Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves

Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde:
revisão sistemática e meta-análise
de ensaios clínicos controlados

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Homero Pinto Vallada
Filho

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2014

Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves

Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde:
revisão sistemática e meta-análise
de ensaios clínicos controlados

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Homero Pinto Vallada Filho

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gonçalves, Juliane Piasseschi de Bernardin

Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde : revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados / Juliane Piasseschi de Bernadin Gonçalves. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Homero Pinto Vallada Filho.

Descritores: 1.Espiritualidade 2.Religião e medicina 3.Ensaio clínico
4.Metanálise 5.Terapias espirituais

USP/FM/DBD-343/14

Dedicatória

“Se queres acordar toda a humanidade, então acorda-te a ti mesmo, se queres eliminar o sofrimento do mundo, então elimina a escuridão e o negativismo em si próprio. Na verdade, a maior dádiva que podes dar ao mundo, é aquela da tua própria autotransformação.” Lao Zi.

Dedico essa dissertação a todos que procuram colaborar com a melhoria e o crescimento da humanidade através da própria metamorfose. Tanto aos que estão momentaneamente no papel de necessitados da autotransformação, quanto aos que estão momentaneamente no papel de precursores dessa.

Que possamos despertar para experienciar a vida de forma consciente e coletiva.

Agradecimentos

Ao “Arquiteto do Universo”, por me conduzir a valiosas oportunidades através de seu misterioso curso. No final do ano 2010, ao assistir uma palestra médica sobre espiritualidade, religiosidade e saúde, senti um forte impulso de estudar e compreender mais o assunto. Pedi então ao universo, que, se de algum modo eu pudesse ser útil nesse campo, me guiasse para o caminho que deveria traçar. Sem acasos do destino, conheci despretenciosamente uma pessoa que atuava na área. E durante um bate-papo informal, felizmente disse sim a uma pergunta que acredito ter sido a resposta de meu pedido silencioso: “Ju, você teria interesse em participar de pesquisas envolvendo saúde e espiritualidade?” Refletindo sobre esse percurso, cito Albert Einstein: *“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada.”* Posso afirmar que tive importantes pessoas que me auxiliaram, direta e indiretamente, a perceber o misterioso. Dedico minha sincera gratidão:

Aos meus pais, Marisa e Celso, pela dedicada e amorosa criação que me despenderam, e por todo o incentivo ao estudo e aprimoramento intelectual. E à minha amada irmã Caroline (*in memoriam*), por ter me dado a dádiva de compartilhar comigo seus 20 anos de existência física, me ensinando a meiguice, a doçura, a amizade e o companheirismo. Sem o suporte de vocês não teria ultrapassado tantos limites.

Ao orientador Prof. Dr. Homero Pinto Vallada Filho, por me ensinar a perseguir a excelência na construção científica e pelo honroso voto de confiança, oferecido através de oportunidades únicas nessa jornada. Além das discussões científicas, digo que, por meio de sua humildade, ética e sabedoria, os aprendizados mais importantes que me proporcionou, jamais encontrarei em livros.

Ao Giancarlo Lucchetti, por me introduzir na equipe, pelo incentivo a elaboração e execução da pesquisa e, por ter me acompanhando no desenvolvimento dessa me ensinando pacientemente a perseverança para o trabalho científico.

À Camilla C. Braghetta, por caminhar comigo partilhando e vencendo obstáculos naturais desse empreendimento e, especialmente, por ter me apresentado com o convite que me fez chegar ao mestrado.

Ao Dr. Candido Pinto Vallada e toda equipe do Hospital João Evangelista, pelo amparo e acolhimento profissional.

Ao suporte financeiro fornecido pelo Hospital João Evangelista/ Associação Mantenedora João Evangelista.

À Universidade de São Paulo, por propiciar a edificação dessa dissertação.

À banca examinadora da qualificação, composta por Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, Prof. Dr. Mario R. Louzã e Prof. Dr. Álvaro Avezum, os quais me encorajaram a aprofundar o conteúdo do mestrado através de suas recomendações.

Ao Prof. Dr. Paulo R. Menezes, pelas orientações e sugestões na metodologia e nas análises estatísticas desse trabalho.

À Kátia Ichi, pela paciência em me auxiliar com os documentos e questões técnicas da pós-graduação. Seu apoio e presença fizeram a diferença na execução desse trabalho. E às secretárias Eliza e Isabel, por todas as orientações e direções do programa oferecidas prontamente a mim.

Às amigas Vivian Bertoni Xavier e Paula Della Nina, pela disposição e prontidão em ler o texto, colaborando com suas sugestões.

À companheira de dissertação Alessandra L. G. Lucchetti, que partilhou comigo dúvidas e soluções no desenvolvimento dos nossos projetos.

À equipe do Hospital Santa Isabel, especialmente fisioterapia e enfermagem, por me brindarem com carinho e profissionalismo em paralelo à execução da dissertação.

Através do agradecimento a cada um, percebo quanto privilegiada sou, não só por ter experimentado a abundância da vida, por meio das oportunidades de crescimento que vivenciei com vocês, mas também por ter conquistado a capacidade de vislumbrar e valorizar cada uma delas.

Normatização adotada

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver alfabético).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de figuras.....	ix
Lista de tabelas	x
Resumo	xi
Abstract.....	xii
1. Introdução	1
2. Justificativa	12
3. Objetivos	13
4. Metodologia.....	14
4.1. Critérios de seleção.....	14
4.2. Critérios de exclusão.....	15
4.3. Fontes de referências bibliográficas.....	16
4.4. Estratégias de busca através de palavras chave	17
4.5. Extrações de dados dos estudos	18
4.6. Desfechos avaliados	21
4.7. Análises estatísticas.....	22
5. Resultados	23
5.1. Características dos estudos	25
5.2. Protocolos das intervenções	28
5.3. Participantes, desfechos clínicos e meta-análises	31
5.4. Qualidade metodológica dos artigos.	31
6. Discussão.....	40
7. Direções para futuras pesquisas	49
8. Limitações metodológicas.....	53
9. Conclusão	54
10. Anexos.....	55
11. Referências Bibliográficas.....	59

Lista de figuras

Figura 1 - Agrupamento das palavras-chave para formação da expressão booleana	18
Figura 2 – Fluxograma do PRISMA	23
Figura 3 – Meta-análise de sintomas depressivos	32
Figura 4 – Meta-análise de ansiedade com outlier	33
Figura 5 – Meta-análise de ansiedade sem outlier	33
Figura 6 – Meta-análise de qualidade de vida com outlier	34
Figura 7 – Meta-análise de qualidade de vida sem outlier	34
Figura 8 – Organograma de direções para futuras pesquisas	49

Lista de tabelas

Tabela 1 – Principais conceitos sobre espiritualidade e religiosidade	2
Tabela 2 – Características gerais dos estudos	26
Tabela 3 – Correlação intraclasse dos avaliadores da escala Cochrane	37
Tabela 4 – Pontuação da escala Cochrane nos artigos selecionados	38

Resumo

Gonçalves, JPB. *Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Objetivos: Avaliar o impacto das intervenções espirituais/religiosas sobre a saúde de indivíduos, descrever os protocolos utilizados e analisar a qualidade metodológica dos artigos. **Métodos:** Revisão sistemática e meta-análise realizada nos seguintes bancos de dados: PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, The Cochrane Collaboration, Embase e Scielo. Através de expressão booleana foram incluídos artigos que: (i) investigaram os desfechos na saúde; (ii) realizaram ensaios clínicos randomizados, e (iii) foram redigidos em inglês, espanhol ou português. Foram excluídos protocolos sobre prece intercessória ou cura à distância. O estudo foi realizado em duas fases: (1) a leitura de título e resumo, (2) leitura completa dos artigos e avaliação de sua qualidade metodológica. **Resultados:** Através da revisão sistemática, 4751 estudos foram obtidos, dos quais 4367 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão ou por serem repetidos (fase 1). Dos restantes 162 artigos, 123 foram excluídos por não serem intervenções espirituais/religiosas ou por apresentarem randomização inadequada, permanecendo assim 39 artigos (fase 2). Em geral, os estudos têm mostrado que as intervenções espirituais/religiosas diminuíram os sintomas de depressão, ansiedade, consumo de álcool, excesso de peso e estresse, e melhoraram qualidade de vida em diferentes doenças. A meta-análise mostrou efeitos significativos sobre a ansiedade ($p < 0.0001$), mas não sobre a depressão ($p = 0.41$) ou qualidade de vida ($p = 0.56$). **Conclusão:** Os estudos sobre intervenções espirituais/religiosas mostraram benefícios em sintomas clínicos (principalmente ansiedade e estresse), maior adesão a tratamento médico e satisfação com o procedimento. A diversidade de população e protocolos apontam para a necessidade de mais estudos envolvendo E/R como tratamento complementar na saúde.

Descritores: espiritualidade, religião e medicina, ensaio clínico, metanálise, terapias espirituais.

Abstract

Gonçalves, JPB. *Spiritual and/or religious interventions in health: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2014.

Objectives: To evaluate the impact of spiritual/religious interventions on the health of individuals, describe the protocols utilized and analyze the methodological quality of papers. **Methods:** A systematic review and meta-analysis conducted in the following databases: PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, The Cochrane Collaboration, Embase and Scielo. Through a Boolean expression, were included papers that: (i) investigated health outcomes; (ii) conducted randomized clinical trials, and (iii) were written in English, Spanish or Portuguese. Protocols of intercessory prayer or distance healing were excluded. The study was conducted in two phases: (1) reading the title and abstract, (2) reading full articles and assessing their methodological quality. **Results:** The systematic review obtained 4751 studies, of which 4367 were excluded because did not fit in eligibility criteria or were repeated (phase 1). Of the remaining 162 articles, 123 were excluded for not fit into spiritual/religious interventions definition or for inadequate randomization, remaining 39 articles (phase 2). In general, studies have shown that spiritual/religious interventions improved clinical symptoms in different diseases, as depression, anxiety, alcohol consumption, overweight and stress, and quality of life. The meta-analysis showed significant effects on anxiety ($p < 0.0001$), but not on depression ($p = 0.41$) or quality of life ($p = 0.56$). **Conclusion:** Studies on spiritual/religious interventions showed benefits such as reduction of clinical symptoms (especially anxiety and stress), greater adherence to medical treatment and satisfaction with the procedure. The diversity of population and protocols and indicate the need for further studies evaluating E/R as a complementary treatment in health.

Keywords: spirituality, religion and medicine, clinical trial, metanalysis, spiritual therapies.

1. Introdução

Muitos pacientes ao procurarem médicos por conta das mais diversas doenças, tendem a buscar explicações mais profundas sobre a existência destas, que nem sempre a medicina pode ou consegue responder. Muitas vezes, a fé, a religião e/ou algum aspecto espiritual completam e suavizam esse anseio interior (Lukof et al., 1995; Mueller, 2001).

De fato, sabe-se através da história que religião, espiritualidade e prática da medicina sempre estiveram interligadas (Lukof et al., 1995; Koenig et al., 2012). Porém, somente nas últimas duas décadas, a literatura científica vem demonstrando de forma crescente e consistente a importância do papel da espiritualidade/religiosidade (E/R) na saúde física e mental de pacientes (Moreira-Almeida, 2006; Lucchetti et al., 2010a; Koenig et al., 2012). Essa associação torna-se ainda mais clara quando analisados pacientes com doenças crônicas e severas (Seybold e Hill, 2001; George et al., 2002; Koenig, 2003; Miller e Thoresen, 2003).

Entretanto, a definição para termos tão complexos e multifacetados de aspectos culturais como espiritualidade e religiosidade, permanece sem consenso formal (Cook, 2004). Em um conceito mais amplo, Sullivan (1993) definiu espiritualidade como uma característica única e individual que liga o “eu” ao universo e aos outros, podendo ou não incluir a crença em algum “Deus”. Para esse autor, adota-se a idéia de buscar o bem-estar e o crescimento pessoal, e analisar por si próprio o que “valeria a pena” no mundo. Em 2012, Koenig et al. trouxeram uma definição que tem sido utilizada em vários artigos científicos mais recentes:

- Religião é a aproximação do sagrado ou transcendental através de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos;
- Religiosidade é a crença e prática dos fundamentos de uma determinada religião e
- Espiritualidade é a aproximação do sagrado ou transcendental através da busca pessoal de compreensão das questões da vida, que pode não necessariamente estar vinculada a uma determinada

religião. Entretanto, várias outras definições têm sido propostas, como as descritas na tabela 1.

Tabela 1: Principais conceitos sobre espiritualidade e religiosidade.

Autores	Espiritualidade	Religião
Mueller (2001)	Do latim 'spiritualitas' significa 'respiração'; é um conceito mais amplo de religião e, primariamente, mais dinâmico, pessoal e experiencial.	Do latim 'religare' significa 'unir'; a religião organiza as experiências espirituais coletivas de um grupo de pessoas em um sistema de crenças e práticas.
Guimarães e Avezum (2007)	Uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.	Envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo.
Holt et al. (2008)	Uma relação transcendente para alguma forma de maior poder.	Um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos.
Djuric et al. (2009)	Propensão a encontrar sentido através de um parentesco com dimensões que transcendem o 'eu' de tal forma que capacita, e não desvaloriza o indivíduo. Este relacionamento pode ser uma conexão com si mesmo, com outros e o ambiente natural ou com o invisível – 'Deus'.	Geralmente possui um componente espiritual, mas também abrange práticas pessoais relacionadas a fé comum e rituais de grupo, bem como as comunicações decorrentes da convicção partilhada.
Puchalski et al. (2012)	Forma como as pessoas encontram sentido e propósito de vida, e como vivenciam sua conexão com si mesmo, com outros e com o sagrado. É uma característica humana universal que pode ser entendida como a relação com o transcendente, expressa através de atitudes, hábitos e práticas.	Religião é um tipo de expressão da espiritualidade, um conjunto de crenças organizadas sobre Deus que é compartilhado dentro de uma comunidade de pessoas.

Essa falta de consenso no conceito de espiritualidade e religiosidade entre os pesquisadores traz em si uma dificuldade em comparar resultados entre os estudos realizados. As próprias escalas validadas que são utilizadas podem apresentar diferentes interpretações, uma vez que a base da discussão é diferente para muitos autores (Lucchetti et al., 2013).

Porém, apesar da falta de definição no conceito, vários estudos apontam para um possível benefício da E/R na prevenção primária de várias doenças, como as cardíacas e neoplásicas, onde predominam esses estudos. Para pacientes que apresentam essas doenças, há vários relatos associando a E/R a melhores índices de qualidade de vida e até aumento de sobrevida

(McCullough et al., 2000; Powell et al., 2003; Sawatzky et al., 2005; Chida et al., 2009; Lucchetti et al., 2011).

A espiritualidade e a religiosidade são componentes que trazem sentido e propósito, auxiliando na interpretação que as pessoas fazem sobre suas vidas e experiências pessoais. Isso auxilia demasiadamente no enfrentamento de doenças e no processo de finitude da vida (Johnson et al., 2005).

A distribuição dessas crenças e convicções é bastante heterogênea ao redor do mundo. Os Estados Unidos da América tem demonstrado ser um país com altos níveis populacionais de crenças e práticas espirituais, também bastante destacadas no cotidiano dos afro-americanos. No geral, essa população participa de atividades religiosas organizacionais e não organizacionais, atingindo assim altos níveis de religiosidade (Dalgalarrodo, 2007).

Já na Europa, encontra-se que as práticas religiosas são mais comuns em países mais religiosos como Irlanda, Romênia e Polônia, e são menos comuns na República Checa, Estônia, e França. No entanto, há algumas exceções como em Portugal, por exemplo, que é um país tão religioso quanto à Irlanda, mas possui nível de prática religiosa muito menor, e na Suécia, que é menos religiosa em termos de crenças, mas moderados com relação à prática religiosa (Halman e Draulans, 2006). Alguns estudos americanos e europeus encontraram uma relação positiva entre a etnia afro-americana, gênero feminino e envolvimento religioso (Levin e Chatters, 1998; Krause, 2004; Halman e Draulans, 2006).

No Brasil, 83% da população considera a religião muito importante na sua vida e somente 5% declaram não ter vínculo religioso. Semelhante ao encontrado na literatura de outros países, que evidenciaram idade e sexo feminino associados a níveis mais altos de E/R (Moreira-Almeida et al., 2010).

Não obstante os desafios para a ciência médica com relação à comprovação dos desfechos em E/R, diversos mecanismos têm sido apontados como responsáveis pelos mesmos na saúde física de pacientes (Guimarães e Avezum, 2007; Lucchetti et al., 2010b). Enfrentando as limitações éticas e de método de pesquisa científica atual para o assunto em questão, tem-se, mesmo assim, investigado essa relação com medidas

biológicas, tais como níveis de cortisol, sistema nervoso autonômico, imunológico, cardiovascular, entre outros (Guimarães e Avezum, 2007; Lucchetti et al., 2010b). Apesar da dificuldade de se estabelecer um ensaio clínico, existem artigos que mostram o impacto da E/R na fisiologia, endocrinologia, imunologia e comportamento humano (Berntson et al., 2008).

Outro exemplo é a obesidade, um problema de saúde pública da atualidade, no qual apresenta alta prevalência em crianças, adolescentes e adultos (Ogden et al., 2006). Evidências científicas têm demonstrado o papel da E/R na perda ponderal e manutenção do peso corporal (Reicks et al., 2004; Duru et al., 2010). Acredita-se que essa dimensão teria papel na modificação dos hábitos alimentares, de estilo de vida e na forma de encarar o próprio corpo, como “templo de Deus” que deve ser cuidado (Chester et al., 2006). Nos EUA existem programas de incentivo a saúde e ao bem-estar físico através de mudanças dos hábitos de vida, implantados por igrejas de diferentes filiações religiosas, com resultados positivos na aderência e manutenção dos mesmos (Fitzgibbon et al., 2005; Ka’opua et al., 2011). Alguns desses programas acrescentam conteúdos religiosos, como preces em grupos, leitura de escrituras de livros sagrados e discussão para melhorar o coping no processo de emagrecimento, com objetivo de oferecer elementos para que os participantes se mantenham por maior período possível em estilo saudável de vida (Djuric et al., 2009; Krukowski et al., 2010).

Com relação à E/R e o sistema imunológico, vários pesquisadores têm encontrado diminuição de interleucina 6 (IL-6) e outros marcadores inflamatórios, quando associados a maior frequência religiosa (Lutgendorf et al., 2004). E os marcadores inflamatórios, especialmente a IL-6, estão presentes em diversas doenças osteomusculares, cardiovasculares, depressão e fatores agudos de estresse, além de estreitamente relacionados à mortalidade na população idosa (Harris et al., 1999). A respeito de mortalidade, Lutgendorf et al. (2004), encontraram, através de um estudo prospectivo, que os pacientes que não tinham prática religiosa, tinham maior mortalidade quando comparados aos que praticavam sua religião de uma a duas vezes por mês.

Alguns estudos de acompanhamento das consequências do diagnóstico do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) nos aspectos físicos, psicológicos e religiosos desses portadores, têm encontrado resultados benéficos, tais como aumento de práticas religiosas e espirituais, aumento de CD4 e diminuição de carga viral (Ironson et al., 2006; Bormann e Carrico, 2009b). Dados nacionais também sustentam a hipótese de maior acesso a práticas religiosas nessa população, como encontrado por Carneiro (2010) elevados escores de E/R logo após o diagnóstico do vírus HIV em 131 pacientes avaliados.

Nessa mesma linha, outros estudos encontraram relação da frequência religiosa com menores níveis de cortisol (Tartaro et al., 2005; Carrico et al., 2006).

Pesquisas têm também constatado associação benéfica entre E/R e menores índices de hipertensão arterial, de complicações em pós-operatórios cardíacos e menor progressão de coronariopatias (Buck et al., 2009; Lucchetti et al., 2010b e Lucchetti et al., 2011; Masters e Hooker, 2013). Algumas práticas de meditação espiritual têm sido associadas ao aumento do controle do sistema nervoso parassimpático e diminuição do simpático (Berntson et al., 2008; Suchday et al., 2012). Berntson et al. (2008) fizeram um estudo com 229 pacientes, por um período de três anos, no qual realizaram diversas avaliações (cardíacas, psicológicas e espirituais), e encontraram que a regulação autonômica cardíaca foi preditora para ocorrência de infarto agudo do miocárdio. Outros achados também indicam que as práticas espirituais e religiosas semanais constituem fatores protetores contra doenças cardiovasculares (Powell et al., 2003).

A respeito dos diferentes tipos existentes de neoplasias, muitas investigações vêm sendo realizadas correlacionando a progressão/remissão das mesmas com sobrevida, qualidade de vida e espiritualidade, trazendo benefícios tanto para pacientes quanto para familiares envolvidos (Yoshimoto et al., 2006; Ando et al., 2010; Breitbart et al., 2010; Ka'opua et al., 2011). Em 2010, Messina et al., conduziram um estudo para avaliar redução de câncer metastático de pulmão e observaram essa, estatisticamente significativa, quando o perfil psicológico do paciente era associado à fé espiritual, comparado com outros traços psicológicos.

Nem sempre é possível intervir na sobrevida de doentes portadores de cânceres e metástases, por exemplo, mas pode-se atuar melhorando qualidade de vida. É uma doença que faz o paciente enfrentar diversas questões de fim de vida, tendo a abordagem religiosa uma grande importância e relevância para os pacientes e familiares (Puchalski, 2007).

Existem também nas últimas vinte décadas pesquisas identificando a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental. Muitos desses estudos mostraram que existe uma maior propensão de resposta dos indivíduos religiosos nos tratamentos de determinados distúrbios psicológicos (Dein et al., 2012).

Uma revisão sobre religiosidade e saúde mental, realizada em 2006 por Moreira-Almeida et al., demonstrou uma relação diretamente proporcional com bem-estar psicológico (satisfação, felicidade, valores morais) e inversamente proporcional com depressão, suicídio e abuso de drogas, resultados semelhantes sustentados em outras revisões (Smith et al., 2003; Koenig, 2007; Bonelli et al., 2012).

No livro “Handbook of Religion and Health”, publicado em 2012 por Harold Koenig e colaboradores, encontra-se uma extensa revisão dos artigos publicados sobre essa temática na área de saúde mental, sendo que 91 de 114 artigos (79%) mostraram correlações positivas entre bem-estar, otimismo e esperança; 15 de 16 artigos (93,7%) apresentaram correlação com propósito e significado de vida e 19 de 20 (95%) com suporte social.

Dentre as pesquisas em saúde mental e E/R, o abuso e a dependência de substâncias são os transtornos que mais apresentam evidências científicas, encontrando-se taxas menores de uso/ abuso em pacientes religiosos quando comparados com não religiosos (Califano et al., 2010).

Numerosos estudos, tanto longitudinais (Zemore, 2007; Conner et al., 2009; Kaskutas, 2009) quanto ensaios clínicos controlados (Brown et al., 2007; Miller et al., 2008; Kelly et al., 2011), também suportam essa relação. Alguns autores demonstraram o papel protetor da religiosidade frente ao consumo de substâncias ilícitas para as pessoas que praticam e creem na importância da religião escolhida (Miller et al., 2000; Hodge et al., 2001), para pessoas que

frequentam igreja (Blum et al., 2003) e também as que tiveram educação religiosa na infância (Ring e Franklin, 1981).

Edlund et al., (2010), realizaram um estudo transversal para investigar se a associação entre religiosidade e baixo consumo de substâncias ilícitas, ocorria devido ao suporte social da religião ou ao estado mental do paciente. Investigaram variáveis sócio-demográficas e religiosas de 36.370 usuários de álcool e concluíram que nem o suporte social e nem o estado mental sugerem ser a causa do benefício, sugerindo que talvez exista um “ingrediente ativo” no fator E/R.

Outra doença generalizada em todo o mundo que tem importante impacto sobre a função profissional, social e qualidade de vida, é a depressão. Vários estudos atuais evidenciaram que há um benefício adicional quando o tratamento convencional para quadros depressivos é associado com o tema E/R (Bonelli et al., 2012; King et al., 2013).

Um interessante estudo avaliou a relação de um programa de fé para enfermeiros que tratavam pacientes rurais portadores de demência e depressão. Após aplicação do protocolo, encontraram diminuição dos níveis depressivos dos pacientes de forma significativa, mostrando que o grau de espiritualidade dos profissionais de saúde pode também influenciar no tratamento dos doentes (Hall et al., 2011). Koenig (2007) investigou a relação entre atividades religiosas em 115 pacientes com doença cardíaca e/ou pulmonar obstrutiva crônica com diagnóstico concomitante de depressão, e encontraram 53% maior remissão da depressão em pacientes que combinavam frequência religiosa, preces e estudo da Bíblia.

Assim como a revisão de Moreira-Almeida et al. (2006), outros estudos recentes realizados no Brasil também demonstraram a relação entre menor prevalência de depressão em pessoas mais religiosas (Lucchetti et al., 2011, Lucchetti et al., 2012).

Em 2013, Bonelli e Koenig, fizeram uma revisão sistemática sobre transtornos mentais, religiosidade e espiritualidade, sendo que dos 31 artigos dos últimos 20 anos, somente três eram referentes a transtorno de ansiedade e estresse pós-traumático. De acordo com essa referência não houve nível de evidência suficiente para qualquer conclusão do assunto.

Dentre os estudos dessa revisão, havia um ensaio clínico com 62 pacientes muçulmanos com ansiedade generalizada, que comparou a intervenção psicoterápica religiosa com intervenção terapêutica convencional. Encontraram melhora significativa na redução da ansiedade após três meses de tratamento, sem diferença quando reavaliados após seis meses (Azhar et al., 1994). Outros estudos suportam uma relação inversamente proporcional entre níveis de E/R e de ansiedade (Rosmarin et al., 2010; Hosseini et al., 2013; Koszycki et al., 2013). Entretanto, alguns trabalhos mais antigos não encontraram relação entre esses índices (Baker e Gorsuch, 1982).

Os fatores espirituais e religiosos também têm se mostrado altamente prevalentes em pacientes com esquizofrenia (Morh e Huguelet, 2004). Para alguns portadores, a religião representa esperança, propósito e significância em suas vidas, enquanto para uma minoria, induz ao desespero espiritual. Vários pacientes avaliados relataram que a religião diminui os sintomas gerais e as psicoses, aumentando as interações sociais (Tarko, 2002; Brandt et al., 2006; Morh et al., 2006).

Esses dados fortalecem a necessidade de novos estudos, especialmente pelos resultados potencialmente benéficos na saúde física e mental.

Diante dessas evidências, a avaliação dessa dimensão pelo profissional de saúde vem contribuindo para prevenção e/ou tratamento de doenças pelos seguintes motivos:

1. Para a grande maioria da população as crenças pessoais podem ajudá-los a lidar com problemas e doenças (Ehman et al., 1999). Além disso, existem evidências que apontam a necessidade que muitos pacientes apresentam de serem questionados sobre sua religião e espiritualidade (Oyama e Koenig, 1998), bem como a segurança que sentem do médico quando isso ocorre (McCord et al., 2004; Borrás et al., 2010).
2. Pesquisas demonstram que atividades e crenças religiosas estão associadas a melhor saúde física e qualidade de vida (Sawatzky et al., 2005; Lucchetti et al., 2010a).
3. A E/R pode interferir nas condutas médicas, tanto por parte dos pacientes (por exemplo, quando determinadas crenças limitam o uso de hemoderivados), quanto por parte dos médicos (por exemplo, que não

prescrevem anticoncepcionais por crenças religiosas pessoais) (Curlin et al., 2007; King e Koenig, 2009).

Todas essas justificativas fizeram instituições como a OMS, incluir a espiritualidade em uma proposta da definição de saúde que seria “completo bem estar físico, psicológico, social e espiritual” (Fleck et al., 2003). Dentro dessa orientação, instrumentos foram criados para avaliar a qualidade de vida, como por exemplo, o WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) que inclui as dimensões de E/R, e inclusive, versões que avaliam somente a dimensão espiritual, como o WHOQOL SRPB (Fleck e Skevington, 2007).

No entanto, apesar das inúmeras correlações positivas entre E/R e saúde, deve-se também considerar a religiosidade negativa que seria aquela associada a pensamentos do tipo: “Deus está me castigando”, “Deus não gosta de mim” e “Deus me abandonou”. Esse tipo de comportamento pode levar a desfechos como maior prevalência de depressão, ansiedade e maior mortalidade (Koenig, 1998; Pargament et al., 2001). Em 2001, Pargament et al. observaram a correlação existente entre religiosidade, doença e mortalidade, através de um desenho de coorte com dois anos de seguimento. Com uma amostra de 596 pacientes, os autores encontraram um maior risco de mortalidade para determinadas formas de religiosidade negativa, como as citadas acima, na qual se crê que “Deus castiga”.

Outra pesquisa mais recente estudou uma população composta de 426 pessoas que experienciaram um terremoto na Itália. Para comparação, recrutaram 522 pessoas de áreas próximas não afetadas. Avaliaram ideação suicida e espiritualidade e, encontraram que o coping religioso negativo que gera conflitos e dúvidas, pode prolongar sofrimento ao invés de aliviá-los (Stratta et al., 2012).

Apesar da extensa literatura avaliando correlações ou associações entre espiritualidade, religiosidade e saúde, pouco ainda foi proposto no intuito de avaliar se a estimulação de tal dimensão na vida do paciente poderia resultar em melhores desfechos clínicos. Por sinal, essa é uma das grandes críticas feitas por alguns pesquisadores da área, que acreditam que essas associações não teriam importância em contextos clínicos (Sloan et al., 1999).

Teoricamente, as intervenções de cunho espiritual ou religioso teriam papel na modificação do pensamento do indivíduo, maior aceitação de sua doença, maior suporte social, maior compreensão de sua existência e incentivo a crença e fé dos mesmos. Isso poderia ter repercussões na evolução clínica dos pacientes (Djuric et al., 2009; Rosendahl et al., 2009; Huguelet et al., 2011).

Existem várias abordagens espirituais e religiosas atualmente utilizadas como terapêutica complementar. As preces intercessórias realizadas à distância, que podem ser com ou sem ciência do paciente, já foram realizadas em diversas doenças (Walker et al., 1997; Olver e Dutney, 2011; Hoşrik et al., 2014). Os resultados, porém apresentam-se contraditórios, alguns apresentando melhora nos sintomas avaliados (Olver e Dutney, 2011), outros neutros (Hoşrik et al., 2014) e outros ainda mostrando piora (Walker et al., 1997). A conclusão geral desses estudos é que existem dificuldades metodológicas para fundamentar os argumentos e necessidade de mais estudos sobre o assunto.

Frente as dificuldades metodológicas citadas e a necessidade que os pacientes têm apresentado de participarem ativamente da discussão (Stein et al., 2013), este estudo considerou o termo intervenção espiritual/religiosa como sendo uma intervenção baseada em mensagens para saúde emolduradas por temas de relevância espiritual/religiosa. Essa mensagem abordada pode usar temas espirituais tais como: cuidar do corpo que Deus proveu, orações em grupo, estimular o suporte de um doente com outro através da troca interpessoal, discussão reflexiva de valores morais e espirituais para aceitação da situação a ser enfrentada (Holt et al., 2009; Breitbart et al., 2010; Anderson et al., 2013), dentre outros.

Nesse formato, estudos têm proposto estratégias para estimulação das crenças espirituais/religiosas para melhorar a saúde física e mental de pacientes (Becker et al., 2006; Bormann et al., 2006; Ando et al., 2010; Koszycki et al., 2010; Ka'opua et al., 2011). Por não se apresentar um protocolo definido de abordagem, existem diferentes formas de aplicação em diferentes culturas e crenças religiosas.

Usualmente, encontram-se aplicadores ou facilitadores que criam discussões emolduradas por cunho filosófico/espiritual em torno da doença ou dificuldades enfrentadas, a fim de estimular a busca de uma espiritualidade individual ou intrínseca. Essa pode ser resgatada ou adquirida, seja através de suas crenças religiosas pessoais, de bons valores morais, de reflexões sobre a vida e a morte ou até através do entendimento e compreensão do sofrimento pelo qual outros do grupo também vivenciam (Becker et al., 2006; Chan et al., 2006; Margolin et al., 2006; Rungreangkulkij e Wongtakee, 2008).

Algumas pesquisas atuais têm apresentado sugestões de intervenção espiritual de forma randomizada, aplicando o protocolo sugerido para um dos grupos avaliados e comparando os resultados através de diferentes desfechos, como por exemplo, aspectos sociais, físicos, mentais, de qualidade de vida, e até de mortalidade (Chan et al., 2006; Cleland et al., 2006; Moritz et al., 2006).

Apesar do número crescente de artigos nessa linha de pesquisa, as abordagens ainda são bastante distintas e sem padronização específica. Por ser a intervenção espiritual um procedimento de fácil realização e baixo custo, tem-se encontrado essa utilização em diversas doenças e populações, como pacientes asmáticos (Cleland et al., 2006), portadores de HIV (Bormann et al., 2006), de neoplasias (Becker et al., 2006; Chan et al., 2006), familiares de pacientes terminais (Yoshimoto et al., 2006), dentre outros. Há, porém, a carência de mais estudos para investigar o impacto dessas estratégias complementares nessas doenças e, se benéfico, em que momento atuar.

Encontramos na literatura três meta-análises nessa linha de pesquisa, com definições de tratamento e critérios de seleção bastante heterogêneos entre si, avaliando tratamentos complementares em saúde que envolviam E/R (McCullough, 1999; Smith et al., 2007; Oh e Kim, 2012).

No intuito de atualizar e aprofundar os resultados encontrados em literatura, a presente pesquisa objetivou realizar uma revisão sistemática e meta-análise seguindo diretrizes do PRISMA, selecionando apenas ensaios clínicos randomizados, sem restrição de populações, que receberam alguma intervenção espiritual/religiosa, além de avaliar a qualidade metodológica dos artigos.

2. Justificativa

Desde meados dos anos 60, diversos estudos têm demonstrado o papel da E/R na saúde e qualidade de vida de pacientes e/ou familiares. Entretanto, poucos estudos até o momento procuraram avaliar a eficácia de uma intervenção desse cunho nos mais diferentes aspectos dos pacientes.

Uma das grandes dificuldades de se investigar os resultados é a falta de definição de um protocolo específico de intervenção espiritual/religiosa, já que tal abordagem possui cunho bastante subjetivo por envolver religiosidade e crenças pessoais. Os estudos em geral são bastante heterogêneos quanto à aplicabilidade da técnica, até dentro de uma mesma doença, o que dificulta o emprego do protocolo e a comparação entre os diversos trabalhos.

Há também o fator de qualidade do ensaio clínico nesse perfil de pesquisa, uma vez que as intervenções espirituais são abordadas basicamente em grupos de discussão, trazendo limitações como o quesito “duplo-cego”, por exemplo. É importante que se tenham diretrizes para realizar trabalhos de alto nível de qualidade, a fim de averiguar se a ampla gama de benefícios encontrados nos resultados observacionais se aplica também aos ensaios clínicos.

Portanto, dentro desse contexto, objetivou-se realizar uma revisão sistemática sobre o tema, no intuito de atualizar e aprofundar as evidências de tal procedimento na saúde de pacientes, assim como avaliar os modelos utilizados de intervenção e suas funções. Para tal, seguiram-se as diretrizes do PRISMA selecionando apenas ensaios clínicos randomizados, sem restrição de populações, que receberam alguma intervenção espiritual/religiosa, além de avaliar a qualidade metodológica dos artigos.

Considerando encontrar alta heterogeneidade nas pesquisas, projetou-se realizar meta-análise somente dos estudos passíveis de agrupamento por populações ou por desfechos clínicos.

3. Objetivos

Objetivo Primário: avaliar a eficácia do uso de intervenções espirituais/religiosas como terapêutica complementar na saúde mental e física em diferentes populações. Para esse fim, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura sobre ensaios clínicos que compararam essas intervenções com grupos controles, seguido de análise quantitativa através de meta-análise dos resultados.

Objetivos Secundários:

- 1) Realizar uma análise descritiva sobre os modelos de intervenção espirituais apresentados para cada população/doença e suas funções, através dos seguintes dados: propostas de abordagem espiritual, modelo do(s) grupo(s) de comparação utilizado, escalas e medidas utilizadas para as avaliações dos objetivos definidos, frequência e duração das intervenções, período de seguimento da amostra, aplicador e/ou facilitador do processo;
- 2) Identificar a qualidade dos ensaios clínicos existentes por meio de avaliação de escala e efetuar análise descritiva dos itens que compõem atualmente essa linha de pesquisa.

4. Metodologia

O presente estudo realizou uma revisão sistemática e meta-análise, seguindo o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis), que são diretrizes internacionais sobre como escrever adequadamente essa linha de pesquisa (Moher et al., 2009).

Este tipo de revisão consiste em utilizar fontes de dados existentes na literatura para, através de critérios de elegibilidade, responder a uma questão específica, avaliar a situação presente e formatar novos estudos (Liberati et al., 2009). O uso de métodos sistematizados e explícitos permite minimizar vieses e direcionar o desenvolvimento de novos projetos, investigações e métodos de pesquisa (Montori et al., 2004; Moher et al., 2009).

A revisão sistemática ainda auxilia na integração de estudos sobre determinadas terapêuticas e/ou intervenções com seus respectivos resultados, na reprodutibilidade e atualização da técnica, na avaliação dos riscos de viés dos trabalhos incluídos e na identificação de assuntos que necessitem de evidências científicas (Liberati et al., 2009).

Já a meta-análise, é o emprego de técnicas estatísticas que integram e condensam os resultados dos estudos incluídos (Altman et al., 2001). Quando se combinam informações de todos os estudos relevantes previamente selecionados com a revisão sistemática, podem-se encontrar estimativas precisas sobre os efeitos das medidas de saúde avaliadas (Liberati et al., 2009).

4.1. Critérios de seleção

Foram incluídos no presente estudo ensaios clínicos randomizados que realizaram algum protocolo de intervenção espiritual e/ou religiosa (conforme previamente definido na página 10 da seção Introdução) como forma complementar a terapia padrão em saúde, abrangendo todos os tipos de populações (pacientes, familiares ou pessoas saudáveis).

4.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados foram:

Estudos fora do tema central – consideraram-se aqui as pesquisas adquiridas que não abordaram E/R, as que apresentaram avaliação desses níveis sem utilizarem de alguma intervenção sobre o assunto, os protocolos de cunho espiritual/religioso realizados à distância por curadores ou de prece intercessória. Esses últimos protocolos citados não foram incluídos, devido não estarem de acordo com a definição do termo intervenção espiritual/religiosa abordado no presente estudo.

Estudos sem randomização adequada – prezaram-se aqui os artigos que seguiram as diretrizes do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Schulz et al., 2010) sobre modos adequados de randomização, como por exemplo, programas de computador e sistema de envelopes.

Línguas de publicação – foram excluídos os artigos publicados em línguas que não o inglês, espanhol ou português.

Estudos de desenho transversal, caso-controle e coorte – excluídos devido à impossibilidade de se determinar a eficácia de tal intervenção de uma forma controlada e com bom grau de evidência.

Sem análises estatísticas – não foram incluídos nessa revisão sistemática, pela incapacidade de aproveitamento dos dados finais quanto aos benefícios e/ou malefícios da intervenção.

Estudos experimentais – aqueles sem grupos controle para comparação.

Estudos qualitativos – linha de pesquisa que não apresenta estatística quantitativa para análise do desfecho da intervenção espiritual/religiosa em determinada população.

Estudos teóricos ou de revisão – estudos que propõem teorias ou hipóteses, assim como narrativas, também foram excluídos do presente estudo.

4.3. Fontes de referências bibliográficas

Para a busca dos artigos a serem incluídos no estudo, foram avaliados os seguintes bancos de dados:

Pubmed: é um banco de dados coordenado pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) que possibilita a pesquisa em mais de 17 milhões de artigos científicos da área médica gratuitamente (Pubmed).

Scopus: O SciVerse Scopus é também um banco de dados, propriedade da empresa Elsevier e, portanto, disponibilizado para assinantes. Sua abrangência de referências bibliográficas atinge 18 mil títulos em mais de 5000 editoras internacionais e 16500 revistas peer-reviewed, sendo no campo científico e técnico de ciências médicas e sociais (Scopus).

Web of Science: formatado pela Thomson Reuters, foi desenhado para prover acesso a múltiplas data bases, a pesquisas interdisciplinares e a profundas explorações de especialidades da literatura acadêmica e científica. Como as citações são indexadas, as pesquisas aqui levam a muitas referências sobre o assunto procurado, através das citações nos artigos e livros (Web of Science).

Embase (Experta Medica dataBase): banco de dados que cobre a literatura internacional biomédica, tendo mais de 24 milhões de registros indexados e mais de 7600 revistas e jornais indexados. Torna-se, dessa forma, uma fonte de atualização de dados polivalente e versátil. Os principais pontos são relacionados a medicamentos e prática clínica, porém incluem revisões sistemáticas e ensaios clínicos (Embase).

The Cochrane Collaboration: a Cochrane é uma rede de mais de 28 mil pessoas ligadas por mais de 100 países, que trabalham em conjunto para auxiliar a todos os envolvidos na área de saúde, desde os pacientes até os gestores políticos. Realizam a preparação, atualização, promoção e acessibilidade das Revisões Cochrane, sendo mais de 5000 publicadas on-line (The Cochrane Collaboration).

Esses bancos de artigos biomédicos foram escolhidos devido à abrangência mundial, importância no contexto da pesquisa clínica e utilização

em outras revisões sistemáticas e meta-análises (Pittler et al., 2008; Chiesa e Serretti, 2009).

4.4. Estratégias de busca através de palavras chave

Após extensa revisão preliminar da literatura que envolve o tema, optou-se pela escolha das seguintes palavras chave para expressar o termo intervenção espiritual: “spiritual assistance”, “spiritual intervention”, “spiritual treatment”, “spiritual therapy”, “spiritual assesment”, “spirituality group”, “faith group”, “religious assistance”, “religious intervention”, “religious treatment”, “religious therapy”, “religious group”, “religious meditation” e “spiritual meditation”. Essas expressões foram escolhidas após consenso entre orientador, orientanda e autores com publicações no tema.

Da mesma forma, no intuito de selecionar apenas os ensaios clínicos optou-se por acrescentar as seguintes palavras-chave: “clinical trial”, “meta-analysis”, “randomized controlled trial” e “controlled clinical trial”.

Com o objetivo de facilitar a busca de artigos, juntaram-se todas as palavras-chave em uma única expressão booleana que consistiu em:

(spiritu* OR relig* OR faith OR holistic OR multifaith) AND (assistance OR intervention OR treatment OR therapy OR assessment OR group OR meditation) AND (clinical trial OR meta-analysis OR randomized controlled trial OR controlled clinical trial) (figura 1).

Figura 1: Agrupamento das palavras-chave para formação da expressão booleana

A utilização de expressões booleanas permite buscar, de forma abrangente, diversos estudos em diferentes bancos de dados. Essa forma de pesquisa incrementa a possibilidade de se encontrar artigos relevantes sobre o tema, uma vez que se tratando de cuidados de saúde, não se deve negligenciar a possibilidade de resultados (Pohl et al., 2010).

4.5. Extrações de dados dos estudos

Foi realizada a busca nos bancos de dados citados acima, que preenchem os objetivos propostos de forma sistemática, obedecendo às seguintes etapas:

Fase 1: através da utilização da expressão booleana buscaram-se artigos científicos nos bancos de dados selecionados (Pubmed, Scopus, Embase, Web of Science e Cochrane).

Os artigos encontrados foram avaliados por meio da leitura dos títulos e *abstracts*. Foram excluídos aqueles fora do tema central – descritos na página 15 –, os que não apresentaram grupo controle para comparação da

intervenção, os que não apresentaram versão redigida em inglês, espanhol ou português, e os artigos encontrados repetidos nos diferentes bancos de dados.

Fase 2: iniciou-se a pesquisa dos artigos selecionados na fase 1 via internet, buscando-se os disponíveis on-line e sendo feito o download do arquivo em formato PDF (portable document format) quando encontrados.

Alguns estudos, porém, não estavam disponíveis para download gratuito. Fez-se uso de recurso da Universidade de São Paulo (USP) que possibilita acesso a revistas e periódicos fechados, chamado “Virtual Private Network” (VPN) (Virtual Private Network). Para os artigos que ainda assim não se conseguiu acesso, foi enviado um contato através de e-mail para o(s) autor(es) principal(is) solicitando uma cópia mediante esclarecimento da pesquisa. Aqueles estudos que não apresentaram e-mail de contato ou não se obteve retorno do(s) autor(es), fez-se então a compra dos mesmos.

Após a obtenção de todos os artigos científicos foi realizada a leitura criteriosa do texto completo. Foram categorizados quanto à sua apresentação metodológica: transversal, coorte, ensaios clínicos, entre outros, dos quais se aproveitaram somente os ensaios clínicos que possuíam pertinência com a pergunta central da revisão, conforme citado no item da fase 1. Dentre os ensaios clínicos que não explicitavam o modelo utilizado para a randomização e/ou para a alocação da mesma, apenas citando a informação, fez contato com os autores via e-mail solicitando a descrição completa do procedimento. Aqueles estudos que não se conseguiu contato por e-mail, não se obteve retorno do(s) autor(es) ou o método utilizado para o procedimento não seguia as normas do CONSORT, foram excluídos.

Com os artigos da fase 2 incluídos, iniciou-se a extração dos dados para parte descritiva e para da meta-análise. Em seguida realizou-se a análise de qualidade metodológica dos ensaios clínicos.

A escala inicialmente escolhida para análise foi a Jadad (Jadad, 1998) (Anexo A) pela sua curta duração e facilidade de uso. Avalia basicamente três tópicos: randomização, “duplo-cego” e perda/abandono de amostra. A cada resposta “sim” nos primeiros cinco itens adiciona-se um ponto e para cada resposta “não” nos dois últimos itens subtrai-se um ponto, sendo, portanto, a pontuação global de zero a cinco. A pontuação mínima para o ensaio clínico

ser considerado como boa qualidade é três (Berger e Alperson, 2009). De acordo com a definição de intervenção espiritual/religiosa abordada nesse estudo, os participantes interagem direta e ativamente nas pesquisas, o que gera restrição no quesito “duplo-cego”. Por conta dessa restrição, ao realizar aplicação piloto da escala Jadad em alguns desses ensaios clínicos, percebeu-se o contingente de artigos classificados como baixa qualidade, devido à baixa pontuação pela limitação de itens considerados na avaliação.

Clark et al. (1999) também encontraram dificuldade na confiabilidade entre autores para avaliação dos itens de amostragem. Realizou-se então busca de outras escalas que ponderassem o desenho metodológico dessa linha de pesquisa com maior flexibilidade. Dentre as encontradas, optou-se pela escala da Cochrane Collaboration (Berger e Alperson, 2009), a “Cochrane Back Review Group Criteria List for Methodological Quality Assessment” (Anexo B), também utilizada em outras revisões sistemáticas (Fouyas et al., 2006; Engers et al., 2008). Avalia, através de 11 perguntas, a randomização, “duplo-cego”, menção dos vieses, resultados estatísticos, perda/abandono de amostra e detalhes sobre a intervenção oferecida. Na operação da escala pode-se somar um ponto para resposta “sim” em cada um dos itens e zero para respostas “não sei” e “não” (Anexo C). De acordo com Van Tulder et al. (2003), quando um artigo analisado sob esse escore apresenta pontuação maior ou igual a seis em todos os aspectos avaliados, é classificado com boa qualidade. Com a aplicação piloto dessa escala encontrou-se maior maleabilidade na interpretação dos ensaios clínicos, considerando as limitações naturais nessa linha de pesquisa, como o “duplo-cego”.

Seguindo as diretrizes do CONSORT, “a especialidade do ensaio clínico é a prevenção de viés quando atribui intervenções para os participantes do estudo” (Schulz et al., 2010). E, uma vez que um dos objetivos do presente estudo é fazer uma análise da qualidade dessas pesquisas para auxiliar no direcionamento futuro, definiu-se então por seguir criteriosamente o corte de pontuação mínima de seis, a fim de trabalhar com os estudos que apresentassem os desenhos metodológicos mais adequados.

Durante a aplicação da escala, caso houvesse algum dado não descrito no estudo analisado, contatou-se o(s) autor(es) para obter as informações

faltantes. Existe na literatura a importância de dois ou mais avaliadores para pontuação de escores evitando vieses na classificação dos estudos (Van Tulder et al., 2003; Van Der Kooy et al., 2007). Portanto, os artigos que surtiram dúvidas quanto à extração de informações para pontuação, foram avaliados de forma independente por mais dois colaboradores (GL e HPVF) e as discordâncias foram discutidas e resolvidas entre os três. Para análise da confiabilidade da classificação dos três examinadores, utilizou-se do método estatístico de coeficiente de correlação intraclasse dos avaliadores por meio do programa estatístico SPSS versão 17.0 (SPSS Inc.). Dessa forma, foram selecionados os artigos que seguiram para a discussão do presente trabalho.

4.6. Desfechos avaliados

Foram avaliados os seguintes desfechos: (1) diagnósticos dos participantes, (2) amostra dos envolvidos, (3) protocolos de intervenção (tipo, frequência, duração e seguimento), (4) escalas e desfechos analisados, e (5) resultados das intervenções.

Referente ao item (3) foram analisados os modelos propostos nos estudos incluídos, já que atualmente não existe consenso sobre qual a melhor forma de se aplicar uma intervenção espiritual. Em paralelo, avaliamos também as funções para as quais foram designados esses protocolos, buscando descobrir em quais áreas da saúde esses procedimentos são levados em consideração como terapêutica complementar e se apresentaram ou não benefícios clínicos que envolviam a saúde física e/ou mental dos sujeitos, mensuradas por meio de escalas, escores ou variáveis desfechos (hospitalização, sintomas clínicos, recaídas, entre outros).

E sobre o item (5), consideramos desfechos favoráveis como alcance satisfatório/positivo dos objetivos primários e secundários propostos nos estudos denotando melhora na saúde geral e qualidade de vida dos avaliados, seja por meio da melhora de escores ou diminuição de prevalência no seguimento. Já os desfavoráveis são o conjunto de aspectos que apresentam

uma piora nos fatores avaliados (piora dos escores ou aumento da frequência/prevalência).

Para os desfechos explorados na meta-análise temos: sintomas depressivos, de ansiedade e qualidade de vida. Utilizou-se o modelo de efeitos aleatórios para análise desses desfechos, com intervalo de confiança de 95% para cada medida. Caso houvesse diferença nas escalas avaliadas nos artigos, optou-se por utilizar a diferença de média padrão.

Fez-se também criteriosa análise da qualidade dos ensaios clínicos descritos em literatura. O intuito aqui foi descobrir formas de ampliar os estudos com metodologia adequada para melhor consenso da relevância ou não do assunto na prática clínica.

4.7. Análises estatísticas

Para avaliar a confiabilidade inter-examinadores no acesso à qualidade metodológica, foi utilizado coeficiente de correlação intraclass, o qual quantifica o percentual da variabilidade dos dados que é atribuído a uma diferença entre os examinadores. O escore desse coeficiente varia de 0 a 1.00, sendo que quanto mais próximo do 1.00, menor variabilidade existente entre essas medidas. Para esse cálculo, foi utilizado o programa SPSS versão 7.0 (SPSS Inc.).

Referente à meta-análise empregou-se programa da biblioteca da Cochrane, o RevMan 5.2. Optou-se por utilizar modelos de efeito aleatório considerando possível heterogeneidade nas escalas de cada estudo (Liberati et al., 2009). A fim de explorar a variabilidade dos resultados, utilizou-se a diferença de média padrão e a ponderação da qualidade metodológica dos artigos.

Quanto aos desfechos, para os estudos que examinaram mais de um grupo controle com suas amostras, foram extraídos os dados experimentais comparando com os diferentes grupos controle em análises separadas (exemplo: Rosmarin 2010.1 – intervenção espiritual/religiosa vs. grupo controle, Rosmarin 2010.2 – intervenção espiritual/religiosa vs. outra intervenção).

5. Resultados

A figura 2 apresenta o fluxograma da busca sistemática dos artigos científicos citados no item 4.5., seguindo modelo que consta nas diretrizes do PRISMA (Liberati et al., 2009).

Figura 2. Fluxograma do PRISMA.

Mantendo a sequência das fases para seleção, segue abaixo o resultado encontrado em cada procedimento.

Fase 1: foi realizado um projeto piloto do levantamento dos dados em 21 de junho de 2011 e através da expressão booleana encontrou-se 3241 artigos científicos, sendo 1315 na Pubmed, 795 na Scopus, 530 na Embase, 442 na Web of Science e 159 na Cochrane. Foram selecionados todos os estudos que no título ou no *abstract* fizeram menção a algum tipo de abordagem espiritual/religiosa, já definida anteriormente, para leitura completa do protocolo e desenho metodológico quando não compreendido claramente. Os excluídos que não se encaixaram no tema central da pesquisa foram 2807, os que não apresentaram grupo controle para comparação corresponderam a 161, os artigos encontrados repetidos nos diferentes bancos de dados, resultaram em 100 e os que não apresentaram versão redigida em inglês, espanhol ou português somaram 54.

Na primeira seleção da fase 1 do piloto obtiveram-se no total 3122 artigos excluídos e 119 incluídos para seguirem para a fase 2.

Após a realização do piloto, optou-se por acrescentar mais dois bancos de dados: o PsycINFO e o Scielo, devido à sua abrangência em literatura de ciências do comportamento e saúde mental (PsycINFO) e a incluir publicações em português e espanhol (Scielo). Na última base citada não se obteve sucesso com o uso da expressão booleana, sendo então empregadas as seguintes expressões: “espiritualidade AND ensaio clínico randomizado”; “religiosidade AND ensaio clínico randomizado”; “espiritualidade AND intervenção AND tratamento”; “religiosidade AND intervenção AND tratamento”; “espiritualidade AND grupo AND tratamento”; “religiosidade AND grupo AND tratamento”; “espiritualidade AND tratamento”; “religiosidade AND tratamento”. O segundo levantamento foi realizado em 26 de agosto de 2013.

Os resultados encontrados foram o total de 4751 artigos, correspondendo 1717 ao Pubmed, 1072 ao Scopus, 972 ao Embase, 502 ao Web of Science, 432 ao Cochrane, 52 ao Scielo e 4 ao PsycINFO. Desses, os excluídos por tema incompatível somaram 4084, metodologia que não eram ensaio clínico juntaram 283, repetidos foram 155 e outros idiomas 67.

Nos artigos excluídos pelo idioma, realizou-se um levantamento de quantos eram pertinentes ao tema central e processo de seleção, para conhecimento de possível viés de seleção. Dentre os 67 excluídos, encontraram-se 53 não pertinentes ao tema central, oito sobre cura à distância (alemão, japonês e sueco), quatro sobre E/R em desenhos metodológicos que não eram ensaios clínicos (coreano, húngaro e japonês) e apenas dois que continham título e *abstract* compatível com os critérios de inclusão (árabe e coreano).

Na seleção final da fase 1, portanto, somaram-se 4589 artigos excluídos e 162 incluídos para seguirem para a fase 2.

Fase 2: iniciou-se a pesquisa dos 162 artigos selecionados na fase 1 através da internet. Dentre esses, 107 foram excluídos por não disporem da presente definição de intervenção espiritual/religiosa, por desenhos metodológicos que não apresentavam grupos controles para comparação ou que apenas descreviam os protocolos em andamento sem apresentação de resultados, e por randomização inadequada; 28 não apresentaram informações suficientes sobre o procedimento de randomização, e 27 foram incluídos. Dos 28 autores contatados, somente 13 retornaram sendo incluídos 12 artigos por procedimento de randomização em conformidade com o CONSORT (Schulz et al., 2010).

5.1. Características dos estudos

A tabela 2 apresenta as características gerais dos artigos finais selecionados. Grande parte dos estudos avaliou diferentes desfechos através da mesma amostra estudada, sobrepondo-se com relação aos objetivos: nove realizaram análises em desfechos biológicos, 23 em saúde mental e 28 avaliaram mudanças na E/R. Referente às datas de publicação, encontrou-se estudos de 2005 a 2013, com predominância de 2010 a 2013, em 77,2% do total.

As populações encontradas foram heterogêneas e recrutaram amostra total de 4470 participantes, composta tanto de portadores de doenças quanto indivíduos saudáveis. Diagnósticos encontrados foram desordens de saúde

mental (30,7%), câncer (20,5%), pacientes crônicos (15,3%), obesidade (7,6%) e pré-operatórios cardíacos (5,1%) somando 3321 do todo. Já a população saudável abrangeu indivíduos gerais e profissionais da área da saúde (20,5%) na quantidade de 1149.

Tabela 2. Características gerais dos estudos.

Autor/Ano	Participantes	No	Escalas	Tipos de Interv.	Número de sessões/Min	Tempo	Resultados dos grupos controle
Anderson, 2013	Idosos saudáveis	27	7-DAI/ EBBS	Ambiente de igreja	10/90	< 1 m	+ / +
Arriola, 2010	Saudáveis	425	Avaliação de intenção de doação de órgãos	Ambiente de igreja	1+n/?	> 6 m	N
Bay, 2008	Pré-operatório cardíaco	170	HADS/ E E/R	Serviço pastoral	4/44	1 a 6 m	N/ +
Bormann, 2006	HIV+	93	Q-LES-Q/ PSS/ STAI/ CES-D/ E E/R	Meditação	5/90	1 a 6 m	N/ N/+ / + / +
Bormann, 2008	Estresse pós-traumático	29	PTSD/ Q-LES-Q/ E E/R	Meditação	6/90	1 a 6 m	+ / + / +
Bormann, 2009a	HIV+	93	Cortisol/ E E/R	Meditação	5/90	1 a 6 m	N/ +
Bormann, 2009b	HIV+	93	STAI/ E E/R	Meditação	5/90	1 a 6 m	+ / +
Bowland, 2012	Estresse pós-traumático	43	GDS/ BAI/ E E/R	Terapia	11/90	1 a 6 m	+ / + / N
Breitbart, 2010	Câncer	90	HADS/ E E/R	Terapia	8/90	1 a 6 m	N/ +
Breitbart, 2012	Câncer	120	MQOL/ HADS/ E E/R	Terapia	7/60	1 a 6 m	+ / N/ N
Burkhart, 2012	Saudáveis	59	Cuidados espirituais na prática/ E E/R	Terapia	2/?	< 1 m	+ / N
Djuric, 2009	Sobreviventes de câncer	24	Peso/ 7D-PAR/ CES-D / E E/R	Terapia	13/?	> 6 m	+ / N/ + / +
Duru, 2010	Sedentários	62	Pedômetro/ IMC/ Dor	Ambiente de igreja	8/90	1 a 6 m	+ / N/ N
Feuille, 2013	Enxaqueca	74	ID-MS/ Dor/ E E/R	Meditação	15/20	< 1 m	N/ N/ +
Fitzgibbon, 2005	Obesos	59	7D-PAR/ IMC/ E E/R	Terapia	12/90	1 a 6 m	+ / + / N
Holt, 2008	Saudáveis	108	Anotações sobre pensamentos	Ambiente de igreja	1/?	< 1 m	N
Holt, 2012	Saudáveis	316	Questões sobre câncer/	Ambiente de igreja	2/?	< 1 m	+ / +

E E/R							
Hosseini, 2013	Pré-operatório cardíaco	70	HAS	Serviço pastoral	5/45-60	< 1 m	+
Huguelet, 2011	Esquizofrenia	84	PNSS/ E E/R	Terapia	1+n/?	1 a 6 m	N/ N
Jafari, 2012	Câncer	65	EORTC QLQ	Terapia	6/120-180	1 a 6 m	+
Jafari, 2013	Câncer	65	EORTC QLQ/ E E/R	Terapia	6/120-180	1 a 6 m	+/ +
Kelly, 2011	Dependentes químicos	774	Form90-D/ E E/R	Terapia	12/60	> 6 m	+/ +
Koszycki, 2013	Transtorno de ansiedade generalizada	23	HAS/ PSWQ/ BAI/ BDI/ E E/R	Terapia	12/50	1 a 6 m	+/ +/ N/ N/ +
Krukowski, 2010	Obesos	34	IMC	Ambiente de igreja	16/60	1 a 6 m	+
Lloyd-Williams, 2013	Câncer	100	BEDS/ Dor	Terapia	8/?	1 a 6 m	N/ +
Margolin, 2006	Dependentes químicos	72	Auto-estima/ Motivação para prevenir HIV	Terapia	8/60	1 a 6 m	+/ +
McCauley, 2011	Dor crônica	100	Dor/ MOOD/ E E/R	Recursos audiovisuais	5/28	1 a 6 m	N/ N/ N
Miller, 2005	Pacientes terminais	51	BDI/ STAI/ E E/R	Terapia	12/75	> 6 m	N/ N/ N
Miller, 2008	Dependentes químicos	64	Form90-D/ BDI/ STAI/ E E/R	Recursos audiovisuais	12/?	< 1 m	-/ -/ -/ N
Morita, 2009	Saudáveis	41	MBS/ E E/R	Terapia	8/180	> 6 m	+/ +
Moritz, 2006	Estresse emocional e depressão	165	POMS/ SF-36	Recursos audiovisuais	8/90	1 a 6 m	+/ +
Oman, 2006	Saudáveis	58	PSS/ MBI	Meditação	5/90	1 a 6 m	+/ +
Oman, 2008	Saudáveis	58	PSS/ E E/R	Meditação	5/90	1 a 6 m	+/ +
Piderman, 2013	Câncer	131	LASA/ E E/R	Terapia	6/90	1 a 6 m	+/ +
Rickhi, 2011	Depressão	84	HAM-D	Recursos audiovisuais	8/90	1 a 6 m	+
Rosmarin, 2010	Transtorno de ansiedade generalizada	261	PWSQ/ CES-D/ E E/R	Recursos audiovisuais	14/30	> 6 m	+/ N/ +
Wachholtz, 2005	Saudáveis	84	STAI/ Dor/ E E/R	Meditação	14/20	1 a 6 m	+/ N/ +
Wachholtz, 2008	Enxaqueca	83	ID-MS/ Dor/ STAI/ CES-D/ MSQFS/ E E/R	Meditação	30/20	1 a 6 m	+/ N/ N/ N/ +
Wingood, 2013	HIV+	118	Auto-relato sobre uso de preservativos	Terapia	3/45	1 a 6 m	+

Legenda: E E/R= diferentes escalas de espiritualidade/religiosidade; MOOD=depressive symptoms; PNSS=Positive and Negative Syndrome Scale; IMC=índice de massa corpórea; CHAMPS=Physical Activity Questionnaire; PSWQ=Penn State Worry Questionnaire; CES-D=Center for Epidemiological Studies Depression Scale; 7D-PAR=Stanford Seven-Day Physical Activity Recall; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale; STAI=Spielberger's State Anxiety Inventory; PSS=Perceived Stress Scale; BDI=Beck Depression Inventory; ID-MS=ID Migraine Screener; MSQFS=Migraine Specific Quality of Life Scale; PTSD=Posttraumatic Stress Disorder Scale; Q-LES-Q= Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; POMS=Profile of Mood States; SF-36=Medical Outcomes Study 36; MBI=Maslach Burnout Inventory; BEDS=Brief Edinburgh Depression Scale; 7-DAL= Physical Activity Questionnaire; EBBS=Exercise Benefits and Barriers Scale; MQOL =McGill Quality of Life Questionnaire; GDS= Geriatric Depression Scale; BAI=Beck Anxiety Inventory; EORTC QLG=European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group; HAS=Hamilton Anxiety Scale; HAM-D=Hamilton Depression Scale; LASA=Linear Analog Self-Assessment; +=efeito positivo; N=neutro; -=efeito negativo; *=diferença estatística.

5.2. Protocolos das intervenções

Dentre os artigos selecionados, encontraram-se duas principais linhas de abordagem: espiritual e religiosa. A espiritual constou de temas como valores morais e espirituais, crença em uma “força maior”, enfrentamento, transcendência, entre outros, sem necessidade de alguma filiação religiosa específica, fazendo parte de estudos de modelos terapêuticos, audiovisuais e de meditação. Já a religiosa, utilizou de crenças e tradições específicas para católicos, judeus e muçulmanos, vigentes em todas as pesquisas conduzidas em igrejas e serviços pastorais e em duas terapêuticas.

Apesar do enfoque, alguns modelos dividiram particularidades quanto à técnica de aplicação, sendo, portanto, agrupados: terapia (17 estudos), meditação (9), protocolos em igrejas (6), recursos audiovisuais (5) e serviços pastorais (2), conforme descrito a seguir:

a) Terapia

Essa abordagem foi predominante, sendo nove propostas terapêuticas (Fitzgibbon et al., 2005; Margolin et al., 2006; Djuric et al., 2009; Breitbart et al., 2010; Huguelet et al., 2011; Breitbart et al., 2012; Koszycki et al., 2013; Lloyd-Williams et al., 2013; Piderman et al., 2013), sete educacionais (Miller et al., 2005; Morita et al., 2009; Bowland et al., 2012; Bukhart e Schmidt, 2012; Jafari

et al., 2012; Jafari et al., 2013; Wingood et al., 2013) e uma avaliando ambas (Kelly et al., 2011).

Os grupos controle escolhidos para comparação foram 52,9% com foco educacional ou tratamento padrão para doença, 41,1% com foco terapêutico e 11,7% em lista de espera. O protocolo mais curto teve uma sessão (Huguelet et al., 2011), enquanto os mais longos propuseram doze (Fitzgibbon et al., 2005; Miller et al., 2005; Kelly et al., 2011; Koszycki et al., 2013). Apenas um realizou as discussões individualmente (Breitbart et al., 2012), sendo o restante em grupo.

b) Meditação

A meditação espiritual foi encontrada em nove artigos, sendo comparados com meditação tradicional em três (Wachholtz e Pargament, 2005; Wachholtz e Pargament, 2008; Feuille e Pargament, 2013), com lista de espera em três (Oman et al., 2006; Bormann et al., 2008; Oman et al., 2008) e grupos de vídeos informativos sobre a doença em questão em outros três (Bormann et al., 2006; Bormann et al., 2009a; Bormann et al., 2009b).

Os facilitadores do procedimento foram os próprios autores, que reuniram os participantes antes (Wachholtz e Pargament, 2005; Wachholtz e Pargament, 2008) e/ou durante (Oman et al., 2006; Bormann et al., 2008; Oman et al., 2008; Bormann et al., 2009a; Bormann et al., 2009b) o período da pesquisa, ensinando e tirando dúvidas sobre o exercício. Três autores solicitaram que fosse feita pelo maior número de vezes possível durante o dia (Bormann et al., 2008; Bormann et al., 2009a; Bormann et al., 2009b), enquanto o restante realizava o procedimento diário (Wachholtz e Pargament, 2005; Wachholtz e Pargament, 2008) ou semanal (Oman et al., 2006; Oman et al., 2008), com tempo pré-estabelecido em torno de 20 minutos.

c) Protocolos em igrejas

A randomização foi realizada nas igrejas, sendo o protocolo realizado pelos ministros religiosos (padres, pastores, clérigos) de cada uma delas (Holt

et al., 2008; Arriola et al., 2010; Duru et al., 2010; Krukowski et al., 2010; Holt et al., 2012; Anderson et al., 2013). O material utilizado foi desenvolvido pelos autores e, por vezes adequado pelos facilitadores das intervenções. Esses receberam treinamento dos autores sobre como abordar e direcionar o tema quando houvesse discussão em grupo com os participantes.

Os artigos apresentam grupos de comparação como sendo aqueles já realizados usualmente pelas instituições, abordando promoção e prevenção em saúde. Para as intervenções religiosas, somente incluíram leituras de escrituras dos livros sagrados nas discussões em grupo, juntamente com preces em conjunto e panfletos informativos ou livretos sobre os temas.

d) Recursos audiovisuais

Considerou-se esse tipo de intervenção como aquele em que os autores construíram o material de abordagem em forma de livretos, áudios ou vídeos para aproveitamento individual, seguidos de questionários para responder ou grupos de discussão para debater o conteúdo absorvido.

Dois estudos compararam a intervenção espiritual com um grupo informativo e outro sem intervenção (Moritz et al., 2006; Rosmarin et al., 2010), dois confrontaram com lista de espera (Miller et al., 2008; Rickhi et al., 2011) e somente um equiparou com um único controle informativo (McCauley et al., 2011).

Dos protocolos que criaram vídeos, dois possuíam estratégias espirituais para o enfrentamento da doença com foco na compreensão do próximo (Moritz et al., 2006; McCauley et al., 2011), enquanto outro atendia crenças judaicas (Rosmarin et al., 2010). Após assistir ao vídeo proposto, os pacientes deveriam realizar alguma anotação por escrito complementando a reflexão concluída.

Já os livretos e áudios foram criados e adaptados mencionando espiritualidade com foco na doença tratada, seguida de grupos de debate após acesso ao material (Miller et al., 2008; Rickhi et al., 2011).

e) Serviços pastorais

Referente às intervenções espirituais em forma de capelania, encontrou-se dois estudos, ambos com pacientes em programação pré-operatória cardíaca (Bay et al., 2008; Hosseini et al., 2013). Comparou-se a abordagem com o tratamento padrão dos hospitais nesses procedimentos.

Os capelães seguiram manual de diretrizes para os atendimentos constituídos de rituais (preces, unções, entre outros) e suporte espiritual/religioso adaptado às necessidades médicas dos pacientes: internação, complicações pós-operatórias, problemas pessoais, sofrimento emocional e espiritual. Os atendimentos ocorreram em período pré e pós-operatório e internação hospitalar, constando de quatro visitas em um estudo (Bay et al., 2008) e pelo menos cinco no outro (Hosseini et al., 2013). O tempo de interlocução não foi pré-estabelecido, já que respeitava as necessidades dos pacientes, com variação em torno de 45 minutos para ambos. O acompanhamento manteve-se após a alta hospitalar somente no estudo de Bay (2008).

5.3. Participantes, desfechos clínicos e meta-análises.

As populações encontradas foram heterogêneas com amostra total de 4470 participantes, composta tanto de portadores de doenças quanto indivíduos saudáveis (tabela 1). Sobre os desfechos em saúde mental, encontramos: sintomas depressivos (15 artigos), ansiedade (13), qualidade de vida (9), trauma pós-estresse e níveis de estresse (5), uso/abuso de substâncias (3) e função social (1). Para os biológicos numeramos: dor (4 artigos), IMC (índice de massa corpórea) e perda de peso (4), pressão arterial (2) e cortisol (1).

Dentre os resultados passíveis de exploração em meta-análise, 15 foram em sintomas depressivos, 13 em ansiedade e 9 em qualidade de vida. Desses, foram excluídos respectivamente 3, 2 e 1 por não apresentarem dados suficientes para a estatística (média das medidas mensuradas, desvio padrão e/ou erro padrão). Referente à qualidade de vida, um artigo apresentou dados

estatísticos iguais em publicações diferentes, portanto foi excluída uma versão (Jafari et al., 2012).

Relativo aos sintomas depressivos, a heterogeneidade (I^2) apresentou-se pequena (21%) e não houve diferença estatística entre os estudos ($p=0.41$), apesar da tendência de favorecimento às intervenções espirituais, conforme mostra a figura 3.

Figura 3. Meta-análise de sintomas depressivos

Referente à ansiedade, detectamos indícios de heterogeneidade entre os estudos (87%). Após explorar a análise, encontramos um estudo que parecia diferir dos demais, sendo tratado como outlier. Realizou-se sua exclusão, apresentando $I^2 = 45\%$ com evidência de diferença significativa ($p < 0.0001$) favorecendo as intervenções espirituais/religiosas, conforme figuras 4 e 5.

Figura 4. Meta-análise de ansiedade com outlier.

Figura 5. Meta-análise de ansiedade sem outlier.

E pertinente à qualidade de vida, o I^2 mostrou-se elevado ($I^2 = 86\%$) sem diferença estatística ($p=0.16$). Com o dado de heterogeneidade entre os estudos, também exploramos a análise e consideramos um estudo como outlier, já que diferia dos demais. Com a sua exclusão, encontramos $I^2 = 61\%$, porém sem diferença significativa ($p=0.56$), apresentados nas figuras 6 e 7.

Figura 6. Meta-análise de qualidade de vida com outlier.

Figura 7. Meta-análise de qualidade de vida sem outlier.

Quanto aos desfechos que não foram passíveis de realização de meta-análises devido ao pequeno contingente de cada um e/ou das medidas mensuradas, optou-se por descrever abaixo os principais resultados:

a) Perda de peso/obesidade: com relação aos protocolos para redução de massa corporal encontrou-se cinco pesquisas. Todas utilizaram algum tipo de atividade física, tanto nos grupos experimentais quanto nos controles, fator que mostrou desfecho positivo para ambos os grupos em todos os estudos. As intervenções espirituais mostraram aumento de atividade física em 3 estudos (Duru et al., 2010; Krukowski et al., 2010 e Anderson et al., 2013) e redução de massa corporal em dois (Krukowski et al., 2010; Anderson et al., 2013). Um apresentou redução de pressão arterial (Duru et al., 2010) e outros dois melhora nos hábitos alimentares (Fitzgibbon et al., 2005; Djuric et al., 2009).

b) Profissionais da área da saúde: cinco estudos buscaram explorar os efeitos da intervenção espiritual na saúde mental e na satisfação de profissionais que lidam com pacientes. Todos evidenciaram melhora nos níveis de estresse, exaustão emocional, realização profissional, satisfação pessoal e, inclusive, maior atenção e cuidados gerais com os pacientes (Oman et al., 2006; Oman et al., 2008; Morita et al., 2009; Huguelet et al., 2011; Burkhart e Schmidt, 2012).

c) População saudável: nessas pesquisas, os estudos de prevenção foram todos realizados em ambiente de igrejas. Encontraram-se dois programas para prevenção de câncer através de aderência a exames de rotina com melhores resultados de aderência nas intervenções religiosas para população feminina (Holt et al., 2012) e neutro no outro (Holt et al., 2008), e um para doação de órgãos (Arriola et al., 2010) onde não houve diferença entre os grupos intervenção e controle.

d) HIV/AIDS: os pacientes portadores de HIV também se beneficiaram com modelos de intervenção espiritual/religiosa alcançando

redução de alguns sintomas psíquicos decorrentes da cronicidade da doença (como depressão e ansiedade) (Bormann et al, 2006; Bormann e Carrico, 2009b), mais experiências espirituais diárias (Bormann et al., 2006) e maiores índices de práticas sexuais seguras (Wingood et al., 2013). Redução de níveis de cortisol se apresentaram de acordo com os níveis de fé dos participantes (quanto mais fé, maior a redução) (Bormann et al., 2009a).

e) Uso/abuso de substâncias ilícitas: de dois pesquisas com dependentes químicos que avaliaram frequência e intensidade do consumo de substâncias, uma encontrou diminuição dessas, perdurando após tratamento (Kelly et al., 2011), enquanto a outra encontrou diminuição do consumo do álcool somente após quatro meses, associado a um aumento em índices de depressão e ansiedade dos pacientes que receberam a intervenção espiritual/religiosa (Miller et al., 2008). Houve aumento de fé e auto-estima, além de incorporação de práticas espirituais (Margolin et al., 2006; Kelly et al., 2011),.

f) Enxaqueca: participantes em duas pesquisas distintas uma demonstrou redução na frequência de enxaquecas (Wachholtz e Pargament, 2008) e ambas tiveram maior tolerância à dor (Wachholtz e Pargament, 2008; Feuille e Pargament, 2013), sem alterações em sintomas psíquicos.

g) Traumas pós-estresse: encontraram-se duas intervenções que revelaram resultados promissores no tratamento de traumas pós-estresse, apresentando diferenças significativas conjuntamente com melhora em outros sintomas psíquicos, tanto em homens (Bormann et al., 2008) quanto em mulheres (Bowland et al., 2012). De outras duas pesquisas que avaliaram níveis de estresse em diferentes populações, uma mostrou redução desses (Moritz et al., 2006) enquanto a outra foi neutra (McCauley et al., 2011).

h) Esquizofrenia: um estudo explorou esse transtorno e não observou alteração entre os grupos com relação a aderência ao tratamento médico e aumento de função social, com alto interesse dos pacientes ao discutirem

espiritualidade com seus psiquiatras, sem contra-indicação desses para a abordagem (Huguelet et al., 2011).

5.4. Qualidade metodológica dos artigos

A análise do coeficiente de correlação intraclasse dos examinadores atingiu valor dentro dos limites superior e inferior (0,832) do intervalo de confiança de 95%, mostrando a confiabilidade positiva na interpretação da escala Cochrane (tabela 3).

Tabela 3: Correlação intraclasse dos avaliadores da escala Cochrane.

	Correlação Intraclasse	Intervalo de Confiança 95%		F Teste com Valor Real 0			
		Limite Inferior	Limite Superior	Valores	df1	df2	Sig
Medidas Simples	,832b	0,752	0,893	15,893	53	106	0,000
Medidas Avançadas	,937c	0,901	0,961	15,893	53	106	0,000
Dois modelos de efeitos mistos, onde os efeitos das pessoas são aleatórios e os efeitos das medidas são fixos.							
a. Tipo C de coeficiente de correlação intraclasse usando uma definição consistente – entre – medida de variância é excluída da variância denominador.							
b. O estimador é o mesmo, independentemente do efeito de interação estar presente ou não.							
c. Esta estimativa é calculada assumindo que o efeito de interação está ausente, porque não é calculável de outro jeito.							

Com os 39 artigos finais incluídos, realizou-se a análise dos ensaios clínicos com a escala Cochrane (Anexo B) para avaliação da qualidade da metodologia aplicada. As pontuações de cada um dos artigos foram detalhadas na tabela 4.

Tabela 4: Pontuação da escala Cochrane nos artigos selecionados.

AUTOR/ANO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	ESCORE
Anderson, 2013	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Arriola, 2010	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	6
Bay, 2008	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	7
Bormann, 2006	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Bormann, 2008	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	?	7
Bormann, 2009a	+	+	+	-	-	?	?	+	+	+	+	7
Bormann, 2009b	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Bowland, 2012	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	8
Breitbart, 2010	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	-	7
Breitbart, 2012	+	+	?	-	-	?	+	+	+	+	-	6
Burkhardt, 2012	+	-	+	-	-	?	+	+	?	+	?	5
Djuric, 2009	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	-	7
Duru, 2010	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	8
Feuille, 2013	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	7
Fitzgibbon, 2005	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	7
Holt, 2008	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	8
Holt, 2012	+	+	-	-	-	?	+	+	+	+	-	6
Hosseini, 2013	+	+	+	-	-	?	-	-	+	+	-	5
Huguelet, 2011	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	7
Jafari, 2012	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	?	7
Jafari, 2013	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	?	7
Kelly, 2011	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	8
Koszycki, 2013	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	+	8
Krukowski, 2010	+	+	-	-	-	?	+	+	+	+	?	6
Lloyd-Williams, 2013	+	+	-	-	-	?	?	+	-	+	?	4
Margolin, 2006	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	6
McCauley, 2011	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Miller, 2005	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	-	6
Miller, 2008	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+	+	6
Morita, 2009	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	7
Moritz, 2006	+	+	+	-	-	?	-	+	+	+	+	7
Oman, 2006	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Oman, 2008	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Piderman, 2013	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	?	6
Rickhi, 2011	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	8
Rosmarin, 2010	+	+	+	-	-	?	+	+	-	+	+	7
Wachholtz, 2005	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	8
Wachholtz, 2008	+	+	+	-	-	?	+	+	+	+	+	8
Wingood, 2013	+	?	-	-	-	?	-	+	+	+	+	5

Legenda: A=método de randomização/B=alocação oculta/C=dados de base similares/D=pacientes "cegos"/E=aplicadores "cegos"/F=avaliador "cego"/G=co-intervenções evitadas/H=conformidade aceitável/I=perdas aceitáveis/J=tempo de avaliação dos resultados semelhantes/K=análise com intenção de tratar

Observou-se que nenhum atingiu pontuação máxima de onze, sendo McCauley et al. (2011) que alcançou a maior entre todos, com nove pontos. Em paralelo, notou-se que todos os estudos apresentaram negativa para “duplo-cego”, participantes e aplicadores das intervenções. Já o “terceiro cego” – avaliador dos desfechos dos participantes sem ciência dos grupos que os mesmos estavam envolvidos – está presente em sete estudos. A intensidade, duração, frequência e tempo de abordagens nos protocolos usados (itens H e J, respectivamente), mostrou-se presente em unanimidade nas pesquisas (97,5% em cada um).

6. Discussão

Em resposta a necessidade de aprofundamento do tema intervenções espirituais/religiosas, seu impacto clínico e sua aplicação científica, realizamos uma investigação científica através de uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados. Os resultados mostraram que, em geral, mesmo intervenções espirituais com modelos diferentes, com facilitadores diversos e com populações distintas, tendem a encontrar benefícios clínicos e mentais para aqueles que as recebem. Esses achados são encontrados comparando-se os grupos de intervenção espiritual entre si (pré e pós-intervenção), assim como comparando com grupos controle.

A meta-análise do presente estudo evidenciou redução significativa nos níveis de ansiedade e tendência à melhora em depressão. Apesar de se encontrar revisões sistemáticas e meta-análises sobre intervenções espirituais, até onde se sabe, essa é a primeira que além de abranger diversos bancos de dados científicos, explora também os protocolos realizados e analisa individualmente os pontos metodológicos para auxiliar em futuras pesquisas.

Independente da diversidade das amostras, os objetivos traçados e desfechos analisados convergiram basicamente em três grupos: (a) avaliar o impacto da E/R nas condições clínicas e/ou psicológicas da saúde, além da qualidade de vida; (b) comparar esses efeitos com outros tipos de tratamentos convencionais e descritos em literatura; e (c) verificar a aceitação e satisfação dos protocolos implantados, tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos aplicadores/facilitadores, sendo esses religiosos ou profissionais da saúde. Essa não é uma divisão dicotômica, pois alguns estudos sobrepõem os objetivos classificados acima, de acordo com as propostas de cada autor. A seguir abordaremos com mais detalhes cada item citado:

- a) E/R nas condições clínicas e/ou psicológicas e na qualidade de vida

Os trabalhos com esses objetivos levantaram hipóteses de melhora clínica e de sintomas utilizando-se de escalas validadas, relatos subjetivos e medidas objetivas para a mensuração dos resultados.

Com relação a esses resultados clínicos, encontramos em nossa meta-análise diferença estatística somente nas amostras de ansiedade, com e sem exploração de heterogeneidade ($I^2=87\%$, $p<0.001$ e $I^2=45\%$, $p=0.03$ respectivamente). Para sintomas depressivos, a heterogeneidade da amostra revelou-se mais adequada ($I^2=21\%$), porém não houve significância nos dados. Ressaltamos que as amostras foram de sintomas depressivos, uma vez que a maioria dos diagnósticos primários dos pacientes não era depressão maior. Esse fato pode ter interferido nos dados, já que a literatura apresenta bons resultados de intervenção espiritual com pacientes deprimidos (Propst et al., 1995; Rickhi et al., 2011).

Podemos comparar esses achados com três meta-análises encontradas na literatura científica, como por exemplo, uma realizada por McCullough (1999), que comparou estudos randomizados de tratamentos terapêuticos convencionais com abordagens religiosas em pacientes com sintomas psíquicos pré-definidos. Dos cinco estudos finais de sua revisão, não foram encontradas evidências de que a abordagem religiosa seria mais eficaz que os outros tipos de abordagem, concluindo que usar esse tipo de tratamento se deve mais a preferência do paciente.

Outra meta-análise conduzida por Smith et al. (2007), analisou 31 artigos de intervenção espiritual em doenças psíquicas, mostrando um potencial benefício ($r=0.56$, $p<0.001$) da terapia espiritual quando comparada com tratamentos convencionais. Porém, a amostra possuía uma heterogeneidade importante ($I^2=58,2\%$), principalmente pela inclusão de estudos quasi-experimentais e grupos de intervenção sem comparação.

De acordo com o PRISMA (Liberati et al., 2009), entretanto, existe a necessidade de se investigar os riscos de viés de forma criteriosa, através de escalas que analisem item por item da pesquisa, considerando os mais e menos relevantes para cada metodologia (Liberati et al., 2009). Citam, para os ensaios clínicos, a importância da ocultação da alocação para o procedimento de randomização, uma vez que sua inadequação pode superestimar

resultados. Estudos com mesmas metodologias, porém discrepâncias na qualidade podem apresentar resultados enviesados (Liberati et al., 2009). Contudo, as meta-análises citadas não consideraram qualidade metodológica dos artigos selecionados.

Outra revisão mais recente, publicada em 2012 por Oh e Kim, seguiu as diretrizes do PRISMA e incluiu, além de diagnósticos psíquicos, outros problemas de saúde, como dor e estados funcionais. Evidenciaram diferença estatística para depressão e ansiedade ($p < 0.001$ para ambos) nos tratamentos complementares de espiritualidade, com alta heterogeneidade da amostra ($I^2 = 94\%$ em ambos os casos). Deve-se, porém ressaltar, que sua seleção incluía estudos de preces intercessórias e cura espiritual à distância, além de ensaios clínicos não randomizados.

b) Comparar efeitos com tratamentos convencionais descritos em literatura

Todos os protocolos de intervenção espiritual encontrados nessa pesquisa obtiveram resultados positivos ou neutros – tanto comparados com grupo controle quanto com pré e pós-intervenção do mesmo grupo – à exceção de um único estudo em que os pacientes apresentaram desfecho negativo quando comparado com grupo controle (Miller et al., 2008). Cada qual possui suas particularidades, porém de forma geral, demonstram confiabilidade para se utilizar desse tipo de abordagem como forma de tratamento complementar em saúde, uma vez que pode ser tema de escolha por parte de pacientes, como por exemplo, terminais e crônicos (Tuck e Thinganjana, 2007; Stein et al., 2013).

Atualmente diversas alternativas complementares em saúde vêm sendo utilizadas para tratamento de doenças crônicas, minimizando sintomas e melhorando qualidade de vida. Destes, podemos citar terapias como psicoterapia, atividade física, acupuntura, yoga, entre outros (McCullough et al., 1999; Allen et al., 2006; Cramer et al., 2013; Underwood et al., 2013). Recentemente, Nyer et al. (2013) compilaram revisão sobre o papel dos tratamentos complementares na depressão mostrando que as intervenções

não farmacológicas como exercícios, yoga, tai chi chuan e massagem terapêutica, têm demonstrado benefícios em idosos. Já as terapias baseadas em E/R e a musicoterapia, evidenciaram resultados promissores, porém ainda com poucas evidências. Hook et al., (2010) defenderam em sua revisão que a terapia cognitiva baseada em religiosidade pode ser mais eficaz que outras terapias seculares, e até mais eficaz do que alguns tratamentos medicamentosos.

A literatura atual tem respaldado que a escolha desse tipo de tratamento pode e deve ser feita também pelos profissionais da saúde, que, quando treinados e preparados para lidar com essas intervenções, podem ser mais eficazes nos cuidados com os doentes, refletindo sua espiritualidade diretamente na saúde dos pacientes (Morita et al., 2009). Entretanto, alguns autores apontam que se deve ter cuidado na indicação desses tratamentos devido a esse ser um assunto particular e pessoal, bem como assuntos financeiros e conjugais, por exemplo, que devem ser levados em consideração, mas não utilizados como prescrição médica (Sloan et al., 1999).

c) Verificar a aceitação e satisfação dos protocolos implantados nos pacientes e aplicadores ou facilitadores

Conferimos que alguns autores exploraram a aderência e satisfação da abordagem espiritual/religiosa em saúde, tanto nos pacientes e nos profissionais da saúde após vivenciarem os programas, quanto nos facilitadores, após propagarem os mesmos como forma alternativa de tratamento.

Sabe-se através da literatura que a satisfação do paciente com o tratamento pode influenciar diretamente na aderência médica do mesmo, colaborando com os resultados clínicos (Vermeire et al., 2001; Zolnieriek e DiMatteo, 2009). Os ensaios clínicos em E/R apresentaram desfechos positivos com relação à satisfação e aderência dos participantes, desde protocolos de meditação (Oman et al., 2008; Wachholtz e Pargament, 2008; Feuille e Pargament, 2013), passando por audiovisuais (Rosmarin et al., 2010), até terapêuticos (Margolin et al., 2006; Krukowski et al., 2010; Huguelet et al.,

2011). Isso demonstra que, independente dos modelos utilizados, a dimensão espiritual emoldurada como mensageira de saúde está aproximando pacientes dos seus profissionais e dos tratamentos médicos.

Uma meta-análise realizada por Faragher et al. (2005) avaliou medidas de satisfação no trabalho com bem-estar físico e mental. Encontraram relações que evidenciaram o nível de satisfação no trabalho como fator importante de influência, especialmente na saúde mental das pessoas. Discutiram a necessidade do desenvolvimento de políticas que gerenciem o estresse visando melhora de saúde global. As intervenções de E/R mostraram excelentes resultados como alternativas para diminuir níveis de estresse (Oman et al., 2008), melhorar os cuidados com os pacientes (Burkhart e Schmidt, 2012), aumentar satisfação pessoal e qualidade de vida (Oman et al., 2006), demonstrando que podem ser alternativas terapêuticas para os profissionais da saúde.

Em relação aos profissionais que aplicaram os procedimentos, Huguelet et al. (2011) realizaram um estudo, em que se formularam entrevistas semiestruturadas com e sem abordagem da dimensão espiritual para pacientes portadores de esquizofrenia. Dentre os objetivos, estava averiguar o retorno e opinião dos psiquiatras que as conduziram. Observou-se que esses não contraindicaram o procedimento para nenhum dos pacientes entrevistados e referiram se sentirem motivados com os bons resultados apresentados pelos pacientes, porém relataram receio de adentrarem em um campo que seria de religiosos, segundo suas concepções. Uma vez que a comunicação entre médico e paciente tem impacto importante na aderência ao tratamento (Zolnierek e DiMatteo, 2009), e a espiritualidade faz parte das diferentes dimensões do ser humano, é importante que o profissional tenha abertura, conhecimento e preparo para discutir esses aspectos quando abordados pelos pacientes na clínica. Ressalta-se aqui um estudo realizado em 2013 por Borges et al. sobre a visão de estudantes de medicina com relação ao assunto E/R, em que conclui-se uma heterogeneidade de opiniões desses alunos sobre o tema, reforçando a necessidade de discutir o assunto durante a graduação médica.

Ainda sobre a satisfação dos aplicadores, algumas pesquisas se utilizaram dos líderes religiosos das comunidades, preparando-os previamente

a cerca da doença ou situação de saúde enfrentada nas pesquisas em questão. Houve colaboração e participação ativa deles nos processos de formação dos protocolos com os autores (Bay et al., 2008; Krukowski et al., 2010; Rosmarin et al., 2010), sem relatos de queixas ou abandono por divergência de opiniões. É pertinente notar que a cooperação de líderes religiosos e/ou conselheiros espirituais esteve presente em doenças e abordagens distintas, apontando para uma colaboração geral quando estimulada E/R em união à promoção de saúde.

Porém, mesmo sendo a espiritualidade uma dimensão do ser humano distinta da física e da emocional, segundo a própria OMS (Fleck et al., 2003), dentre as 39 pesquisas de nossa revisão sistemática, somente 26 coletaram alguma escala sobre E/R, realizando a análise dessa dimensão após o tratamento. Isso mostra que a maioria dos autores tem buscado avaliar o êxito dos protocolos na clínica e na sintomatologia dos pacientes, independente do resultado atingido na dimensão espiritual dos mesmos. Alguns autores, entretanto, relacionaram os benefícios clínicos diretamente ao aumento da dimensão espiritual, assim como Kelly et al. (2011), por exemplo. Em seu ensaio clínico, observaram aumento das medidas de E/R para os pacientes que as tinham baixas inicialmente, sem maiores alterações, porém, naqueles que as possuíam inicialmente altas. Discutiram sobre a possibilidade de um “despertamento espiritual” através da mudança de consciência ou da descoberta de sentido para existência, reforçando a necessidade de investigar essas medidas e suas correlações com os efeitos clínicos, a fim de desvendar possíveis mecanismos de ação.

d) Tópicos a considerar sobre a qualidade metodológica

A compreensão de efeitos e mecanismos de ação das intervenções em saúde pode ocorrer através de ensaios clínicos controlados (Schulz et al., 2010). Entretanto, para isso, o desenho metodológico do estudo deve ser de boa qualidade, a fim de não alterar os resultados encontrados. Destacamos para isso a importância de avaliar os riscos de vieses dos estudos. A escala Cochrane avalia, entre outros itens, a randomização e se a sequência de

alocação da mesma foi realizada por pessoa independente que não tenha conhecimento ou influência na elegibilidade dos pacientes, já que essas estratégias capacitam pesquisas (Jadad, 1998; Liberati et al., 2009).

Observou-se que nenhum atingiu a pontuação máxima de onze. Isso era esperado devido às pesquisas em intervenção espiritual apresentarem algumas restrições na sua resolução metodológica, impossibilitando que todos os critérios fossem preenchidos.

Independente do escore final dos estudos, todos resultaram “não” para os itens D e E que representam o “duplo-cego” na escala. De acordo com o CONSORT (Schulz et al., 2010), guia mundial que propõem diretrizes e adequações aos ensaios clínicos, o “duplo-cego” é um item de relevância utilizado nesse tipo de pesquisa, onde tanto o paciente quanto o aplicador do procedimento não tem ciência do que está recebendo ou aplicando. Uma vez que as pesquisas em intervenção espiritual/religiosa se dão basicamente através de discussões de cunho filosófico entre um aplicador e o paciente, tem-se limitação para “cegar” ambas as partes que participam das discussões.

Apesar de ser um item importante nos ensaios clínicos, por minimizar a possibilidade de vieses, a falta do “duplo-cego” não invalida as pesquisas, devendo-se justificar de forma coerente as limitações referentes ao procedimento em questão (Altman et al., 2001). Um exemplo de estudos que têm essa restrição e ainda assim são plenamente aceitos, são as pesquisas em terapêuticas psicológicas, onde ao menos os aplicadores estão cientes do procedimento realizado (O’Connor et al., 2006; Franklin et al., 2011; Belloto-Silva et al., 2012).

Em consequência dessa circunstância, os pesquisadores que queiram investigar intervenções espirituais/religiosas, devem buscar fortalecer outros pontos do ensaio clínico, que garantam um mínimo de qualidade metodológica para validade das pesquisas. Uma abordagem que pode minimizar vieses do estudo é o item F, que investiga o avaliador como “terceiro cego” para a intervenção. Visto as dificuldades enfrentadas com o “duplo-cego”, uma forma de reduzir esse impacto é obtendo um avaliador que desconheça a forma de randomização e a intervenção a qual os pacientes foram submetidos, para realizar a avaliação dos mesmos com imparcialidade.

Observa-se que esse item está presente somente em 17,9% dos estudos. Importante notar que aqueles que tiveram o item F positivo, estavam entre as publicações mais recentes – 2008 a 2013 – e que possuíam diversos outros itens descritos nos artigos. O dado revela a necessidade de atenção ao “terceiro cego” nas intervenções para redução de vieses. Futuros pesquisadores devem ao menos considerar a utilização e descrição de tal recurso, uma vez que outras limitações, como o “duplo-cego”, nem sempre são passíveis de resolução.

Outros itens que a escala avalia, simples na execução e que podem ajudar a capacitar os estudos, são o A e o B. Esses itens analisam a randomização e se a sequência de alocação da mesma foi realizada por pessoa independente que não tenha conhecimento ou influência na elegibilidade dos pacientes. O método de randomização possui três grandes vantagens: elimina viés na atribuição de tratamento, facilita “cegar” o investigador para a alocação dos pacientes e a atribuição aleatória permite o uso da teoria das probabilidades para explicar a probabilidade de diferença nos resultados da intervenção (Jadad, 1998; Schulz et al., 2010). O sucesso da randomização na prática depende de dois aspectos inter-relacionados: geração adequada de uma sequência de alocação imprevisível e ocultação da sequência até que a atribuição ocorra (Altman et al., 2001). A escolha do procedimento de randomização e sua descrição nos artigos científicos podem fazer, portanto, diferença na estrutura da pesquisa.

Os dados encontrados evidenciam que a escolha adequada do procedimento de randomização pode ser também um diferencial para elevar a qualidade dos estudos. Existem diversas formas de elaborar a alocação, desde bloco de randomização até programas de computador, expandindo possibilidades de se optar pela forma mais cômoda e menos custosa para o estudo em desenvolvimento. Devido a esse diferencial, usamos a randomização como critério de exclusão e, por isso, alguns autores contatados que não retornaram com as informações sobre o procedimento não entraram na presente pesquisa. Destaca-se o fato de que esses, bem como aqueles autores que não descreveram a geração de alocação, não necessariamente

não a realizaram, contudo deve-se lembrar de que toda transparência quanto à descrição das pesquisas clínicas é fundamental.

Percebeu-se também que, independente das populações avaliadas e dos protocolos empregados, existiu uma preocupação com a intensidade, a duração, a frequência e o tempo de acesso dos resultados das intervenções. Dentre os estudos de boa qualidade, os autores optaram por realizar protocolos com similaridade na condução das intervenções, descrevendo detalhadamente todo o processo implantado. De acordo com o CONSORT (Schulz et al., 2010) “as intervenções para cada grupo devem conter detalhes suficientes para permitir replicação do estudo, incluindo como e quando foram administradas”, mostrando a coerência em se utilizar de tais estudos como modelos para reprodução científica.

A análise da qualidade dos estudos evidenciou importantes aspectos a serem considerados na produção de uma pesquisa clínica sobre intervenção espiritual/religiosa. Frente as naturais dificuldades já abordadas nessa linha de pesquisa, outros aspectos relevantes para minimização de vieses são facilmente aplicáveis. Atentar ao traçar o desenho metodológico para E/R pode ser o diferencial para encontrarem-se respostas mais fidedignas e confiáveis às perguntas feitas com relação a esse tema.

7. Direções para futuras pesquisas

É clara a necessidade de mais estudos para se compreender cada vez mais os efeitos e desvendar os mecanismos de atuação da abordagem da E/R em questões de saúde.

A partir da nossa revisão sistemática, montamos um organograma que apresenta os principais pontos a serem considerados e definidos quando realizadas pesquisas de intervenção espiritual/religiosa (figura 8).

Figura 8. Organograma de direções para futuras pesquisas.

Seguiremos com algumas considerações dos itens do organograma que merecem ser discorridos para aprofundamento dos tópicos.

No primeiro item, após a escolha da população que será estudada, usualmente delimitam-se os desfechos que serão analisados. É importante que esses estejam claros e bem definidos para que as formas de mensuração (medida diretas, escalas, entre outros) escolhidas retratem os resultados com

rigor aos objetivos traçados. Diante desse momento, apontamos para a possibilidade de se incluir diferentes escalas que mensurem espiritualidade, religiosidade, práticas espirituais diárias, coping, entre outras medidas já validadas, a fim de tentar identificar, através de correlações estatísticas, quais itens específicos podem ser responsáveis pelos efeitos produzidos nesse tipo de terapêutica. Citando como exemplo, Kelly et al. (2011) encontraram melhora clínica mais significativa em pacientes dependentes químicos que possuíam menores níveis de espiritualidade, enquanto àqueles que já eram “espiritualizados”, segundo escalas mensuradas, não obtiveram resultados tão expressivos, sugerindo a hipótese de um “despertamento espiritual” nesses pacientes. Ao contrário, Bormann et al. (2009a) constataram em sua pesquisa que pacientes com níveis maiores de fé antes da intervenção tiveram melhoras significativas para reduzir níveis de cortisol. Direcionar pesquisas para averiguar esse tipo de relação pode ajudar a compreender se há pacientes que podem se beneficiar mais com essa terapêutica complementar, e quais seriam.

Em relação ao item 2, modelo de abordagem, selecionamos dois itens relevantes para discorrer: assuntos/tópicos e número de sessões/duração das intervenções.

Algumas pesquisas qualitativas descrevem relatos de pacientes com diferentes doenças e que receberam diferentes tipos de intervenção espiritual, associando a importância da dimensão espiritual em suas vidas e em sua saúde (Tuck e Thinganjana, 2007; Oman et al., 2008; Moritz et al., 2011). Porém, alguns questionamentos são necessários, como por exemplo, até que ponto os resultados clínicos não são produtos do suporte social, ou do vínculo entre profissional/paciente, ou até da frequência de sessões e não necessariamente do assunto E/R em si? Ou, se for um conjunto de resultados multifatoriais, qual o peso que se pode atribuir a cada aspecto? Para investigar isso mais a fundo, devem-se buscar alternativas para tentar desvendar qual o papel de cada elemento nos desfechos encontrados. Se atentar na investigação do impacto dos assuntos utilizados em discussão clínica, pode auxiliar a entender melhor o conceito de religiosidade negativa (Koenig, 1998; Pargament et al., 2001) e evitá-lo na prática médica, garantindo desfechos positivos aos pacientes. A fim de evitar distorções e erros nas mensagens

repassadas, também relembramos que alguns autores fizeram consultas com líderes religiosos, a fim de adequar às mensagens repassadas, especialmente quando voltadas para crenças religiosas específicas, como católicas, judaicas e muçulmanas (Rosmarin et al., 2010; Holt et al., 2012). Reforçamos, portanto, a importância de se descrever nos artigos os assuntos/tópicos utilizados nas discussões. No caso de protocolos criados pelos próprios autores, deve-se atentar para discorrer os tópicos abordados em cada sessão, lembrando-se do propósito de reprodutibilidade da pesquisa por outros grupos.

Pertinente ao número de sessões e duração das intervenções, a Cochrane Collaboration considera como item a ser avaliado na qualidade de estudos, o conceito de *compliance* – a manutenção homogênea de frequência, duração e seguimento das intervenções – nos diferentes grupos averiguados. Instituir protocolo de pesquisa que siga uma igualdade de aplicação entre os grupos realizados, pode minimizar vieses auxiliando a clarear os resultados.

Sobre o terceiro item, aplicador e/ou facilitador, encontramos na literatura, pesquisas que além de avaliarem os profissionais de saúde após receberem intervenções espirituais – educativas (Vlasbom et al., 2011; Burkhart e Schmidt, 2012) ou terapêuticas (Hall et al., 2011; Huguelet et al., 2011) – avaliaram também os pacientes, a fim de verificar se indiretamente havia qualquer alteração clínica neles. E os resultados sugeriram melhor aceitação das condições de saúde, sensação de acolhimento e aderência ao tratamento. Assim sendo, faz-se necessário lembrar que o treinamento e preparo dos profissionais de saúde para aplicação de intervenções espirituais/religiosas deve ser incluído nas pesquisas, e que podem também ser itens de avaliação para investigar a influência direta e indireta no tratamento clínico. Bem como, o preparo dos líderes religiosos e conselheiros espirituais para abordagem das doenças em questão, especialmente de saúde mental, é igualmente importante a fim de se evitar desfechos negativos que o enfoque religioso punitivo pode trazer.

Finalmente, comentando o item 4, a aderência às diretrizes do CONSORT (Schulz et al., 2010) no que tange aos passos de um ensaio clínico e consequente produção de pesquisas de qualidade, poderão auxiliar a descobrir benefícios dessas intervenções. Considerar e descrever adequadamente os

procedimentos utilizados na sequência de alocação dos participantes, nas perdas de seguimento durante a pesquisa e nas análises estatísticas, pode fazer grande diferença na qualidade dessas pesquisas, que apresentam limites metodológicos em outros quesitos, como o “duplo-cego”, por exemplo.

8. Limitações metodológicas

A presente pesquisa teve algumas limitações metodológicas referentes à revisão e à meta-análise. Quanto à revisão sistemática podemos citar: (a) a definição de intervenção espiritual/religiosa adotada na pesquisa pode ter limitado o acesso a outros ensaios clínicos no assunto; (b) a opção pela limitação aos idiomas inglês, espanhol e português pode ter excluído artigos de ensaios clínicos em outras línguas, e (c) apesar da avaliação em sete bancos de dados diferentes, é possível que alguns estudos indexados em outras bases não tenham sido incluídos, assim como artigos publicados apenas em livros ou *proceedings* de congressos.

Concernente à meta-análise, apesar da maior precisão possível para avaliar os vieses entre os estudos, a heterogeneidade das populações e das escalas utilizadas nos artigos selecionados para análise quantitativa pode ter interferido nos resultados, assim como não permitiu a realização de meta-análises em alguns desfechos como dor, atividade física, dentre outros.

9. Conclusão

Os ensaios clínicos realizados acerca das intervenções espirituais/religiosas mostraram benefícios adicionais em relação a grupos controle, incluindo redução dos sintomas clínicos, maior aderência aos tratamentos médicos e satisfação dos participantes com os protocolos experimentados. As meta-análises indicaram uma redução significativa nos níveis de ansiedade e tendência à melhora em sintomas depressivos, sem alterações em qualidade de vida.

A diversidade de população, protocolos e desfechos, associada a claras diretrizes metodológicas, apontam para a necessidade de mais estudos que avaliem o uso da E/R como tratamento complementar na saúde.

Anexo A

Escala Jadad e sua operação.

Item	Score
Was the study described as randomized (this includes words such as randomly, random, and randomization)?	0/1
Was the method used to generate the sequence of randomization described and appropriate (table of random numbers, computer-generated, etc.)?	0/1
Was the study described as double blind?	0/1
Was the method of double blinding described and appropriate (identical placebo, active placebo, dummy, etc.)?	0/1
Was there a description of withdrawals and dropouts?	0/1
Deduct one point if the method used to generate the sequence of randomization was described and it was inappropriate (patients were allocated alternately, or according to date of birth, hospital number, etc.).	0/-1
Deduct one point if the study was described as double blind but the method of blinding was inappropriate (e.g., comparison of tablet vs. injection with no double dummy).	0/-1
Guidelines for Assessment	
Randomization: A method to generate the sequence of randomization will be regarded as appropriate if it allowed each study participant to have the same chance of receiving each intervention and the investigators could not predict which treatment was next. Methods of allocation using date of birth, date of admission, hospital numbers, or alternation should not be regarded as appropriate.	
Double blinding: A study must be regarded as double blind if the word "double blind" is used. The method will be regarded as appropriate if it is stated that neither the person doing the assessments nor the study participant could identify the intervention being assessed, or if in the absence of such a statement the use of active placebos, identical placebos, or dummies is mentioned.	
Withdrawals and dropouts: Participants who were included in the study but did not complete the observation period or who were not included in the analysis must be described. The number and the reasons for withdrawal in each group must be stated. If there were no withdrawals, it should be stated in the article. If there is no statement on withdrawals, this item must be given no points.	

(Jadad, 1998)

Anexo B

Lista de critérios para avaliação da qualidade metodológica do grupo "Cochrane Back Review"

Item		Answer
A	Was the method of randomization adequate?	Yes/No/Don't Know
B	Was the treatment allocation concealed?	Yes/No/Don't Know
C	Were the groups similar at baseline regarding the most important prognostic indicators?	Yes/No/Don't Know
D	Was the patient blinded to the intervention?	Yes/No/Don't Know
E	Was the care provider blinded to the intervention?	Yes/No/Don't Know
F	Was the outcome assessor blinded to the intervention?	Yes/No/Don't Know
G	Were cointerventions avoided or similar?	Yes/No/Don't Know
H	Was the compliance acceptable in all groups?	Yes/No/Don't Know
I	Was the drop-out rate described and acceptable?	Yes/No/Don't Know
J	Was the timing of the outcome assessment in all groups similar?	Yes/No/Don't Know
K	Did the analysis include an intention to treat analysis?	Yes/No/Don't Know

(Berger e Alperson, 2009)

Anexo C

Operação da “Cochrane Back Review”

A	A random (unpredictable) assignment sequence. Examples of adequate methods are computer generated random number table and use of sealed opaque envelopes. Methods of allocation using date of birth, date of admission, hospital numbers, or alternation should not be regarded as appropriate.
B	Assignment generated by an independent person not responsible for determining the eligibility of the patients. This person has no information about the persons included in the trial and has no influence on the assignment sequence or on the decision about eligibility of the patient.
C	In order to receive a "yes," groups have to be similar at baseline regarding demographic factors, duration and severity of complaints, percentage of patients with neurologic complaints, and value of main outcome measure(s).
D	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
E	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
F	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
G	Cointerventions should either be avoided in the trial design or similar between the index and control groups.
H	The reviewer determines if the compliance to the interventions is acceptable, based on the reported intensity, duration, number and frequency of sessions for both the index intervention and control intervention(s).
I	The number of participants who were included in the study but did not complete the observation period or were not included in the analysis must be described and reasons given. If the percentage of withdrawals and drop-outs does not exceed 20% for short-term follow-up and 30% for long-term follow-up and does not lead to substantial bias a "yes" is scored. (N.B. these percentages are arbitrary, not supported by literature).
J	Timing of outcome assessment should be identical for all intervention groups and for all important outcome assessments.
K	All randomized patients are reported/analyzed in the group they were allocated to by randomization for the most important moments of effect measurement (minus missing values) irrespective of noncompliance and cointerventions.

(Berger e Alperson, 2009)

Anexo D**Aprovação do Comitê de Ética** **APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 26/06/2013, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 214/13 intitulado: "ANÁLISE DA EFICÁCIA DO USO COMPLEMENTAR DE INTERVENÇÕES ESPIRITUAIS NA SAÚDE MENTAL E FÍSICA DE PACIENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS." apresentado pelo Departamento de PSIQUIATRIA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Homero Pinto Vallada Filho

Pesquisador (a) Executante: Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves

CEP-FMUSP, 03 de Julho de 2013.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

10. Referências Bibliográficas

Anderson KL, Pullen CH. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(1):11-21.

Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(6):993-1002.

Allen JJ, Schnyer RN, Chambers AS, Hitt SK, Moreno FA, Manber R. Acupuncture for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(11):1665-73.

Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, Lang T. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine*. 2001;134(8):663-94.

Arriola K, Robinson DH, Thompson NJ, Perryman JP. Project ACTS: an intervention to increase organ and tissue donation intentions among African Americans. *Health Education & Behavior*. 2010;37(2):264-74.

Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;90(1):1-3.

Baker M, Gorsuch R. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *J Sci Study Relig*. 1982; 21:119–122.

Bay PS, Beckman D, J Trippi, Gunderman R, Terry C. The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: A randomized controlled study. *J Relig and Health*. 2008;47:57-69.

Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol*. 2006;182(5):270-76.

Belotto-Silva C, Diniz JB, Malavazzi DM, Valério C, Fossaluza V, Borcato S, Shavitt RG. Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: a practical clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):25-31.

Berger VW, Alpers SY. A general framework for the evaluation of clinical trial quality. *Rev Recent Clin Trials*. 2009;4(2):79–88.

Berntson GG, Norman GJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. Spirituality and autonomic cardiac control. *Ann Behav Med*. 2008;35(2):198-208.

Blum RW, Halcon L, Beuhring T, Pate E, Campell Forrester S, Venema A. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. *Am J Public Health*. 2003;93(3):456-60.

Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat*. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/962860>. Acesso em 20 jan. 2014.

Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *J Relig and health*. 2013;1-17.

Borges DC, Anjos GL, Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(1):6-11.

Bormann JE, Aschbacher K, Wetherell JL, Roesch S, Redwine L. Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial. *J Psychosom Res*. 2009a;66(2):161-71.

Bormann JE, Carrico AW. Increases in positive reappraisal coping during a group-based mantram intervention mediate sustained reductions in anger in HIV-positive persons. *International journal of behavioral medicine*. 2009b;16(1):74-80.

Bormann JE, Gifford AL, Shively M, Smith TL, Redwine L, Kelly A, Becker S, Gershwin M, Bone P, Belding W. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: a randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2006;29(4):359-76.

Bormann JE, Thorp S, Wetherell JL, Golshan S. A Spiritually Based Group Intervention for Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder Feasibility Study. *J Holist Nurs*. 2008;26(2):109-16.

Borras L, Mohr S, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Leclerc C, et al. Religion and spirituality: how clinicians in quebec and geneva cope with the

issue when faced with patients suffering from chronic psychosis. *Community Ment Health J*. 2010;46(1):77-86.

Bowland S, Edmond T, Falloot RD. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work*. 2012;57(1):73-82.

Brandt PY, Gillieron C, Borrás L, Mohr S, Huguelet P. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psych Services*. 2006;57(3):366-72.

Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, Olden M, Pessin H, Lichtenthal W, Sjoberg D, Cassileth BR. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1304-0.

Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, Olden M. Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho Oncology*. 2010;19(1):21-8.

Brown AE, Pavlik VN, Shegog R, Whitney SN, Friedman LC, Romero C, Davis GC, Cech I, Kosten TR, Volk RJ. Association of spirituality and sobriety during a behavioral spirituality intervention for Twelve Step (TS) recovery. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(4):611-7.

Buck AC, Williams DR, Musick MA, Sternthal MJ. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Soc Sci Med*. 2009;68(2):314-22.

Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *Journal of Professional Nursing*. 2012;28(5):315-21.

Califano Jr JA, Bush C, Chenault KI, Dimon J, Fisher M, Fraser D A, Wells FG. So help me God: Substance abuse, religion and spirituality. *The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA)*. 2010.

Carneiro AKJ. *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com sorologia positiva para HIV, acompanhados ambulatorialmente no Instituto de Infectologia Emílio Ribas* [dissertação]. São Paulo: Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de pós-graduação em Ciências; 2010.

Carrico AW, Ironson G, Antoni MH, Lechner SC, Durán RE, Kumar M, Schneiderman N. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-hourly-free cortisol in HIV-positive persons. *J Psychosom Res.* 2006;61(1):51-8.

Chan CL, Ho RT, Lee PW, Cheng JY, Leung PP, Foo W, Chow LWH, Sham JST, Spiegel D. A randomized controlled trial of psychosocial interventions using the psychophysiological framework for Chinese breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol.* 2006;24(1):3-26.

Chester DN, Himburg SP, Weatherspoon LJ. Spirituality of African-American women: correlations to health-promoting behaviors. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2006;17(1):1-8.

Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(2):81-90.

Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med.* 2009;15(5):593-600.

Clark HD, Wells GA, Huët C, McAlister FA, Salmi LR, Fergusson D, Laupacis A. Assessing the quality of randomized trials: reliability of the Jadad scale. *Controlled Clinical Trials.* 1999;20(5):448-52.

Cleland JA, Price DB, Lee AJ, Gerard S, Sharma A. A pragmatic, three-arm randomised controlled trial of spiritual healing for asthma in primary care. *Br J Gen Pract.* 2006;56(527):444-9.

Conner BT, Anglin MD, Annon J, Longshore D. Effect of religiosity and spirituality on drug treatment outcomes. *J Behav Health Serv Res.* 2009;36(2):189-98.

Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction.* 2004;99:539-51.

Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depres Anxiety.* 2013;30(11):1068-83.

Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med.* 2007;356(6):593-600.

Dalgalarrrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(Supl1):25-33.

Dein S, Cook CC, Koenig HG. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:852-5.

Djuric Z, Mirasolo J, Kimbrough L, Brown DR, Heilbrun LK, Canar L, Simon MS. A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. *J Natl Med Assoc.* 2009;10(6):552-64.

Duru OK, Sarkisian CA, Leng M, Mangione CM. Sisters in Motion: A Randomized Controlled Trial of a Faith Based Physical Activity Intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(10):1863-9.

Edlund MJ, Harris KM, Koenig HG, Han X, Sullivan G, Mattox R, Tang L. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(8):827-36.

Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med.* 1999;159(15):1803-6.

Engers A, Jellema P, Wensing M, Van der Windt DA, Grol RPTM, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008,1.

Emabse. Disponível em: <<http://www.embase.com/>> Acesso em 21 nov. 2011.

Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005;62:105-12.

Feuille M, Pargament K. Pain, mindfulness, and spirituality: A randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. *J Health Psychol.* 2013;1-17.

Fleck MPA, Borges ZM, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saude Publica.* 2003;37(4):446-55.

Fleck MPA, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34(1):146-49.

Fouyas IP, Sandercock PAG, Statham PF, Lynch C. Surgery for cervical radiculomyelopathy. *Cochrane Lib.* 2006, Issue 2.

Franklin M E, Sapyta J, Freeman JB, Khanna M, Compton S, Almirall D, March JS. Cognitive Behavior Therapy Augmentation of Pharmacotherapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA*. 2011;306(11):1224-32.

Fitzgibbon ML, Stolley MR, Ganschow P, Schiffer L, Wells A, Simon N, Dyer A. Results of a faith-based weight loss intervention for black women. *J Natl Med Assoc*. 2005;97(10):1393-402.

George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychol Inq*. 2002;13(3):190-200.

Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín*. 2007;34(1):88-94.

Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(3):CD007132. doi: 10.1002/14651858.CD007132.pub2.

Halman L, Draulans V. How secular is Europe? *Br J Sociol*. 2006;57(2):263-88.

Harris TB, Ferrucci L, Tracy RP, Corti MC, Wacholder S, Ettinger WH, Wallace R. Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *Am J Med*. 1999;106(5):506-12.

Hodge DR, Cardenas P, Montoya H. Substances use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Soc Work Res*. 2001;25(3):153-60.

Holt CL, Lee C, Wright K. A spiritually based approach to breast cancer awareness: Cognitive response analysis of communication effectiveness *J Health Commun*. 2008;23(1):13-22.

Holt CL, Scarinci IC, Debnam K, McDavid C, Litaker M, McNeal SF, Martin MY. Spiritually based intervention to increase colorectal cancer awareness among African Americans: Intermediate outcomes from a randomized trial. *J Health Commun*. 2012;17(9):1028-49.

Holt CL, Wynn TA, Southward P, Litaker MS, Jeames S, Schulz E. Development of a spiritually based educational intervention to increase informed decision making for prostate cancer screening among church-attending African American men. *J Health Commun*. 2009;14(6):590-604.

Hook JN, Worthington EL Jr, Davis DE, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol*. 2010;66:46–72.

Hosseini M, Salehi A, Fallahi Khoshknab M, Rokofian A, Davidson PM. The effect of a preoperative spiritual/religious intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *J Holist Nurs*. 2013;31(3):134-72.

Hoşrik EM, Cüceloğlu AE, Erpolat S. Therapeutic Effects of Islamic Intercessory Prayer on Warts. *J Relig Health*. 2014;1-8.

Huguelet P, Mohr S, Betrisey C, Borrás L, Gillieron C, Marie AM, Rieben I, Perroud N, Brandt PY. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv*. 2011;62(1): 79-86.

Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Int Med*. 2006;21(S5):S62-S68.

Jadad AR. Randomised controlled trial: a user's guide. *Technology Assessment*. 1998;2(13):214-214.

Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychol Health Med*. Epub 2012. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2012.679738#.VByD-1fDXf4> Acesso em 04 dez. 2013

Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-Being of Iranian Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; doi: 10.1155/2013/353262.

Johnson KS, Elbert-Avila KI, Tulsy JA. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African American: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):711-9.

Ka'opua LSI, Park SH, Ward ME, Braun KL. Testing the feasibility of a culturally tailored breast cancer screening intervention with Native Hawaiian women in rural churches. *Health Soc Work*. 2011;36(1):55-65.

Kaskutas LA. Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science. *J Addict Dis*. 2009;28(2):145-57.

Kelly JF, Stout RL, Magilli M, Tonigan JS, Pagano ME. Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35(3):454-63.

King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):116.

King M, Martoson L, Mcmanus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):68-73.

Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:213-24.

Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*. 2003;97(12):1194-200.

Koenig HG. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(5):389-95.

Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press; 2012.

Koszycki D, Bilodeau C, Raab-Mayo K, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. Epub 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22052/pdf>. Acesso em 20 out. 2013.

Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol*. 2010;66(4):430-41.

Krause N. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *South Med J*. 2004;97(12):1215-22.

Krukowski RA, Lueders NK, Prewitt TE, Williams DK, West DS. Obesity Treatment Tailored for a Catholic Faith Community A Feasibility Study. *J Health Psychol.* 2010;15(3):382-90.

Levin JS, Chatters LM. Religion, Health, and Psychological Well-Being in Older Adults Findings from Three National Surveys. *J Aging Health.* 1998;10(4):504-31.

Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine.* 2009;151(4):65.

Llyod-Williams M, Cobb M, O'Connor C, Dunn L, Shiels C. A pilot randomized controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. *Journal Affective Disorders.* 2013;148(1):141-5.

Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med.* 2010a;8(2):154-8.

Lucchetti G, Granero AL, Nobre F, Avezum A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens.* 2010b;17(3):186-8.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(1):55-7.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MFP, Moreira-Almeida A, Koenig H. Religiousness, Health, and Depression in Older Adults from a Brazilian Military Setting. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/940747>. Acesso em 02 nov. 2012.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada HP. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med. J.* 2013;131(2):112-22.

Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18:467-85.

Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol.* 2004;23(25):465-75.

Margolin A, Beitel M, Schuman-Olivier Z, Avants SK. A controlled study of a spirituality-focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *AIDS Education & Prevention.* 2006;18(4):311-22.

Masters KS, Hooker SA. Religiousness/Spirituality, cardiovascular disease, and cancer: cultural integration for health research and intervention. *J Consult Clin Psychol.* 2013;8(2):206-16.

McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, Mccornick KF, Oprandi AM, Schopr SL, Selius BA, Smucker WD, Weldy DL, Amorn M, Carter MA, Deak AJ, Hefzy H, Srivastava M. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med.* 2004;2(4):356-61.

McCauley J, Haaz S, Tarpley MJ, Koenig HG, Bartlett SJ. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41(1):91-105.

McCullough ME. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1999;46(1):92-8.

McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol.* 2000;19(3):211-22.

Messina G, Lissoni P, Marchiori P, Bartolacelli E, Brivio F, Magotti L. Enhancement of the efficacy of cancer chemotherapy by the pineal hormone melatonin and its relation with the psychospiritual status of cancer patients. *J Res Med Sci.* 2010;15(4):225-8.

Miller DK, Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN. Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients. *J Palliat Med.* 2005;8(2):333-43.

Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(9):1190-7.

Miller WR, Forcehimes A, O'Leary MJ, LaNoue MD. Spiritual direction in addiction treatment: two clinical trials. *J Subst Abuse Treat*. 2008;35(4):434-42.

Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *Am Psychol*. 2003;58(1):24-35.

Morh S, Brandt PY, Borrás L, Gillieron C, Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1952-9.

Morh S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly*. 2004;134(25-26):369-76.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009;151(4):264-9.

Montori VM, Wilczynski NL, Morgan D, Haynes RB. Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey. *BMJ*, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38336.804167.47> Acesso em 03 abr. 2013

Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.

Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sócio-demográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):12-5.

Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(4):649-58.

Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complement Ther Med*. 2011;19(4): 201-7.

Moritz S, Quan H, Rickhi B, Liu M, Angen M, Vintila R, Sawa R, Soriano J, Toews J. A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life-a randomized, controlled trial. *Altern Ther Health Med*. 2006;12(6):26-35.

Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(12):1225-35.

Nyer M, Doorley J, Durham K, Yeung AS, Freeman MP, Mischoulon D. What is the role of alternative treatments in late-life depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013;33:577-96.

Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006;295(13):1549-55.

Oh PJ, Kim YH. Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes. *JKANA.* 2012;42(6):833-42.

Olver IN, Dutney A. A randomized, blinded study of the impact of intercessory prayer on spiritual well-being in patients with cancer. *Altern Ther Health Med.* 2011;18(5):18-27.

Oman D, Hedberg J, Thoresen CE. Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: A randomized, controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):714-19.

Oman D, Richards TA, Hedberg J, Thoresen CE. Passage meditation improves caregiving self-efficacy among health professionals: a randomized trial and qualitative assessment. *J Health Psychol.* 2008;13(8):1119-35.

Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med.* 1998;7(5):431-5.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients. *Arch Internal Med.* 2001;161(15):1881-5.

Piderman KM, Johnson ME, Frost MH, Atherton PJ, Satele DV, Clark MM, Rummans TA. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psycho Oncology.* Epub 2013 Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3390/pdf>. Acesso em 16 out. 2013

Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for neuropathic and neuralgic pain: systematic review. *Clin J Pain.* 2008;24(8):731-3.

Pohl S, Zobel J, Moffat A. Extended Boolean retrieval for systematic biomedical reviews. In *Proceedings of the thirty-third Australasian conference on computer science-volume 102*. Australian Computer Society, Inc., 2010;117-26.

Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: linkages to physical health. *Am Psychol*. 2003;58(1):36-52.

Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(1):94-103.

Pubmed NCBI. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>> Acesso em 20 nov. 2011.

Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: as essential component of care. *Omega*. 2007;56(1):33-46.

Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology*. 2012;23(suppl 3):49-55.

Reicks M, Mills J, Henry H. Qualitative study of spirituality in a weight loss program: Contribution to self-efficacy and locus of control. *J Nutr Educ Behav*. 2004;36(1):13-9.

Rickhi B, Moritz S, Reesal R, Xu TJ, Paccagnan P, Urbanska B, Quan H. A Spirituality Teaching Program for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Int J Psychiatry Med*. 2011;42(3):315-29.

Ring K, S Franklin. Do Suicide Survivors Report Near-Death Experiences? *Omega*. 1981;12(3):191–208.

Rosendahl J, Tigges-Limmer K, Gummert J, Dziewas R, Albes JM, Strauss B. Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By. pass study): study design and research methods. *Am Heart J*. 2009;158(1):8-14.

Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S, Mahoney A. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord*. 2010;24(7):799-808.

Rungreangkulkij S, Wongtakee W. The psychological impact of Buddhist counseling for patients suffering from symptoms of anxiety. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22(3):127-34.

Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Soc Indic Res*. 2005;72(2):153-88.

Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Plos Medicine*. 2010. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-18.pdf> Acesso em 07 jun 2014.

Scopus. Disponível em <http://www.info.sciverse.com/scopus/scopus-in-detail/facts/> Acesso em 20 nov. 2011.

Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10:21-4.

Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality and medicine. *Lancet*. 1999;353(9153):664-7.

Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychother Res*. 2007;17(6):643-55.

Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129:614–36.

Stein EM, Kolidas E, Moadel A. Do spiritual patients want spiritual interventions?: a qualitative exploration of underserved cancer patient's perspectives on religion and spirituality. *Palliat Support Care*. 2013;6:1-7.

Stratta P, Capanna C, Riccardi I, Carmassi C, Piccinni A, Dell'Osso L, Rossi A. Suicidal intention and negative spiritual coping one year after the earthquake of L'Aquila (Italy). *Journal Affective Disorders*. 2012;136(3):1227-31.

Suchday S, Dziok M, Katzenstein M, Kaplan E, Kahan M. The effects of meditation and yoga on cardiovascular disease. In *Stress Proof the Heart*. Springer New York. 2012;223-48.

Sullivan WP. It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16:125-34.

Tarko MA. A grounded theory study of the experience of spirituality among persons living with schizophrenia. dissertação. Vancouver: The University of British Columbia; 2002.

Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *J Health Psychol.* 2005;10(6):753-66.

The Cochrane Collaboration. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>> Acesso em 20 nov. 2011.

Tuck I, Thinganjana W. An exploration of the meaning of spirituality voiced by persons living with HIV disease and healthy adults. *Issues Ment Health Nurs.* 2007;28(2):151-66.

Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther AM, Spencer A, Taylor SJ. Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet.* 2013;382:41-9.

Van Der Kooy K, Van Hout H, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C, Beekman A. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(7):613-26.

Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L. The Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine.* 2003;28(12):1290–9.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331-42.

Virtual Private Network. Disponível em <<http://www.vpn.usp.br/>> Acesso em 20 nov. 2011

Vlasblom JP, Van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today.* 2011;31(8):790-6.

Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med.* 2005;28(4):369-84.

Wachholtz AB, Pargament KI. Migraines and meditation: does spirituality matter? *J Behav Med*. 2008;31(4):351-66.

Walker SR, Tonigan JS, Miller WR, Corner S, Kahlich L. Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: a pilot investigation. *Altern Ther Health Med*. 1997;3(6):79-86.

Web of Science. Disponível. www.apps.webofknowledge.com Acesso em 20 nov. 2011.

Wingood GM, Robinson LR, Braxton ND, Er DL, Conner AC, Renfro TL, Rubtsova AA, Hardin JW, DiClemente RJ. Comparative effectiveness of a faith-based HIV intervention for African American women: Importance of enhancing religious social capital. *Am J Public Health*. 2013;103(12):2226-33.

Yoshimoto SM, Ghorbani S, Baer JM, Cheng KW, Banthia R, Malcarne VL, Varni JW. Religious coping and problem solving by couples faced with prostate cancer. *Eur J Cancer Care*. 2006;15(5):481-8.

Zemore SE. A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(Suppl10):76s-79s.

Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med care*. 2009;47(8):826-34.