

Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática

Spiritual/religious coping and end-of-life: systematic review

Coping espiritual/religioso y fin de vida: revisión sistemática

Valéria Carolina Armas Villegas¹ , Andressa Luciani Pereira Rodrigues¹ , Elaine Rossi Ribeiro¹ , Márcio José de Almeida¹ ,
Mary Rute Gomes Esperandio¹ 

¹Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba (PR), Brasil.

Resumo

Introdução: A espiritualidade/religiosidade é considerada uma dimensão essencial nas boas práticas em cuidados paliativos, principalmente durante a fase de terminalidade. Esses pacientes, assim como seus familiares, fazem uso de estratégias de *coping* espiritual/religioso. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é mostrar a relação entre o *coping* espiritual/religioso e o processo de terminalidade. **Método:** A metodologia aplicada foi a revisão sistemática e utilizou PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PsycINFO e Scientific Electronic Library Online (SciELO) como bases de dados. **Resultado:** Foram capturados 96 artigos e sete foram selecionados para análise. Tais artigos abordaram questões de apego, tipos de *coping*, significado da doença e dificuldades de mensuração da espiritualidade/religiosidade. **Conclusão:** Os estudos demonstram que o *coping* espiritual/religioso influencia na qualidade da morte durante o processo de terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos na terminalidade da vida; *Coping* religioso-espiritual; espiritualidade.

Autor correspondente:

Valéria Carolina Armas Villegas

E-mail: valeria.armas.villegas@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 28/03/2021.

Aprovado em: 12/04/2022.

Como citar: Villegas VCA, Rodrigues ALP, Ribeiro ER, Almeida MJ, Esperandio MRG. *Coping* espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;44(17):3011. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3011](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3011)



Abstract

Introduction: Spirituality/religiosity is considered an essential dimension in good practices in palliative care, especially during the terminal phase. Patients, as well as their families, make use of spiritual/religious coping strategies. **Objective:** The purpose of this review was to highlight the relationship between spiritual/religious coping and terminality. **Method:** The method applied was a systematic review that used PUBMED, LILACS, BVS, PSYCINFO and SCIELO as databases. **Results:** In total, 96 articles were captured and seven were selected for analysis. These articles addressed issues about attachment, types of coping, meaning of the illness and difficulties in measuring spirituality/religiosity. **Conclusion:** Studies indicate that spiritual/religious coping influences the quality of death during the dying process.

Keywords: Hospice care; Adaptation, psychological; Spirituality

Resumen

Introducción: La espiritualidad/religiosidad es considerada una dimensión esencial de las buenas prácticas en cuidados paliativos, principalmente durante la fase de terminalidad. Esos pacientes, así como sus familiares, utilizan estrategias de *coping* espiritual/religioso. **Objetivo:** El objetivo de esta revisión es evidenciar la relación entre el *coping* espiritual/religioso y el proceso de terminalidad. **Método:** La metodología aplicada fue la revisión sistemática que utilizó PUBMED, LILACS, BVS, PSYCINFO y SCIELO como bases de datos. **Resultados:** Fueron capturados 96 artículos y siete seleccionados para análisis. Tales artículos abordaron cuestiones sobre apego, tipos de coping, significado de la enfermedad y dificultades de mensuración de la espiritualidad/religiosidad. **Conclusiones:** Los estudios indican que el coping espiritualidad/religiosidad influye en la calidad de muerte durante el proceso de terminalidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos al final de la vida; Adaptación psicológica; Espiritualidad

INTRODUÇÃO

Os estudos no campo da espiritualidade e saúde cresceram de tal modo nas últimas décadas a ponto de se tornarem um campo de conhecimento próprio. Segundo Koenig (2002), o termo “religião” refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que aproximam a pessoa do Transcendente. A religião é focada na comunidade, mensurável, organizada, impositiva no que tange ao comportamento, doutrinária. Já o termo “espiritualidade” seria uma questão pessoal, relacionada à busca do entendimento de questões existenciais e/ou ligadas ao relacionamento individual com o Transcendente, o que poderia ou não levar à formação de comunidades ou rituais religiosos.¹

A espiritualidade é individual, menos visível e mensurável, mais subjetiva, menos formal, não orientada a uma doutrina. A religião, quando presente, compõe uma das expressões da espiritualidade individual, ou seja, a espiritualidade é mais ampla que a expressão da religião.²

A religiosidade, segundo o Tratado de Medicina da Família e Comunidade,³ diz respeito à forma como o indivíduo segue e pratica essa religião, podendo dividir-se em organizacional ou extrínseca e não organizacional ou intrínseca, conceitos estes introduzidos por Gordon W. Allport.²

A religiosidade intrínseca está ligada a práticas individuais, como orações e meditações. É caracterizada como fé sólida e associa-se à busca do exercício das necessidades e interesses das próprias crenças, proporcionando motivação e sentido à vida do indivíduo. Inicialmente é chamada de madura.²

Já a religiosidade extrínseca está ligada à participação na comunidade religiosa e pode ser interpretada como um meio para atingir outros fins, como quando os indivíduos participam da comunidade para conhecer pessoas ou para obter *status* e segurança. Inicialmente é chamada de imatura. Nesse sentido, a religiosidade extrínseca seria uma forma de se obter algo e a intrínseca, uma vivência pessoal.⁴

Para falar de *coping* espiritual e religioso (CER) é preciso ainda definir *coping*. A palavra não possui uma tradução exata para a língua portuguesa, sendo entendida como “enfrentamento” ou “maneira de se lidar com” por alguns estudos. No entanto, essa tradução possivelmente não engloba todo o seu significado. *Coping* pode ser mais bem definido como o conjunto das estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias de vida adversas ou estressantes.⁵

O *coping* pode se direcionar para a solução de uma situação estressante, quando focado em um problema. Se focado em emoções, em virtude de uma causa estressora, o objetivo seria a tentativa de abrandar as consequências negativas trazidas por esse evento. “Em outras palavras, *coping* refere-se aos esforços comportamentais e cognitivos para dominar, reduzir ou tolerar as demandas internas e/ou externas que são criadas por operações estressantes.”⁵ Nesse contexto, pode-se utilizar a oração para tentar solucionar um problema e/ou minimizar emoções (ansiedade) ou participar de atividades religiosas como forma de lidar com os problemas, por exemplo.⁵

O psicólogo Kenneth Pargament transpôs o conceito de *coping* para a esfera religiosa, caracterizando, assim, o CER. Ou seja, para ele, a introdução de elementos sagrados auxilia na resposta ao evento estressor.⁶ Além disso, Pargament caracterizou o CER como positivo e negativo na esfera religiosa. O positivo está relacionado à busca de apoio e suporte espiritual, à resolução de problemas apoiando-se no Divino, à ressignificação de fatores estressores, à busca de ajuda e apoio em livros sagrados, à busca do perdão pessoal e do próximo, entre outros. Já o negativo se pode traduzir em insatisfação em relação a Deus ou à instituição religiosa, em conflito entre membros da comunidade que se frequenta, na visão de um Ser punitivo/muito poderoso. Isso se refletiria em uma relação instável com o Divino, uma visão superficial do mundo e sofrimento na busca de significados.⁷

A respeito da terminalidade, esta pode ser definida como o momento em que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente, e a morte próxima parece inevitável e previsível.⁷ Nesse processo, deve-se considerar não apenas a quantidade de vida, mas sua qualidade, principalmente por se tratar de um período caracterizado pela maior prevalência e intensidade de questões físicas, psicológicas, sociais e existenciais, o que o torna desafiador para os pacientes, seus familiares e cuidadores.⁸

Nesse sentido, apesar de não ser possível alterar o fato de que as pessoas irão falecer, é possível dar um significado diferente para a forma como as pessoas enfermas vivem até o momento de sua morte, a maneira como o indivíduo morre e as memórias que ficam para a família.⁹ O objetivo dos cuidados durante essa fase é, ou deveria ser, minimizar o estresse de pacientes e de suas famílias por meio do controle de sintomas e cuidados de suporte, aliados à manutenção do bem-estar geral.⁹

A maioria dos estudos, compilados em revisão bibliográfica, mostra que a dimensão espiritual tem impacto na saúde biopsicossocial, associando-se à melhora da qualidade de vida, à maior sobrevivência, à melhor saúde mental, à maior preocupação com a própria saúde e à menor prevalência de doenças em geral.⁴

Dessa forma, práticas religiosas podem ser amplamente relacionadas com a qualidade de vida e morte de pessoas enfermas. Sendo assim, a espiritualidade é central nessa experiência. Pacientes e familiares buscam sentido, conforto e alívio do estresse na situação de enfermidade e expressam, assim, suas necessidades espirituais.¹⁰

Diante do cenário aqui exposto, o objetivo desta revisão é demonstrar a relação entre o CER e o processo de terminalidade, com base na revisão de literatura científica sobre o tema.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado com base na seguinte pergunta investigativa: “*Como o coping espiritual e religioso, quando presente, pode influenciar o processo de terminalidade da pessoa enferma?*”.

Trata-se de uma revisão sistemática, que portanto possui rigor metodológico e seleciona artigos originais, visando reunir informações acerca de uma temática, embasando-se em literatura científica, por meio de protocolo específico de pesquisa.¹¹ Dessa forma, tem-se como propósito explicar objetivamente informações e evidências e realizar uma síntese acurada dos resultados encontrados. A revisão envolve o trabalho de pelo menos dois pesquisadores, os quais avaliam os artigos de forma independente.¹²

Esta pesquisa foi protocolada na plataforma PROSPERO, sob o número de registro CRD42020140792. Esta é uma base de dados internacional de revisões sistemáticas em saúde e serviço social.

Além disso, as pesquisadoras utilizaram a ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA), que tem como objetivo auxiliar estudiosos a a melhorar o relato da revisão sistemática.¹³ Para isso, realiza-se a conferência das partes essenciais de uma revisão sistemática pelo *check-list* PRISMA, composto de 27 itens que compõem as partes da pesquisa: título, resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e financiamento.^{13,14}

Para a formulação da pergunta de pesquisa, foi utilizada a ferramenta PICO.¹² Definiu-se como população (P) de estudo pacientes em processo de terminalidade, como intervenção (I) a ação do CER, como comparação (C) a não presença do CER e como resultado esperado (O) a correlação da presença do CER com o processo de terminalidade. As palavras-chave, escolhidas com base na pergunta de pesquisa, foram: terminalidade, *coping*, religiosidade e espiritualidade.

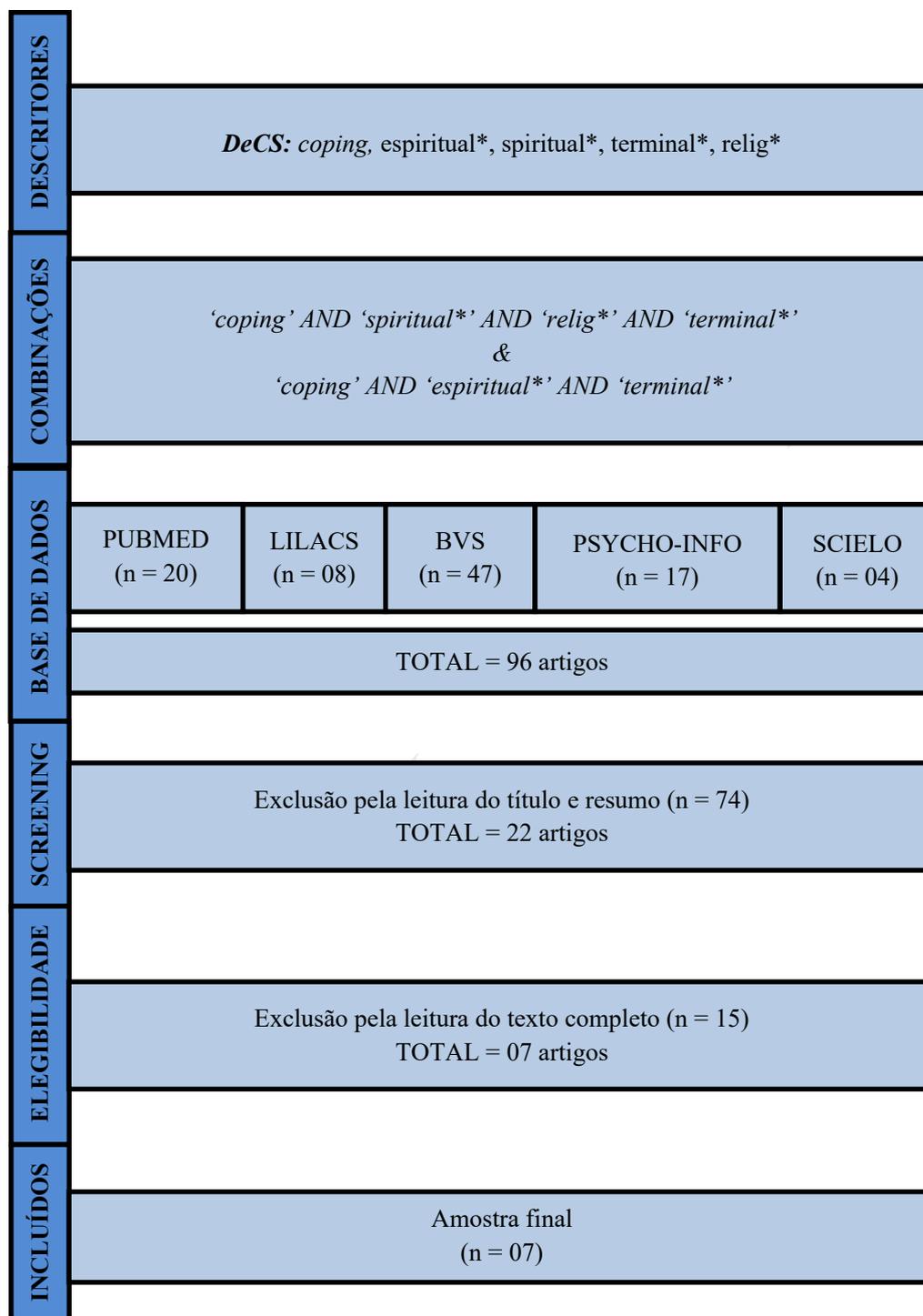
Adotou-se o filtro de cinco anos (janeiro de 2015 – abril de 2019) para a coleta de dados. As bases utilizadas foram: PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PsycINFO e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a busca dos artigos, foram empregados os seguintes descritores: “*coping*”, “*spiritual**”, “*relig**”, “*terminal**” e “*espiritual**”. A base de descritores em ciências da saúde (DeCS) foi utilizada nesse processo e os mesmos descritores utilizados na busca em português foram traduzidos de modo equivalente para buscas em inglês e espanhol. As combinações booleanas utilizadas foram: “*coping*” AND “*spiritual**” AND “*relig**” AND “*terminal**” e “*coping*” AND “*espiritual**” AND “*relig**” AND “*terminal**”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em qualquer uma das três línguas utilizadas na busca, que pelo título e pela leitura do resumo respondessem parcial ou totalmente à pergunta de pesquisa: “*como o CER, quando presente, pode influenciar o processo de terminalidade da pessoa enferma?*”.

Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumos/*abstracts*, artigos cujos títulos não tivessem relação com a pergunta de pesquisa, artigos que, após a leitura do texto completo, não respondessem à pergunta de pesquisa e artigos que não tivessem mensuração ou autodeclaração do CER pelo paciente. Com isso, foi elaborado pelas autoras um fluxograma da estratégia de pesquisa dos artigos (Figura 1).

Para tentar reduzir o risco de viés na determinação dos artigos escolhidos para a amostragem final, foram realizadas duas buscas independentes, por cada uma das autoras, que depois foram comparadas entre si. Artigos em discrepâncias ou padrões incomuns foram definidos por consenso pela equipe de pesquisa.

Para conhecer o risco de viés dos artigos capturados e desta revisão sistemática, foi utilizada a ferramenta *Risk of Bias in Systematic Reviews* (ROBIS).¹⁵ O risco de viés ocorre por causa de erros sistemáticos ou limitações no delineamento, na conclusão ou na análise da revisão,



Fontes: autores, 2019

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca dos artigos

que influenciam nos resultados. Essa ferramenta aborda se os métodos utilizados nas revisões sistemáticas minimizam o risco de viés das estimativas sumarizadas e das conclusões e se a pergunta de pesquisa de cada revisão avaliada responde à pergunta de pesquisa abordada no estudo que se está conduzindo.¹⁵

A identificação dos potenciais riscos de viés dos sete artigos levou em consideração os critérios de elegibilidade (domínio 1), a identificação e seleção (domínio 2), a coleta de dados e avaliação (domínio 3) e a síntese e resultados (domínio 4) dos estudos. Assim, considerou-se que três deles tinham risco de viés baixo, pois eles obtiveram, nos domínios, apenas uma classificação incerta e as demais foram baixas; e quatro tinham risco intermediário, pois eles obtiveram dois domínios classificados como incertos (BRASIL, 2017). O risco de viés desta revisão sistemática foi formalmente avaliado também pela ferramenta ROBIS, resultando em uma revisão sistemática com baixo risco de viés.

RESULTADOS

A busca resultou na captura inicial de 96 artigos. Após a pré-seleção pelo título e resumo/*abstract* e a leitura de texto completo, foram selecionados sete trabalhos para análise. Essas pesquisas foram tabeladas por número, ano, autor/título, tipo de estudo/participantes, local de realização e um breve resumo dos principais achados (Tabela 1). Artigos excluídos abordavam doenças crônicas, fora do processo de terminalidade; relatavam a importância da espiritualidade/religiosidade (E/R), sem relacioná-la ao *coping*; ou o público pesquisado não era o de pacientes.

Tabela 1. Dados gerais dos artigos da amostra final.

Nº	Ano	Autor/Título	Tipo de Estudo/ Nº de participantes	Local	Principais achados
1	2019	Balboni TA, Prigerson HG, Balboni MJ, Enzinger AC, Vanderweele TJ, Maciejewski PK. A scale to assess religious beliefs in end-of-life medical care.	Estudo observacional, longitudinal, com 374 participantes com câncer	EUA	A escala Religious Beliefs in End-of-Life Medical Care mostra associação positiva com indicadores espirituais e religiosos dos pacientes. Aborda, também, a relação inversa com o entendimento de pacientes terminais e sua aceitação, o que elucida seu potencial clínico e promove decisões informadas no contexto de final de vida.
2	2018	Kunsmann-Leutiger E, Loetz C, Frick E, Petersen Y, Müller JJ. Attachment Patterns Affect Spiritual Coping in Palliative Care.	Desenho transversal e correlativo, com 80 participantes com câncer e doença em fase de terminalidade.	Alemanha	A pesquisa mostrou associação com os padrões de apego e <i>coping</i> espiritual. Dessa forma, saber quais padrões de apego influenciam no <i>coping</i> espiritual contribui para a qualidade de vida em pacientes em processo de terminalidade.
3	2018	Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, Powell RA, Deskur-Smielecka E, Glajchen M, Adler S, Puchalski C, Hunter J, Gikaara N, Hope J. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries.	Estudo de grupo focal qualitativo, com 74 participantes com doenças progressivas e em processo de terminalidade.	Reino Unido	Os resultados revelam que as preferências acerca do <i>coping</i> espiritual, tanto de pacientes quando de cuidadores, são importantes para a qualidade da conexão dos pacientes com os profissionais de saúde.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Nº	Ano	Autor/Título	Tipo de Estudo/ Nº de participantes	Local	Principais achados
4	2016	Moestrup L, Hvidt NC. Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society.	Observação participante com abordagem qualitativa, com 17 participantes	Dinamarca	A conclusão mostra que os pacientes, apesar de hesitantes em compartilhar sua fé com profissionais de saúde acerca de sua condição, demonstram a importância de se ter fé, mesmo não tendo muito conhecimento sobre o assunto ou prática religiosa.
5	2015	Nilmanat K, Promnoi C, Phunggrassami T, Chailungka P, Tulathamkit K, Noo-Urai P, Phattaranavig S. Moving beyond suffering: the experiences of Thai persons with advanced cancer.	Estudo de caso qualitativo longitudinal, com 15 participantes com câncer em fase de terminalidade	Tailândia	Durante a entrevistas, três temas foram abordados: adoção de uma doutrina religiosa, ser esperançoso e estar cercado de entes queridos ou familiares. Dessa forma, o estudo mostra os papéis da fé e da espiritualidade na superação do sofrimento por pacientes tailandeses durante o processo de terminalidade.
6	2017	Santos PR, Capote Júnior JRFG, Cavalcante Filho JRM, Ferreira TP, Santos Filho JNG, Silva Oliveira S. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study.	Estudo transversal, com 161 participantes em hemodiálise	Brasil	Os resultados mostram que há evidências que sugerem que o <i>coping</i> espiritual/religioso pode estar associado com a qualidade de vida e a depressão entre pacientes em hemodiálise.
7	2015	Barreto P, Diego R; Galiana L, Oliver A, Fombuena M, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida / Emotional and spiritual well-being at the end of life.	Transversal descritivo, com 121 pacientes em cuidados paliativos	Espanha	As conclusões apontam evidências da importância da espiritualidade para o bem-estar dos pacientes.

Fonte: as autoras, 2020

O total de participantes dos sete estudos foram 842 pacientes, que apresentavam doenças como câncer em processo de terminalidade, doença renal crônica em hemodiálise, doenças progressivas e em fase de terminalidade e pacientes em cuidados paliativos.

As escalas utilizadas nos estudos quantitativos foram: Religious Beliefs in End-of-Life Medical Care (RBEC); Religious Coping Questionnaire (RCOPE), Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D), Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Hospital Anxiety Depression Scale, Brief Resilient Coping Scale, Edmonton Symptom Assessment System.

Essas escalas abordam questões espirituais e psicossociais e como elas influenciam no entendimento de terminalidade do paciente (RBEC); possibilitam estimar a frequência de uso do *coping*, diferenciando-o em positivo e negativo (RCOPE); avaliam a presença ou ausência de depressão nos pacientes (CES-D); mensuram a qualidade de vida dos entrevistados (SF-36); avaliam a ansiedade e depressão (Hospital Anxiety Depression Scale); mensuram a resiliência dos pacientes (Brief Resilient Coping Scale); e, por fim, avaliam a intensidade de seus sintomas (Edmonton Symptom Assessment System).

Os questionários utilizados na pesquisa qualitativa de Elke Kunsmann-Leutiger et al., para determinar os padrões de apego e para avaliar as diferentes estratégias de *coping* espiritual dos pacientes, foram: Adult Attachment Projective System (APP) e Spiritual and Religious Attitudes in Coping with Illness (SpREUK). Além disso, o questionário utilizado na pesquisa de Pilar Barreto et al., elaborado pelo Grupo de Espiritualidade, foi útil para avaliar a espiritualidade como intrapessoal, interpessoal e transpessoal. Já os indicadores de experiência utilizados na mesma pesquisa para mensurar sentimentos de ajuda, preocupações e maiores medos dos pacientes foram elaborados por um painel multidisciplinar, com ferramentas da Spanish Society of Palliative Care (SECPAL).

As pesquisas foram desenvolvidas em 14 países: Estados Unidos, Brasil, Reino Unido, Dinamarca, Tailândia, Alemanha, Espanha, Canadá, África do Sul, Quênia, Coreia do Sul, Bélgica, Finlândia e Polônia. A maioria dos artigos englobou neoplasias como principal doença em pacientes em terminalidade. Nas análises sociodemográficas realizadas nos artigos selecionados, foram citadas as seguintes religiões/crenças: catolicismo, protestantismo, budismo, batista, judaísmo, outra vertente do cristianismo, sem afiliação, agnosticismo/ateísmo, islamismo, espiritualizado e não religioso, sem crença no sistema, luteranismo e outras não especificadas.

DISCUSSÃO

Os artigos selecionados são permeados por questões ligadas à construção do apego, ao *coping* positivo e negativo, à maneira de atribuir significado à doença e às dificuldades de mensuração da dimensão espiritual/religiosa de pacientes em cenário de final de vida, as quais serão abordadas a seguir.

A construção de apegos, ao nascer, poderia estar ligada com a forma com que nos conectamos com a esfera espiritual/religiosa ao final da vida (teoria de apego vs. espiritualidade/religiosidade). Esses padrões de apego são “ativados” em cenários de intenso estresse ou separação, como em casos de doenças graves, possivelmente fatais. Foram identificados diferentes padrões ligados ao CER, que afetavam a qualidade de vida e morte de pacientes em processo de terminalidade. Pacientes com apego do tipo ansioso obtiveram menor pontuação na escala SpREUK, indicando pouca relação com o *coping* espiritual (houve pouca atribuição de significado à vida), diferentemente dos outros padrões de apego (*securely*, *dismissively* e *unresolved*), os quais apresentaram escores altos na escala SpREUK.¹⁶

Na cultura tailandesa, o diagnóstico de câncer, para os pacientes, é sinônimo de morte. Essa visão remete a reflexões sobre a conexão do corpo e da mente; as estratégias de *coping* durante o processo de terminalidade; a justificativa da doença pelo carma, a aceitação de aspectos inevitáveis e inerentes à vida e *tam jai* (termo budista utilizado para se referir à forma de lidar com os obstáculos diários e de seguir em frente). Essas reflexões permitem consolidar três pilares que permeiam o processo de terminalidade de pacientes tailandeses: esperança, presença de pessoas queridas e cuidado dos familiares. Eles demonstram associação com a superação de sofrimento, permitindo sentimentos positivos de harmonia e paz no final da vida. Ressalta-se também a importância da abordagem desses pilares por profissionais de saúde, de forma sensível e de acordo com a E/R individual do paciente e com sua cultura.¹⁷

Em contraponto ao estudo de Nilmanat et al., pacientes de um *hospice* dinamarquês declararam que não há necessidade da abordagem do CER em qualquer situação pela equipe de saúde, pois ele é visto como próprio do indivíduo e restrito a sua esfera pessoal. Para esses pacientes, essa abordagem torna-se relevante e bem-vinda particularmente quando há sinais de dor e sofrimento religioso. Mesmo nesse contexto individual e particular, a importância da dimensão da E/R é reconhecida por eles.¹⁸

O estudo de Selman et al., o qual questiona aspectos existenciais, psicológicos, religiosos e sociais em 11 países por meio de grupos focais, reafirma a importância do dimensionamento da E/R, já levantada no estudo de Moestrup e Hvidt. Entretanto, nessa pesquisa, diferentemente do que ocorreu no estudo com pacientes dinamarqueses, a abordagem da espiritualidade/religiosidade foi apontada como importante e não restritiva aos profissionais de saúde e/ou cuidadores, demonstrando que a escolha da pessoa mais apropriada para tratar do assunto depende somente dos pacientes e da habilidade dos profissionais de saúde.¹⁹

No entanto, o estudo de Nilmanat et al. (2015) entra em consonância com os achados do artigo intitulado “*Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: A cross-sectional study*”, em que o CER positivo representou melhora na qualidade de vida e vitalidade de pacientes. Esse artigo correlacionou, por meio de três escalas, CER, depressão e qualidade de vida em pacientes brasileiros com doença renal em estágio terminal. Os resultados demonstraram que o CER negativo é mais influente em pacientes depressivos, com baixos escores de saúde mental e função social prejudicada. Além disso, quanto maiores os escores de CER positivo, maiores são os índices relacionados à saúde geral e à vitalidade, o que reforça, segundo os autores, a abordagem da espiritualidade/religiosidade nesse contexto.²⁰

Corroborando Santos et al., o artigo “*Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida*” aborda um grupo de pacientes somente em cuidados paliativos, com idade média de 67 anos, e afirma que a espiritualidade não é só uma necessidade dos pacientes, mas também um modulador de seu bem-estar emocional.²¹

Com relação à caracterização da espiritualidade das pessoas enfermas, há certa dificuldade em enquadrá-la em uma ferramenta de estudo, pois ela é individualizada e pessoal. No cenário de final de vida, a relação construída entre pacientes e suas crenças religiosas, quando presentes, é única e pode interferir nas decisões terapêuticas. Em tal contexto, ferramentas que sirvam para avaliar a inter-relação entre religião, espiritualidade, decisões terapêuticas e cuidado podem ser úteis.²² É o caso da RBEC e outras utilizadas para a análise de aspectos da E/R em estudos desta revisão sistemática.

CONCLUSÃO

Os trabalhos analisados mostram que o CER influencia na qualidade da morte durante o processo de terminalidade. Nesse sentido, evidencia-se a relevância da equipe de saúde para reconhecer a necessidade de abordar tal temática e da presença da família ou entes queridos na fase da terminalidade. É, pois, essencial que profissionais do cuidado em saúde identifiquem o grau de importância dado por pacientes às questões espirituais/religiosas, uma vez que há evidências sobre o impacto que essa dimensão terá no final da vida.

Embora o tamanho amostral dos estudos seja bem variado, ressalta-se a dificuldade de generalização dos resultados, pois, sendo o CER uma construção biopsicossocial e espiritual, ele torna-se próprio do grupo estudado.

A limitação deste estudo deve-se ao reduzido número de artigos que tratam da relação entre CER e terminalidade da perspectiva do paciente. Além disso, como a dimensão espiritual e religiosa possui mensuração abrangente, nota-se a dificuldade de se estabelecer uma metodologia ideal aos objetivos esperados, tanto no tamanho da população estudada quanto no viés dado à pesquisa (por exemplo, relacionar o *coping* com saúde mental ou espiritualidade/religiosidade).

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a oportunidade de participar do II Congresso Internacional de Saúde e Espiritualidade (CONUPES 2019), em Juiz de Fora (MG). Nele, as autoras sentiram-se motivadas a aprofundar seus estudos nessa área dado o grande impacto da esfera espiritual na saúde dos indivíduos, não só no contexto de final de vida, mas também no entendimento holístico dos pacientes, vistos como seres biopsicossocioespirituais, em todas as áreas da saúde, especialmente a medicina. Teve-se como intuito deste trabalho estimular novas pesquisas na área, tendo em vista que esse tema ainda é pouco abordado durante a graduação e tem grande relevância no contexto do processo de morte e terminalidade dos pacientes.

Agradecemos também aos nossos orientadores, Dra. Elaine Rossi e Dr. Márcio Almeida, que demonstraram grande interesse e disponibilidade em nos orientar ao longo deste ano.

Além disso, um agradecimento especial à pós-doutora Mary Rute Gomes Esperandio, cuja *expertise* na área nos trouxe grande direcionamento para o desenho deste projeto, além de contribuir com pontuações pertinentes e assertivas durante a construção da pesquisa.

Lembrança especial também à Liga Acadêmica de Espiritualidade e Medicinas (LAEM) de Curitiba, que introduziu uma das autoras ao campo da Espiritualidade em Saúde desde o início da faculdade, e à Associação Acadêmica de Ligas e Grupos de Estudo em Espiritualidade e Saúde (AALEGREES), que ampliou a visão da autora quanto à abordagem do tema por todo o País, trabalhando no incentivo à pesquisa e na disseminação do tema em nível nacional.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

VCAV: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ALPR: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ERR: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MJA: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MRGE: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxônia: Oxford University Press; 2001. p. 531.
2. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol 1967;5(4):432-43. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.5.4.432>
3. Dovidio FJ, Glick P, Rudman AL. On the nature of prejudice – fifty years after Allport. New Jersey: Physics Letters B. Blackwell Publishing Ltd; 2005. p.414-427.
4. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. Cienc Cult 2016;68(1):54-7. <http://doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>
5. Esperandio MR, Michel RB, Trebien HAC, Menegatti CL. Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. Dossiê Questões Religiosas na América Latina 2017;12:203-22.
6. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. J Sci Study Relig 2006;37(4):710. <https://doi.org/10.2307/1388152>

7. Gutierrez PL. À beira do leito beira do leito – o que é o paciente terminal? *Rev Ass Med Brasil* 2001;47(2):85-109. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>
8. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009;42(3):350-7. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i3p350-357>
9. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxônia: Oxford University Press; 2015. p.1281.
10. López-Sierra HE, Rodríguez-Sánchez J. The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context: a literature review. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015;9(1):87-95. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000119>
11. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Braz J Phys Ther* 2007;11(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
12. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. *REME Rev Min Enferm* 2014;18(1):9-11. <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6(6):e1000097. <http://www.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
14. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análise: a recomendação PRISMA*. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(2):335-42. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. ROBIS – Risk of Bias in systematic reviews: ferramenta para avaliar o risco de vies em revisões sistemáticas: orientações de uso. Brasília, DF: SCTIE; 2017.
16. Kunsmann-Leutiger E, Loetz C, Frick E, Petersen Y, Müller JJ. Attachment patterns affect spiritual coping in palliative care. *J Hosp Palliat Nurs* 2018;20(4):385-91. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000455>
17. Nilmanat K, Promnoi C, Phunggrassami T, Chailungka P, Tulathamkit K, Noo-Urai P, et al. Moving beyond suffering: the experiences of Thai persons with advanced cancer. *Cancer Nurs* 2015;38(3):224-31. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000169>
18. Moestrup L, Hvidt NC. Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Stud* 2016;40(10):618-29. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1200160>
19. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: a focus group study across nine countries. *Palliat Med* 2018;32(1):216-30. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>
20. Santos PR, Capote JRFG, Cavalcante Filho JRM, Ferreira TP, Santos Filho JNG, Silva SO. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2017;18(1):197. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0619-1>
21. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2015;22(1):25-32. <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>
22. Balboni TA, Prigerson HG, Balboni MJ, Enzinger AC, VanderWeele TJ, Maciejewski PK. A scale to assess religious beliefs in end-of-life medical care. *Cancer* 2019;125(9):1527-35. <http://doi.org/10.1002/cncr.31946>