de cada membro da equipe (Paraizo, 2022).

Além disso, está implícito que a integração da dimensão do cuidado com a ética e os CP implica ouvir o ser humano em sua totalidade, oferecendo-lhe a oportunidade de expressar sobre sua experiência, história, escolhas e decisões. Esse processo envolve construir narrativas sobre o sentido e o significado da vida, permite entender a completude do ser, e é a partir da escuta que a compreensão do sofrimento se torna possível (Coelho *et al.*, 2015).

Logo, é essencial que a saúde seja oferecida a partir de uma visão holística e compassiva dos pacientes e de seus familiares, abrangendo o bem-estar físico, emocional, espiritual, cultural e social. Integrando essas dimensões, os profissionais de saúde oferecem um suporte mais completo e eficaz, aliviando o sofrimento físico e promovendo uma melhor QV e um final de vida digno, principalmente para aqueles com doenças ameaçadoras da vida. Este tipo de olhar para o cuidado pode ser transformador, resultando em crescimento e ressignificação para pacientes em situações desafiadoras e angustiantes (Puchalski *et al.*, 2020).

2.3 Cuidados paliativos

O CP é definido como uma abordagem que visa melhorar a QV de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, sociais, emocionais e espirituais. Os CP estão

incluídos claramente no direito humano à saúde. Deve ser fornecido por meio de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa que presta atenção especial às necessidades e preferências individuais (Organização Mundial de Saúde, 2020).

A abordagem do CP está consistentemente associada a diversos benefícios e melhorias, incluindo melhor planejamento prévio de cuidados, aumento da QV, redução de sintomas desconfortáveis, maior satisfação dos pacientes e de seus cuidadores, e menor uso dos recursos do sistema de saúde (Kavalieratos *et al.* 2016).

A morte é abordada pelo CP como parte do curso natural da vida do paciente, enfatizando o entendimento de que ela deve ocorrer no tempo certo da evolução da doença, sem que seja apressada ou retardada. O CP busca proporcionar um atendimento adequado e digno aos pacientes, independentemente da possibilidade de cura, entendendo que o tratamento deve ter como foco o paciente, a família, suas necessidades e o adequado apoio no enfrentamento da doença (Gomes; Othero, 2016, Elmescany; Barros, 2015).

Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto corresponde a “uma experiência imediata de ser fortalecida por ter as necessidades de colapso, tranquilidade e transcendências atendidas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental” (Castro, 2021). Nesse sentido, a simples ausência de dor já não pode ser o objetivo do apoio ao enfrentamento do adoecimento. Os aspectos psicológicos e espirituais devem ser incorporados ao cuidado, auxiliando no alívio das angústias emocionais e relacionais do paciente, familiares e cuidadores diante do processo de morrer (Rego; Nunes, 2016).

2.4. Integralidade da espiritualidade nos cuidados paliativos

A definição de espiritualidade possui um conceito abrangente que inclui o sentido da existência, envolve experiências que englobam conexões e busca de paz interior, independentemente de ter alguma filiação religiosa. A espiritualidade humana não está diretamente ligada à religião, mas sim a uma aproximação ao sagrado ou ao transcendente através de uma busca pessoal pela compreensão das questões da vida. A incorporação do conceito de espiritualidade e a atribuição de significados a ele podem auxiliar os profissionais a criarem uma nova realidade na prática dos CP, que, naturalmente, farão desenvolver sensibilidade e empatia no cuidador, independentemente dos resultados do tratamento (Oliveira, 2021).

A espiritualidade tem um papel significativo no bem-estar e na adaptação dos pacientes em CP, afetando sua percepção de significado, propósito e esperança durante o enfrentamento de doenças crônicas ou ambientais fatais. Sob essa ótica, é comum que os pacientes busquem na espiritualidade uma fonte de conforto e esperança para lidar com suas enfermidades, atenuando o sofrimento e encontrando significado durante o processo de tratamento (Puchalski *et al.*, 2021).

Pesquisas sugerem que pessoas que cultivam uma vida espiritual têm uma melhor saúde mental e física. Isto pode ser atribuído a uma variedade de fatores, incluindo uma maior sensação de propósito e significado na vida, a capacidade de enfrentar desafios com mais resiliência e a tendência a buscar relacionamentos e experiências que nutrem o espírito (Mendes *et al.*, 2023). Além disso, esse suporte espiritual não beneficia apenas os pacientes, mas também suas famílias, ajudando-as a lidar com a dor ou a aceitar a finitude do processo (Evangalista, 2016).

A espiritualidade influencia o ser humano em sua forma de agir, pensar, se comportar (Evangalista, 2016). Segundo o psiquiatra Viktor Frankl, a espiritualidade é derivada da espécie humana; no entanto, inúmeras vezes esse sentido necessita ser resgatado, e a proximidade com situações ameaçadoras servem de estímulo a essa busca (Arrieira, 2018).

A coleta da história espiritual e a avaliação das necessidades específicas são o ponto de partida fundamental para o profissional que oferece CP ao paciente (Massey *et al.*, 2015). Os pacientes expressaram a necessidade de serem vistos e compreendidos em sua totalidade como seres humanos, não apenas como portadores de doenças isoladas (Arrieira *et al.*, 2018). Abordar integralmente as necessidades dos pacientes e cuidadores significa ir além do modelo biomédico tradicional nos serviços de saúde (Appleby *et al.*, 2018).

No entanto, diversos obstáculos podem surgir na prestação de cuidado espiritual: desde uma subvalorização de sua importância, até dificuldades práticas em fornecê-lo, como a falta de habilidade e confiança para iniciar conversas nesse domínio ou na lida com pacientes agnósticos ou ateus (Van de Geer *et al.*, 2017). Apesar disso, o descompasso entre as religiões do paciente e do prestador de cuidados, ou até mesmo questões como a disponibilidade de tempo necessário para oferecer suporte não devem ser impedimentos (Best *et al.*, 2020).

A valorização interna da espiritualidade como um recurso fundamental tem se destacado como um apoio crucial para os pacientes enfrentarem as adversidades e superarem as partes

mais desafiadoras dos problemas de saúde, especialmente em situações nas quais a cura não é possível. Este papel benéfico da espiritualidade nos CP transcende fronteiras religiosas e verdadeiramente individuais (Benites, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência da espiritualidade sobre a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais instrumentos ou métodos de intervenção na espiritualidade e da avaliação da qualidade de vida foram utilizados nos estudos selecionados.
- Avaliar a qualidade dos estudos para garantir a confiabilidade dos resultados.
- Apresentar conclusões sobre as tendências atuais em relação às abordagens espirituais ou maneiras de melhor integrar a espiritualidade nos cuidados paliativos.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

Título: ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Autoria: ANA BRÍGIDA DE OLIVEIRA NEMEZIO, KARLA ROBERTA PEREIRA BRAYNER, MARIA EDUARDA PEREIRA BRAYNER.

Orientadora: AMANDA MARIA SANTIAGO DE MELLO.

Coorientadora: AMANDA DE NORONHA XAVIER.

Resumo: O estudo realizou uma revisão sistemática da literatura sobre a influência da espiritualidade na qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos. Estratégia de pesquisa: a busca ocorreu nas bases de dados PubMed, Lilacs e Cochrane library utilizando uma combinação dos descritores “cuidados paliativos”, “qualidade de vida” e “espiritualidade” e seus correspondentes em inglês, aplicando operadores booleanos. A seleção rigorosa das diretrizes PRISMA, incluindo critérios de elegibilidade e avaliação da qualidade dos estudos. Resultados: dos 64 artigos encontrados, 9 foram selecionados. Os estudos analisados apontaram que a espiritualidade exerce um papel significativo no bem-estar e na adaptação dos pacientes, podendo reduzir sintomas de ansiedade, depressão e dor, além de fortalecer os vínculos entre pacientes, familiares e equipe de saúde. Conclusão: A espiritualidade é um componente essencial nos cuidados paliativos, impactando positivamente a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, ainda há lacunas na formação profissional e na implementação de abordagens que contemplam a espiritualidade de maneira estruturada. São necessários mais estudos para aprofundar essa relação e melhorar a assistência paliativa de forma holística e humanizada.

Palavras-chave: cuidados paliativos; qualidade de vida; espiritualidade.

Abstract: The study carried out a systematic review of the literature on the influence of spirituality on the quality of life of patients in palliative care. Search strategy: the search was carried out in the PubMed, Lilacs and Cochrane library databases using a combination of the descriptors “palliative care”, “quality of life” and “spirituality” and their corresponding terms in English, applying Boolean operators. The rigorous selection of the PRISMA guidelines, including eligibility criteria and quality assessment of the studies, was performed. Results: of the 64 articles found, 9 were selected. The studies analyzed indicated that spirituality plays a significant role in the well-being and adaptation of patients, and can reduce symptoms of anxiety, depression and pain, in addition to strengthening the bonds between patients, family members and the health team. Conclusion: Spirituality is an essential component of palliative care, positively impacting the quality of life of patients. However, there are still gaps in professional training and in the implementation of approaches that address the spirituality in a structured manner. Further studies are needed to deepen this relationship and improve palliative care in a holistic and humanized way.

Keywords: palliative care; quality of life; spirituality.

INTRODUÇÃO

No cenário atual da saúde, os cuidados paliativos (CP) têm se consolidado como abordagem essencial para pacientes que enfrentam doenças graves e ameaçadoras à vida, possibilitando alívio de sintomas físicos, emocionais e espirituais, com impacto positivo na qualidade de vida (QV) (1, 2).

A QV é um conceito multifatorial, compreendendo o bem-estar físico, emocional, social e espiritual do indivíduo. Sua avaliação permite intervenções mais humanizadas e eficazes,

principalmente em contextos de sofrimento crônico ou terminal (3). Entre os domínios que compõem a QV, a espiritualidade se destaca por representar a busca de sentido e propósito diante da finitude. Desde a concepção de "dor total" por Cicely Saunders, a dimensão espiritual vem sendo incorporada como parte do cuidado integral (4).

É importante distinguir espiritualidade de religiosidade: enquanto esta se refere a sistemas organizados de crença, a espiritualidade envolve questões existenciais, valores e conexões que podem, ou não, ter base religiosa (5). No entanto, apesar de seu reconhecimento teórico, a espiritualidade ainda é negligenciada na prática clínica, em parte pela ausência de formação adequada dos profissionais da saúde (6, 7).

Frente a esse cenário, emergem questionamentos relevantes sobre como integrar a espiritualidade aos CP de forma eficaz e baseada em evidências. Esta revisão sistemática tem como objetivo avaliar a influência da espiritualidade na QV de pacientes em cuidados paliativos, consolidando evidências disponíveis e contribuindo para a qualificação da assistência oferecida, com base em um modelo de cuidado centrado na pessoa.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão, baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), registrada na PROSPERO sob o número de protocolo CRD420250654901. Para a descrição do manuscrito este trabalho utilizou o *check-list* e o fluxograma do PRISMA. As etapas de seleção e avaliação do risco de viés dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores e as discordâncias foram resolvidas por um terceiro pesquisador.

A elaboração da pergunta do trabalho que se destina a realizar a avaliação de melhoria de estudos deve se basear pela estratégia PICOS, acrônimo em inglês para P (população), I

(intervenção), C (comparação), O (resultado/ desenvolvimento) e S (estudo/tipo de estudo) (8). Sendo assim, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: Como a espiritualidade influencia a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, e de que maneira essa influência pode ser otimizada para fornecer uma assistência mais holística e eficaz?

As bases de dados utilizadas foram: Pubmed, Lilacs e Cochrane library. A estratégia de busca foi adaptada para cada base de dados, a partir da combinação de descritores e o operador booleano AND. Os descritores utilizados podem ser visualizados no quadro 1 e constam na lista dos Descritores em Ciências da Saúde, disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>) e no *Medical Subject Headings – Mesh*, disponível na US National Library of Medicine (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

Os descritores utilizados estão apresentados no Quadro 1.

A busca dos artigos foi realizada no dia 28 de fevereiro de 2025, foi guiada pelos descritores e seus correspondentes na língua inglesa, sem limites de período nem idiomas, com o intuito de identificar o maior número de artigos. Na Pubmed, a chave de busca foi: *((quality of life[MeSH Terms]) AND (care, palliative[MeSH Terms])) AND (spirituality[MeSH Terms])*. Na Lilacs a chave foi: [Descritor de assunto] *and* (cuidados paliativos) [Descritor de assunto] *and* (qualidade de vida) [Descritor de assunto] *and* (espiritualidade). Na Cochrane library, foi utilizado: *(KEY (palliative care) AND KEY (quality of life) AND KEY (spirituality))*.

Critérios de seleção

A seleção dos artigos foi realizada em duas etapas: leitura de resumos e leitura de artigo completo. Foi realizada a leitura dos 64 resumos encontrados para adequar os critérios de inclusão e exclusão; a leitura foi realizada por dois leitores de forma independente e reunião de consenso com um terceiro leitor foi realizada.

Para elegibilidade dos artigos, foram utilizados critérios de inclusão: ensaios clínicos randomizados e não randomizados, que analisaram a influência da espiritualidade sobre a QV de pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida. Os critérios de exclusão adotados nos artigos foram: artigos que não abordassem diretamente a espiritualidade e os CP, que não estivessem disponíveis na íntegra e os que não utilizassem instrumentos validados para avaliação da qualidade de vida.

Os artigos foram submetidos à ferramenta Rayyan (*Intelligent Systematic Review*) para triagem. Nesse processo, os títulos e resumos foram examinados, e os estudos que se destacaram foram selecionados para a leitura completa. Os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão foram descartados, e as razões para sua exclusão foram as seguintes: não abordarem diretamente a temática de espiritualidade e qualidade de vida, artigos repetidos, estudos piloto, teses, revisão de escopo, estudo transversal, abordarem públicos distintos, como profissionais de saúde e cuidadores.

As etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos estão representadas no Fluxograma 1, conforme recomendações do PRISMA 2020.

Os dados foram extraídos através de protocolo elaborado pelos pesquisadores, que incluiu as seguintes informações dos artigos, como: autor(es), título, ano da publicação, idioma, local do estudo (país), objetivo do estudo, população do estudo, desenho do estudo, período do estudo, tamanho amostral, intervenções utilizadas, resultados observados, dados estatísticos e conclusão dos autores. Também foi utilizado a ferramenta de risco geral de viés segundo o RoB 2.0 para estudos clínicos randomizados e ROBINS-I para estudos clínicos não randomizados.

RESULTADOS

Foram identificados 64 artigos: PubMed (16), Lilacs (1) e Cochrane Library (47). Após triagem por título e resumo, 55 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios: temática irrelevante, duplicações, estudos piloto, revisão de escopo, teses e amostras compostas por cuidadores ou profissionais. Nove artigos foram selecionados para análise completa.

As etapas de seleção, extração e avaliação do risco de viés dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores e as discordâncias foram resolvidas por um terceiro pesquisador. Os dados extraídos foram: autor(es), título, ano da publicação, idioma, local do estudo (país), objetivo do estudo, população do estudo, desenho do estudo, período do estudo, tamanho amostral, sintomas abordados, intervenções utilizadas, resultados observados, dados estatísticos e conclusão dos autores.

Com os dados extraídos foi realizada a análise do risco de viés dos artigos, por meio da ferramenta *Risk of Bias* (RoB) 2.0 para estudos clínicos randomizados em: Baixo risco de viés (B), Moderado risco de viés (M); Risco sério de viés (sério); Risco crítico de viés (crítico); (NI) não há informação; (AP) algumas preocupações; (Alto) alto risco de viés e (N/A) não se aplica. Para estudos clínicos não randomizados foi utilizado o *The Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions* (ROBINS – I), utilizando os mesmos intervalos de classificação do risco de viés confiança descritos no ROB.

A ferramenta RoB 2.0, conforme recomendada pelo *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (9), considera cinco domínios centrais para julgamento do risco de viés: 1- viés decorrente do processo de randomização, 2- viés devido a desvios das intervenções pretendidas, 3- viés relacionado à ausência de dados de desfecho, 4- viés na mensuração do desfecho e 5 - viés na seleção dos resultados relatados. A avaliação em cada domínio é realizada com base em questões sinalizadoras, que orientam o revisor quanto à existência de falhas metodológicas que possam comprometer a validade dos achados. Cada domínio é classificado

como de baixo risco, com algumas preocupações ou alto risco de viés. O julgamento do risco de viés global é considerado alto sempre que ao menos um domínio for avaliado como de alto risco, independentemente dos demais. Dois revisores independentes conduziram a extração dos dados e as avaliações de risco de viés, sendo as divergências solucionadas por consenso ou por um terceiro avaliador.

Para os estudos de intervenção não randomizados, aplicou-se a ferramenta ROBINS-I, proposta por Sterne (10), a qual possibilita uma avaliação estruturada do risco de viés em estudos que não adotaram alocação aleatória dos participantes. Essa abordagem contempla sete domínios: dois relacionados ao período pré-intervenção (viés por confusão e viés na seleção dos participantes), um referente à classificação da intervenção, e quatro domínios relacionados ao período pós-intervenção (viés por desvios da intervenção pretendida, viés por dados ausentes, viés na mensuração do desfecho e viés no relato seletivo dos resultados). O risco de viés global é classificado como baixo quando todos os domínios são avaliados como de baixo risco; moderado quando todos são classificados como baixo ou moderado; sério quando há pelo menos um domínio com risco sério, desde que nenhum seja crítico; crítico quando ao menos um domínio é considerado de risco crítico; ou sem informação, quando os dados disponíveis são insuficientes para o julgamento adequado.

O risco de viés dos estudos randomizados incluídos está apresentado no Quadro 2.

E o risco de viés dos estudos clínicos não randomizados é mostrado no Quadro 3.

Para os artigos utilizados nesta revisão, foi elaborado um quadro de extração de dados contendo os principais pontos dos estudos selecionados, conforme apresentado no Quadro 4.

A avaliação metodológica revelou que três estudos randomizados apresentaram baixo risco de viés. A maioria foi classificada com algumas preocupações, e um estudo com alto risco. O único estudo não randomizado apresentou alto risco de viés (ROBINS-I).

Os instrumentos mais utilizados para avaliação da QV incluíram o EORTC QLQ-C30, FACIT-Sp-12, MQOL-R, WHOQOL-BREF, SF-36, FACT-G e POS. Intervenções como mindfulness, musicoterapia, suporte espiritual estruturado, aconselhamento e capacitação profissional foram analisadas.

Dentre os estudos, 55,5% indicaram melhora significativa da QV após intervenção espiritual; os demais apresentaram resultados variados. Houve destaque para efeitos positivos entre pacientes com câncer avançado. Não foram relatados efeitos adversos significativos.

A heterogeneidade metodológica dos estudos limita análises estatísticas integradas, favorecendo uma leitura qualitativa dos resultados. A descrição detalhada das intervenções e instrumentos utilizados encontra-se nos quadros do corpo do texto e no material suplementar.

DISCUSSÃO

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar a influência da espiritualidade sobre a QV dos pacientes em CP. Esta revisão sistemática evidenciou que a espiritualidade exerce influência na QV de pacientes em CP, com destaque para os efeitos positivos em aspectos emocionais, psicológicos, existenciais e físicos (11,12,13,14).

Dentre os estudos com resultados positivos, destacam-se os que utilizaram intervenções breves e direcionadas, como práticas de *Mindfulness*. evidenciaram que cinco minutos de atenção plena (*Mindfulness* do amor) foram suficientes para reduzir sofrimento e aumentar o bem-estar espiritual, com impacto direto na QV dos pacientes. Essas abordagens rápidas, de

baixo custo e fácil implementação apontam para um caminho promissor na prática clínica, especialmente em ambientes com recursos limitados ou sobrecarga de demanda (12).

Outro exemplo relevante é o estudo de Warth (14), cujo estudo demonstrou que a musicoterapia biográfica (*"Song of Life"*) promoveu integração psicoespiritual e redução do sofrimento momentâneo, sendo altamente valorizada por pacientes e familiares. O uso de música como ponte entre a biografia do paciente e sua experiência espiritual reforça o papel das artes como ferramentas terapêuticas.

Ferrell e colaboradores (11) corroboraram esses achados ao descrever a associação entre espiritualidade, menor sofrimento psicológico e maior QV, independentemente da religiosidade formal. Este dado amplia o escopo da discussão ao reconhecer que mesmo pacientes que não professam uma religião específica podem se beneficiar de práticas que promovam sentido, conexão e esperança. No estudo de Sabet (13) os benefícios foram também físicos: a espiritualidade mostrou impacto na redução de dor, náusea e vômito em mulheres com câncer de cólon. Esses achados reforçam o conceito de que o cuidado espiritual pode se traduzir em melhora sintomática, refletindo diretamente na experiência subjetiva de bem-estar.

Apesar dos achados positivos, algumas limitações metodológicas devem ser consideradas na interpretação dos resultados dos estudos. Por exemplo, no estudo conduzido por Kruizinga e colegas (15) a intervenção aplicada foi breve, composta por apenas duas sessões de uma hora, o que pode ter sido insuficiente para promover mudanças significativas na percepção de significado de vida dos pacientes. A perda de seguimento de aproximadamente 20% dos participantes, sobretudo devido à progressão da doença ou óbito, pode ter impactado o poder estatístico do estudo. Adicionalmente, o fato de o estudo ter sido conduzido exclusivamente na Holanda limita a generalização dos achados para contextos culturais

diferentes. A influência de variáveis clínicas não controladas, como a evolução do câncer e sintomas físicos, também pode ter mascarado eventuais efeitos da intervenção.

Ademais, dois estudos avaliados como alto risco de viés final, pela ferramenta ROBINS-I (16) e RoB 2.0 (17) foram excluídos da análise interpretativa principal e incluídos apenas neste parágrafo, por apresentarem fragilidades metodológicas que comprometeram a validade de seus achados.

No que se refere ao contexto prático, muitos profissionais de saúde ainda relatam dificuldades em abordar a espiritualidade de forma adequada. Essa barreira, frequentemente associada à falta de formação, reforça a necessidade de inclusão do tema nos currículos da área da saúde, conforme sugerido por alguns dos artigos analisados (11,16). O estudo de Ichihara e seus colaboradores (16), por exemplo, demonstrou que o cuidado espiritual de enfermagem estruturado pode reduzir significativamente a dor espiritual em pacientes terminais de câncer, desde que os profissionais estejam devidamente capacitados.

Apesar desses desafios, os achados da presente revisão confirmam que, quando bem aplicadas, as estratégias espirituais podem atuar como facilitadoras do processo de enfrentamento, proporcionando conforto, resignificação e senso de continuidade (11,17,19). O suporte espiritual, quando oferecido de forma sensível e individualizada, contribui para o bem-estar dos pacientes e para o preparo emocional dos familiares e cuidadores, favorecendo inclusive o luto saudável.

Embora os benefícios sejam evidentes, permanece o desafio de integrar a espiritualidade de forma sistemática nas instituições de saúde. Muitos hospitais ainda não contam com profissionais capacitados ou não oferecem suporte institucional para práticas de cuidado espiritual. Além disso, a espiritualidade é, por natureza, subjetiva, e seu manejo exige

sensibilidade, escuta empática e ausência de julgamentos — habilidades que nem sempre são ensinadas na formação tradicional dos profissionais da saúde (11, 16, 20).

Para além das limitações metodológicas dos estudos, há também uma questão cultural relevante. A maioria das pesquisas analisadas foi conduzida em países asiáticos ou ocidentais, com contextos socioculturais distintos. A maneira como a espiritualidade é vivenciada pode variar amplamente de acordo com os valores, crenças e práticas locais. Dessa forma, há uma lacuna na literatura brasileira sobre intervenções espiritualizadas culturalmente adaptadas à nossa realidade, o que sugere uma área fértil para novas investigações (11, 12).

É imprescindível, portanto, que políticas públicas e protocolos assistenciais reconheçam a espiritualidade como uma dimensão legítima do cuidado. Isso envolve desde a capacitação dos profissionais até a inserção de ferramentas de avaliação espiritual na rotina clínica, como o uso de instrumentos simples, mas eficazes, como a escala FICA (Fé e Crença; Importância; Comunidade; Abordagem no cuidado) (18). Além disso, o fortalecimento de redes de apoio, a integração com a assistência social e a atuação conjunta com profissionais da psicologia e capelania também são estratégias que podem facilitar essa integração (11,16).

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão sugerem que intervenções espirituais podem ser uma adição valiosa aos CP e de apoio psicológico, promovendo o bem-estar global dos pacientes. A espiritualidade exerce influência significativa e multifacetada sobre a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, promovendo benefícios emocionais, psicológicos, existenciais e até físicos. Intervenções breves e de baixo custo, como *Mindfulness* e musicoterapia, mostraram-se eficazes e viáveis na prática clínica, especialmente em contextos de recursos limitados.

Contudo, limitações metodológicas e culturais dos estudos analisados indicam a necessidade de mais pesquisas com amostras maiores e metodologias mais robustas para fortalecer as evidências sobre sua eficácia e segurança, e particularmente adaptadas à realidade brasileira.

Além disso, constata-se que a espiritualidade, quando respeitada em sua pluralidade e aplicada com ética, representa uma poderosa aliada na promoção de QV nos CP. Não se trata apenas de oferecer conforto religioso, mas de acolher o ser humano em sua totalidade, escutando seus medos, crenças, desejos e esperanças. Ao reconhecer a espiritualidade como dimensão central do cuidado, os serviços de saúde caminham rumo a uma prática mais humanizada e compassiva.

Ademais, a literatura aponta que os benefícios da espiritualidade não se restringem ao momento terminal. Em muitos casos, os efeitos positivos das intervenções espirituais se estendem ao longo do processo de adoecimento, influenciando a forma como o paciente lida com hospitalizações, recaídas, tratamentos agressivos e perda de autonomia. O fortalecimento da dimensão espiritual pode favorecer um senso de continuidade, aceitação e propósito que repercute em todo o ciclo do cuidado.

Nesse sentido, torna-se essencial que as equipes multiprofissionais reconheçam a espiritualidade como um recurso terapêutico transversal, não limitado ao campo da psicologia ou da capelania hospitalar. A transversalidade da espiritualidade exige diálogo entre saberes, respeito à diversidade cultural e religiosa, e sobretudo disposição para a escuta. A atenção centrada na pessoa pressupõe acolher todas as suas dimensões — inclusive as que não podem ser mensuradas objetivamente, como o sentido de vida e a fé.

Por fim, destaca-se a importância do desenvolvimento de protocolos de pesquisa que considerem os aspectos subjetivos e simbólicos das práticas espirituais. A ciência tende a

privilegiar dados quantitativos e replicáveis, o que muitas vezes não contempla a complexidade das experiências espirituais. Métodos qualitativos, como entrevistas em profundidade, histórias de vida e grupos focais, devem ser valorizados para capturar as nuances do impacto da espiritualidade sobre o sofrimento humano.

Diante de todas essas reflexões, esta revisão reforça que espiritualidade e QV são dimensões indissociáveis no contexto dos CP. A integração da espiritualidade à prática clínica não é apenas uma recomendação ética ou humanitária, mas uma necessidade concreta diante do sofrimento multifacetado dos pacientes em fase final de vida. Desse modo, promover cuidados mais compassivos e espiritualmente sensíveis não é apenas possível, mas urgente. Assim, espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento de uma prática mais ética, humana e integral na saúde.

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cuidados de fim de vida para adultos: prestação de serviços. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>. Acesso em: 16 out. 2019.
2. Organização Mundial de Saúde. Cuidados paliativos. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 2020.
3. Haraldstad K, Wahl AK, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019 Oct;28(10):2641–50.
4. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e2019-0146. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117694>.
5. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Dalri RCMB. Espiritualidade em cuidados paliativos: experiências de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03392.
6. Evangelista CB, Lopes MEL, Lima RAG, Dias RS, Moreira DA, Melo DG. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2016 Jun;69(3):591–601.
7. Oliveira LAF, Oliveira AL, Ferreira MA. Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2021;25:e20200351.
8. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:579.
9. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2019.
10. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ.* 2016;355:i4919.
11. Ferrell B, Otis-Green S, Sharma RK, Smith T, Gelman S, Ballas L, et al. Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. *Psychooncology.* 2020 Jun;29(6):1077–83.
12. Lim MA, Suarez MJ, Paraiso-Horvath CMS, Dalmacio LMR, Henson JMC, Henson MB. The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized controlled study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2021 Sep;30(5):e13456.
13. Sabet P, Jafari N, Besharat MA, Ghahari S, Hosseini F. Effect of spirituality-based palliative care on pain, nausea, vomiting, and the quality of life in women with colon cancer: A clinical trial in southern Iran. *J Relig Health.* 2023;62(3):1985–97.

14. Warth M, Kessler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ, Trautwein U. “Song of Life”: Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliat Med.* 2021 Jun;35(6):1126–36.
15. Kruizinga R, Hartog ID, Jacobs M, Scherer-Rath M, Schrijver J, Passchier J, et al. An assisted structured reflection on life events and life goals in advanced cancer patients: Outcomes of a randomized controlled trial (Life InSight Application (LISA) study). *Palliat Med.* 2018 Dec 5;33(2):221–31.
16. Ichihara K, Teraoka A, Hirai K, Yamaguchi T, Kishi E, Hoshino K. Nursing care for spiritual pain in terminal cancer patients: A non-randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2024;67(2):126–37.
17. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Warmenhoven F, Lemmens G, Coene L, et al. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med.* 2016 Apr;30(4):338–50.
18. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Implementando esforços de melhoria da qualidade em cuidados espirituais: resultados do currículo de educação em cuidados espirituais interprofissionais. *J Health Care Chaplain.* 2021 Aug 15; 1–12.
19. Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo G, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. Addressing patient emotional and existential needs during serious illness: Results of the outlook randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2017 Dec;54(6):898–908.
20. Yang GM, Koh YT, Lee KM. Effect of a spiritual care training program for staff on patient outcomes. *Palliat Support Care.* 2017 Aug;15(4):434–43.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu uma reflexão profunda sobre a relação entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes em cuidados paliativos. Através da revisão sistemática, foi possível perceber o quanto a dimensão espiritual pode ser significativa nesse contexto, contribuindo para o alívio do sofrimento, fortalecimento emocional e até mesmo para o enfrentamento do processo de finitude com mais serenidade.

O objetivo proposto foi alcançado, pois a pesquisa evidenciou que, quando acolhida de forma respeitosa e integrada aos cuidados prestados, a espiritualidade pode atuar como um recurso terapêutico complementar, oferecendo suporte não apenas ao paciente, mas também à sua família. Ainda que nem todos os estudos abordem esse aspecto com a mesma profundidade, há uma tendência crescente de valorização desse tema no campo da saúde.

Durante o desenvolvimento do trabalho, algumas limitações foram observadas, como a escassez de produções nacionais mais recentes e a heterogeneidade dos métodos nos estudos analisados. No entanto, esses desafios também indicam a necessidade de mais pesquisas voltadas a essa temática, especialmente com enfoque interdisciplinar.

Conclui-se que integrar a espiritualidade aos cuidados paliativos não se trata de uma questão meramente religiosa, mas sim de reconhecer o ser humano em sua totalidade — corpo, mente e espírito. Espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento dessa abordagem no meio acadêmico e profissional, e incentive futuras investigações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- APPLEBY, A. et al. GPs e cuidados espirituais: inscritos ou com alma? Uma análise quantitativa da compreensão e aplicação do conceito de espiritualidade pelos formadores de GP. *Education for Primary Care: A Publication of the Course Organisers National Association of GP Tutors and the World Organisation of Family Doctors*, v. 29, n. 4, p. 367–375, 2018.
- ARRIEIRA, I. C. DE O. et al. Espiritualidade em cuidados paliativos: experiências de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018.
- BENITES, AC; NEME, CMB; SANTOS, MA DOS. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 2, pág. 269–279, jun. 2017.
- BEST, M. et al . Um white paper da EAPC sobre educação multidisciplinar para cuidados espirituais em cuidados paliativos. *BMC palliative care* , v. 19, n. 1, 15 jan. 2020.
- CAMPOS, ACV; FERREIRA, EF E; VARGAS, AMD Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, pág. 2221–2237, jul. 2015.
- CASTRO, M. C. F. de; FULY, P. dos S. C.; SANTOS, M. L. S. C. dos; CHAGAS, M. C. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.42, 2021.
Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/117694>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- COELHO, ME DE M.; FERREIRA, AC Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, v. 2, pág. 340–348, atrás. 2015.
- ELMESCANY, É. de N. M.; BARROS, M. L. P. Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos. *Revista do NUFEN*, v. 7, n. 2, p. 1–24, 1 dez. 2015.
- EVANGELISTA, C. B. et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 3, p. 591–601, jun. 2016.
- FERRELL, Betty et al. Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. *Psycho-Oncology*, v. 29, n. 6, p. 1077–1083, 6 abr. 2020.
- FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, p. e5420016, 2018.
- GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 88, p. 155–166, dez. 2016.

HARALDSTAD, K. et al. Uma revisão sistemática da pesquisa sobre qualidade de vida em medicina e ciências da saúde. *Quality of Life Research*, v. 28, n. 10, p. 2641–2650, 11 jun. 2019.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2019.

ICHIHARA, K. et al. Nursing care for spiritual pain in terminal cancer patients: A non-randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 67, n. 2, p. 126–137, 2024.

KAVALIERATOS, D. et al. Associação entre cuidados paliativos e resultados de pacientes e cuidadores. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 316, n. 20, p. 2104, 22 nov. 2016.

KRUIZINGA, R. et al. An assisted structured reflection on life events and life goals in advanced cancer patients: Outcomes of a randomized controlled trial (Life InSight Application (LISA) study). *Palliative Medicine*, v. 33, n. 2, p. 221–231, 5 dez. 2018.

LIM, M. A. et al. The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, v. 30, n. 5, p. e13456, 2021.

MASSEY, K. et al. O que eu faço? Desenvolvendo uma taxonomia de atividades e intervenções de capelania para cuidados espirituais em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. *BMC Palliative Care*, v. 14, n. 1, 15 abr. 2015.

MENDES, B. V. et al. Bem-estar espiritual, sintomas e desempenho de pacientes em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 2, p. e20220007, 2023.

MENEGUÍM, S.; MATOS, T. D. de S.; FERREIRA, M. de L. da S. M. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 4, p. 1998–2004, 2018.

METHLEY AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:579.

MORAIS, Sílvia Regina de et al. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Dor: Pesquisa, Clínica e Terapia*, v. 17, n. 2, 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Visão geral | Cuidados de fim de vida para adultos: prestação de serviços | Orientação | NICE*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>. Acesso em: 16 out. 2019.

OLIVEIRA, Luan André Fernandes de; OLIVEIRA, Ana de Lourdes; FERREIRA, Marina de Andrade. Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 25, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados paliativos*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 2020.

PARAIZO-HORVATH, Cristina Maria Sanches et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3547–3557, 2022.

PUCHALSKI, Christina M.; VITILLO, Robert; HULL, Sharon K.; RELLER, Nancy. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 6, p. 792-804, 2020.

PUCHALSKI, Christina et al. Implementando esforços de melhoria da qualidade em cuidados espirituais: resultados do currículo de educação em cuidados espirituais interprofissionais. *Journal of Health Care Chaplaincy*, p. 1–12, 15 ago. 2021.

REGO, Francisco; NUNES, Rui. A interface entre psicologia e espiritualidade em cuidados paliativos. *Journal of Health Psychology*, v. 24, n. 3, p. 279–287, 2016.

SABET, Parvin et al. Effect of spirituality-based palliative care on pain, nausea, vomiting, and the quality of life in women with colon cancer: A clinical trial in southern Iran. *Journal of Religion and Health*, v. 62, n. 3, p. 1985–1997, 2023.

STERNE, Jonathan A. et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *The BMJ (British Medical Journal)*, v. 355, p. i4919, 2016.

STEINHAUSER, Karen E. et al. Addressing patient emotional and existential needs during serious illness: Results of the outlook randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n. 6, p. 898–908, 2017.

VAN DE GEER, Josette et al. O treinamento da equipe hospitalar sobre cuidados espirituais em cuidados paliativos influencia os resultados relatados pelos pacientes: Resultados de um estudo quase experimental. *Palliative Medicine*, v. 31, n. 8, p. 743–753, 2017.

VERMANDERE, Marie et al. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, v. 30, n. 4, p. 338–350, 2016.

WARTH, Martin et al. “Song of Life”: Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliative Medicine*, v. 35, n. 6, p. 1126–1136, 2021.

YANG, Gek Ming et al. Effect of a spiritual care training program for staff on patient outcomes. *Palliative & Supportive Care*, v. 15, n. 4, p. 434–443, 2017.

APÊNDICE A

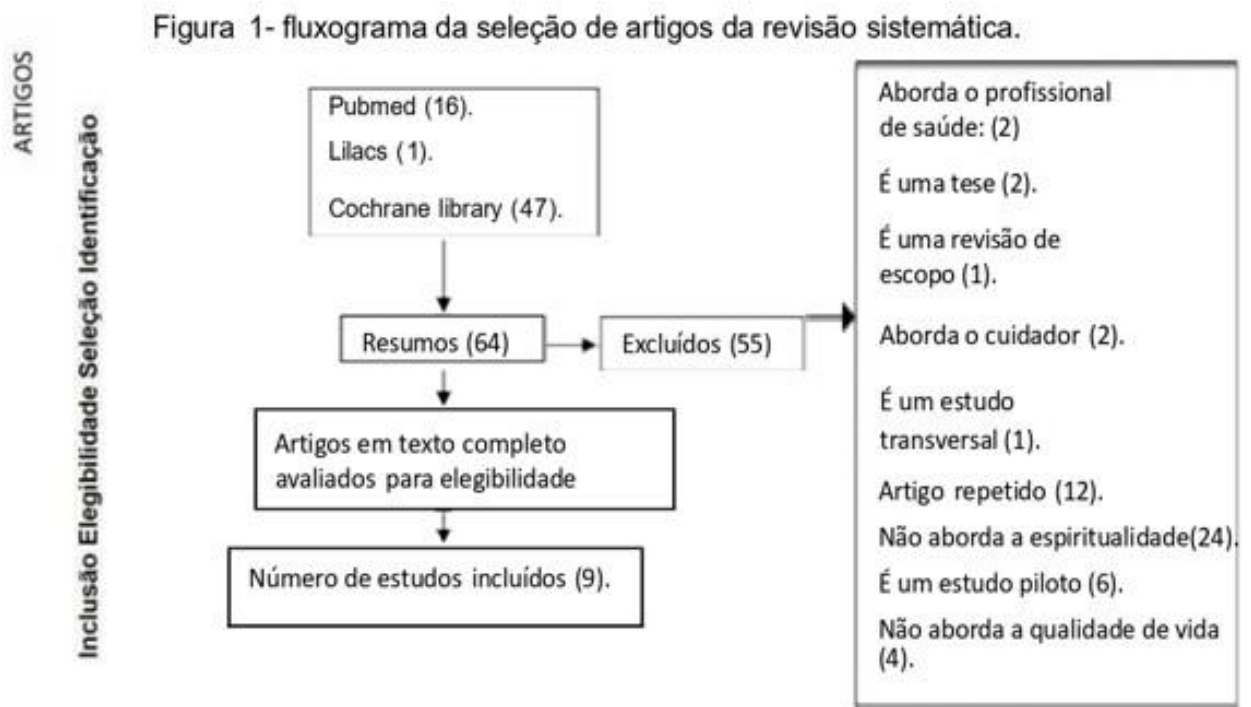
Quadro 1 – Descritores MeSH e DeCS utilizados na busca sistemática.

Descritores MeSH	Descritores DeCS
Palliative Care	Cuidados Paliativos
Quality of Life	Qualidade de Vida
Spirituality	Espiritualidade

Fonte: Elaborado pelos autores.

APÊNDICE B

Fluxograma 1



Fonte: elaborado pelos autores.

APÊNDICE C

Quadro 2- Risco geral de viés segundo o ROB 2.0 para estudos clínicos randomizados.

Autor/ ano	Viés decorrente do processo de randomização.	Viés devido a desvios das intervenções pretendidas.	Viés devido à falta de dados de resultado	Viés na medição do resultado	Viés na seleção do resultado relatado.	Viés devido à confusão.	Viés na seleção dos participantes do estudo.	Viés na classificação das intervenções.	Risco de viés final.
Renske Kruizinga et al., 2018.	B	AP	AP	B	B	AP	AP	B	AP
Warth et al., 2021.	B	B	AP	AP	B	AP	AP	B	AP
Betty Ferrell, Vincent Chung et al., 2020.	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Karen E. Steinhäuser et al., 2017.	B	AP	AP	B	AP	B	B	B	AP
Parisa Sabet et al., 2023.	B	AP	AP	B	B	AP	AP	N/A	AP
Mieke Vermandere et al., 2016.	B	AP	ALTO	AP	B	AP	ALTO	B	ALTO
Mín Ai Lim et al., 2021.	B	B	B	AP	B	B	AP	B	B
Grace Meijuan Yang et al., 2016.	AP	AP	AP	B	AP	AP	AP	N/A	AP

Fonte: elaborado pelos autores. Legenda: B – Baixo risco de viés; Moderado – Moderado risco de viés; Sério – risco sério de viés; Crítico – risco crítico de viés; NI – não há informação; AP – algumas preocupações; Alto - alto risco de viés e N/A – não se aplica.

APÊNDICE D

Quadro 3- Risco geral de viés segundo o ROBINS – I para estudos clínicos não randomizados.

Autor/ ano	Viés decorrente do processo de randomização.	Viés devido a desvios das intervenções pretendidas.	Viés devido à falta de dados de resultado.	Viés na medição do resultado.	Viés na seleção do resultado relatado.	Viés devido à confusão.	Viés na seleção dos participantes do estudo.	Viés na classificação das intervenções.	Risco de viés final.
Kaori Ichiha et al., 2024.	ALTO	AP	ALTO	AP	B	ALTO	ALTO	B	ALTO

Fonte: elaborado pelos autores. Legenda: B – Baixo risco de viés; Moderado – Moderado risco de viés; Sério – risco sério de viés; Crítico – risco crítico de viés; NI – não há informação; AP – algumas preocupações; Alto - alto risco de viés e N/A – não se aplica.

APÊNDICE E

Quadro 4 – Dados extraídos dos estudos selecionados.

Autores	Título	Objetivo do estudo	População estudo	Tamanho amostra	Características do estudo	Medida da QV	Resultado do estudo	Conclusão dos autores
Renske Kruizinga et al., 2018.	An assisted structured reflection on life events and life goals in advanced cancer patients: outcomes of a randomized controlled trial (Life InSight Application – LISA study).	Avaliar se uma reflexão estruturada assistida sobre eventos e objetivos de vida poderia melhorar a QV e o BEE de pacientes com câncer avançado.	Adultos com câncer incurável.	153 pacientes.	Pacientes foram divididos em GI (receberam duas consultas com conselheiro espiritual) e GC (cuidados habituais). Pacientes foram divididos em GI (receberam duas consultas com conselheiro espiritual) e GC (cuidados habituais).	QV Geral, BEE e (SwL).	Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à QV Geral, BEE ou SwL.	A intervenção não causou prejuízo, mas não houve impacto significativo na QV; medidas mais focadas podem ser necessárias.
Warth, M. et al., 2021.	"Song of Life": results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care.	Investigar a eficácia da intervenção musicoterapêutica "Canção da Vida" (<i>Song of Life</i> - SOL) em relação às dimensões emocionais e psíquicas da QV de	Pacientes recebendo CP especializados.	104 pacientes (52 no grupo experimental " <i>Song of Life</i> " e 52 no GC " <i>Relax</i> ").	Pacientes aleatoriamente designados para SOL ou Relaxamento. Três sessões de 20-30 minutos cada. Avaliação da QV psicológica, BEE e integridade do ego.	Questionário MQOL-R (subescala psicológica e global), FACIT-Sp, BMGE.	SOL não melhorou significativamente a QV psicológica e global. Houve melhora significativa no BEE e na integridade do ego. Menor sofrimento mo-	A musicoterapia biográfica " <i>Song of Life</i> " pode ser eficaz para facilitar a integração psíquica em pacientes terminais e aliviar o sofrimento momentâneo. Recomenda-se

		pacientes dos CP.					mentâneo no grupo SOL. Pacientes e familiares avaliaram a intervenção SOL como significativa e importante.	seu uso para atender às necessidades emocionais e existenciais nos CP.
Betty Ferrell et al., 2020.	Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials.	Descrever a espiritualidade de pacientes com câncer em ensaios clínicos de Fase 1 e avaliar sua evolução ao longo do tempo.	Pacientes com câncer em ensaios clínicos de Fase 1.	479 pacientes.	Avaliação quantitativa e qualitativa da espiritualidade e QV.	FACIT-G, FACIT-SP12.	A espiritualidade aumentou ao longo do tempo tanto em pacientes religiosos quanto não religiosos, correlacionando-se com menor sofrimento psicológico e melhor QV.	O suporte espiritual deve ser integrado ao cuidado de pacientes com câncer avançado, pois está associado a menor sofrimento e melhor QV, independentemente da afiliação religiosa.
Karen E. Steihauser et al., 2017.	Addressing Patient Emotional and Existential Needs During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Control-led Trial.	Avaliar se a intervenção Outlook melhora a preparação e a conclusão (aspectos da QV no fim da vida) e reduz ansiedade e depressão.	Pacientes com doenças graves, incluindo câncer avançado, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal terminal e doença hepática terminal.	221 participantes randomizados.	Incluiu participantes não elegíveis para os CP, intervenções foram realizadas em sessões presenciais e avaliadas de forma quantitativa e qualitativa.	QUAL-E e FACT-G.	Outlook demonstrou melhorias significativas na preparação e conclusão da vida em comparação com os cuidados habituais, mas não manteve esses efeitos na segunda pós-avaliação. Não	O Outlook foi viável e bem recebido, com melhorias modestas em preparação e vida social, mas sem efeitos duradouros na QV geral.

							houve diferença na QV geral, ansiedade ou depressão.	
Sabet et al., 2023.	Effect of Spirituality-Based Palliative Care on Pain, Nausea, Vomiting, and the Quality of Life in Women with Colon Cancer: A Clinical Trial in Southern Iran.	Avaliar o efeito dos CP baseados na espiritualidade na dor, náusea, vômito e QV.	Mulheres com câncer de cólon.	80 pacientes.	Estudo clínico controlado, comparando GI (que recebeu os CP baseados na espiritualidade) e GC (que recebeu apenas os CP padrão).	WHOQOL, Brief Pain Index (BPI) e questionário de avaliação de náusea e vômito.	O grupo que recebeu os CP baseados na espiritualidade teve melhorias significativas na QV e redução dos sintomas, comparado ao GC.	A intervenção espiritual foi eficaz na melhoria da QV e redução de sintomas em mulheres com câncer de cólon, sendo recomendada sua inclusão em estratégias dos CP.
Kaori Ichihara et al., 2024.	Nursing care for spiritual pain in terminal cancer patients: a non-randomized controlled trial.	Avaliar a eficácia do cuidado de enfermagem para aliviar a dor espiritual na prática clínica diária usando uma ferramenta específica.	Pacientes terminais de câncer internados em unidades de CP.	140 no GC e 157 no GI; após duas semanas, 97 e 106 completaram o estudo.	Realizado em cinco unidades de cuidados paliativos no Japão, incluiu enfermeiros treinados no uso do SpiPas-SCP-N.	FACIT-Sp, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), CoQoLo, MDASI-J.	O cuidado espiritual baseado no SpiPas-SCP-N teve impacto positivo na redução da dor espiritual, com algumas melhorias na QV dos pacientes.	O cuidado de enfermagem para a espiritualidade pode ter um impacto positivo na prática clínica diária de pacientes terminais de câncer. No entanto, são necessários estudos adicionais com amostras maiores.
Mieke Vermandere et al., 2016.	Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial.	Investigar o efeito de uma coleta estruturada de histórico espiritual no BEE de pacientes	Participaram do estudo 245 profissionais de saúde, sendo 204 enfermeiros e 41 médicos.	49 dias de paciente-profissional completaram todo o protocolo do estudo.	Estudo multicêntrico envolvendo profissionais de saúde que atendem pacientes com doenças incuráveis e com	EORTC QLQ-C15-PAL.	Não houve diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle nos avanços de BEE, QV, dor	Este ensaio clínico planejado por conglomerados não demonstrou efeito da coleta de histórico espiritual nas

		paliativos em atendimento domiciliar.			risco de vida em CP domiciliares.		ou confiança na relação paciente-profissional em nenhum momento do estudo.	expectativas de BEE, QV, confiança na relação de cuidados de saúde ou dor dos pacientes. Os autores sugeriram o desenvolvimento de instrumentos que avaliem com precisão a eficácia das intervenções concretas em comunidades dos CP.
Min Ai Lim et al., 2021.	The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: a randomized controlled study.	Avaliar o efeito de cinco minutos de atenção plena ao amor no sofrimento e na QV espiritual de pacientes em CP.	60 pacientes adultos em CP com uma classificação geral de sofrimento de pelo menos 4/10.	30 no GI e 30 no GC.	Ensaio clínico planejado realizado em hospital universitário, com aprovação ética e consentimento dos participantes.	FACIT-Sp-12, que inclui três subescalas: significado, paz e fé.	Houve melhorias estatisticamente significativas na redução do sofrimento e no aumento da QV espiritual no grupo de intervenção em comparação ao GC.	Cinco minutos de <i>mindfulness</i> (atenção plena) do amor podem reduzir o sofrimento e melhorar a QV espiritual de pacientes em CP.
Grace Meijuan Yang et al., 2016.	Effect of a spiritual care training program for staff on patient outcomes.	Avaliar se um programa de treinamento em cuidados espirituais para profissionais de saúde melhora a QV (QoL) e o BEE dos pacientes.	Pacientes recém-referidos para os CP, com expectativa de vida superior a um mês e cientes de seu diagnóstico/prognóstico.	144 completaram a avaliação em dois momentos 70 no GI e 74 no GC.	O estudo foi realizado no National Cancer Centre Singapore e no HCA - Hospice Care. Os participantes foram recrutados tanto de um hospital terciário	FACIT-Sp (Avaliação Funcional da Terapia de Doenças Crônicas – BEE), que inclui o FACT-G (Avaliação	QV global (FACT-G): O GI melhorou, mas sem diferença estatisticamente significativa. BEE (FACIT-Sp): Sem	Os autores concluíram que um treinamento em cuidados espirituais para profissionais de saúde pode melhorar a QV global dos pacientes, embora

					quanto de um serviço de CP domiciliares. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e os pacientes forneceram consentimento informado.	Funcional da Terapia do Câncer – Geral), com domínios para bem-estar físico, emocional, social e funcional.	diferença entre os grupos. Impacto da referência ao assistente social: Melhora na QV no grupo de intervenção para pacientes não encaminhados a um RSU.	o impacto direto no BEE não tenha sido significativo.
--	--	--	--	--	--	---	--	---

Fonte: elaborado pelos autores, QV (Qualidade de Vida); BEE (Bem-Estar Existencial); SwL (Satisfaction with Life - Satisfação com a Vida); CP (Cuidados Paliativos); GI (Grupo de Intervenção); GC (Grupo Controle); SOL (Song of Life - Canção da Vida); MQOL-R (McGill Quality of Life Questionnaire – Revised); FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being); BMGE (Biographical Meaning and Growth Experience); FACIT-G (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General); QUAL-E (Quality of Life at the End of Life); FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General); WHOQOL (World Health Organization Quality of Life); BPI (Brief Pain Inventory); HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); CoQoLo (Comprehensive Quality of Life Outcome Inventory); MDASI-J (M.D. Anderson Symptom Inventory - Japanese version); EORTC QLQ-C15-PAL (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 Palliative); RSU (Referência ao Serviço de Assistência Social); ROB 2.0 (Risk of Bias 2.0); ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions); Randomized Controlled Trial (Ensaio Clínico Randomizado); Mindfulness (Atenção Plena); SpiPas-SCP-N (Spiritual Pain Assessment Sheet - Specialized Palliative Care - Nursing).

