

Juliane Plasseschi de Bernardin
Gonçalves¹
Homero Vallada¹

¹Instituto de Psiquiatria (LIM-23/
ProSER), Faculdade de Medicina
FMUSP, Universidade de São Paulo,
São Paulo, SP, Brasil.

✉ **Juliane Gonçalves**
Rua Ovídio Pires de Campos, 785
Cerqueira César. São Paulo/SP.
CEP: 05403-903.
📧 juliane.pbg@usp.br

RESUMO

Introdução: O crescimento de pesquisas na área de saúde e espiritualidade/religiosidade (E/R) tem sido exponencial. Mais recentemente pode-se observar também um desenvolvimento de estudos sobre intervenção espiritual/religiosa (IER) como tratamento complementar em saúde, cujo objetivo é estimular essa dimensão para benefícios clínicos. **Objetivo:** Revisar as pesquisas de IER em saúde física salientando os pontos mais importantes e relevantes. **Material e Métodos:** O presente trabalho foi fundamentado em uma recente publicação de revisão sistemática sobre IER em saúde física. **Resultados:** Após a triagem de mais 4000 artigos científicos, foram selecionados 30 que abordaram IER em desfechos físicos/clínicos utilizando metodologia científica rigorosa. As IER apresentaram foco espiritual ou religioso e suas técnicas de abordagem foram variadas. Os desfechos incluíram qualidade de vida, perda de peso e atividade física, dor, promoção de comportamento saudável e outros. Com relação aos resultados clínicos, os tamanhos de efeito variaram de insignificantes à relevantes, dependendo do desfecho e da população, porém nenhum estudo apresentou um desfecho negativo que contraindicasse a IER. A metodologia dos ensaios clínicos se mostrou adequada às propostas não-farmacológicas, com necessidade de atenção a itens específicos e relevante para minimizar vieses. **Conclusão:** Os resultados clínicos das IER parecem promissores como tratamento complementar em saúde. A diversidade de população, desfechos e protocolos de IER deve ser explorada e fundamentada em embasamento científico. Futuras pesquisas podem se basear em novas diretrizes resultantes dos atuais estudos com vistas a aprofundar e melhor caracterizar o impacto das IER nos tratamentos complementares em saúde.

Palavras-chaves: espiritualidade, religiosidade, IER, ensaios clínicos.

ABSTRACT

Introduction: The growth of religious/spiritual/ religious (R/S) research on health has been exponential. More recently, studies on R/S intervention (RSI) as a complementary health treatment can be observed, aiming to stimulate this dimension for clinical benefits. **Objective:** To review RSI research in physical health, highlighting the most important and relevant points. **Material and Methods:** The present work was based on a recent publication of a systematic review on RSI in physical health. **Results:** After screening more than 4000 scientific articles, 30 that addressed RSI in physical/clinical outcomes were selected, using rigorous scientific methodology. The RSI had a spiritual or religious focus and their approach techniques were varied. Outcomes included quality of life, weight loss and physical activity, pain, promotion of healthy behavior and others. Regarding clinical outcomes, effect sizes ranged from insignificant to relevant, depending on outcome and population, but no study showed a negative outcome that contraindicated RSI. The methodology of clinical trials was adequate to non-pharmacological proposals, requiring attention to specific items and relevant to minimize bias. **Conclusion:** The clinical results of the RSI seem promising as a complementary health treatment. The diversity of population, outcomes and RSI protocols should be explored and grounded in scientific background. Future research may be based on new guidelines resulting from current studies aimed at deeper the impact of RSI on complementary health treatments.

Keywords: spirituality, religiosity, clinical trials, RSI.

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 03/09/2019

INTRODUÇÃO

Atualmente encontra-se na literatura científica uma vasta quantidade de publicações que fazem referências à tópicos de espiritualidade e religiosidade (E/R) como fatores benéficos e protetores para doenças (KOENIG; KING; CARSON, 2012). O interesse no assunto tem demonstrado um crescimento exponencial (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

No entanto, a maioria das publicações são estudos observacionais, que como principal característica investigam relações de associação entre os desfechos (VANDENBROUCKE et al., 2014), no caso, da dimensão E/R com marcadores de saúde e doença. O tipo de desenho metodológico mais indicado para compreender relação causa e efeito são os ensaios clínicos controlados, no qual os participantes dos grupos são selecionados aleatoriamente e recebem diferentes intervenções que serão avaliadas ao final do estudo (MOHER et al., 2010).

Dessa forma, é possível compreender se os resultados encontrados são efeitos da intervenção em si. Diante disso, alguns autores propuseram intervenções baseadas em temas de E/R com a intenção de estimular a crença do indivíduo, bem como de remodelar seus pensamentos envolvendo-os em valores morais e espirituais e/ou na fé e conceitos de tradições religiosas específicas. O principal objetivo dessas propostas terapêuticas é avaliar a eficácia das intervenções espirituais e religiosas (IER) quando se trata de oferecê-las como tratamento complementar em saúde.

Encontram-se estudos que avaliam desfechos de saúde mental em portadores de doenças mentais ou de doenças físicas, assim como outros que avaliam desfechos clínicos e/ou biológicos em pacientes com doenças físicas e com doenças mentais. Essa possibilidade de desfechos e populações, aliada ao desafio metodológico de se construir um ensaio clínico, traz uma heterogeneidade importante às IER. Apesar disso, existem algumas revisões sistemáticas e metanálises sobre o assunto (GONCALVES et al., 2015; JOHNSON et al., 2000; OH; KIM, 2012; SMITH; BARTZ; RICHARDS, 2007). Os desfechos mais comuns de se encontrar sumarizados em metanálise são os de saúde mental, já que algumas escalas validadas para acessar essas dimensões são bem conhecidas e estabelecidas na literatura. No entanto, deve-se interpretar esses resultados com a devida atenção, pois os diagnósticos primários e os modelos de IER usualmente são diferentes para uma mesma população.

Em nossa revisão não foi possível realizar uma meta-análise de IER em desfechos físicos, uma vez que a heterogeneidade entre as populações primárias, os desfechos e as propostas de intervenção foi bastante relevante e passível de muitos vieses. Os dados foram, entretanto, agrupados e discutidos, a fim de trazer um panorama geral das publicações atuais de IER em saúde física.

O objetivo do presente artigo é salientar os pontos mais relevantes sobre as pesquisas de IER em saúde física, tomando como base a revisão sistemática que realizamos

recentemente (GONCALVES et al., 2017).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma compilação e apresentação de dados a partir de uma revisão sistemática publicada em 2017 sobre IER em saúde física e suas nuances. Foram levantados e triados mais de 4000 artigos de revistas indexadas e foram incluídos estudos que seguiram as diretrizes metodológicas internacionais para preparação de um ensaio clínico (BOUTRON et al., 2008). Com isso, foram selecionados ao final 39 estudos com boa qualidade metodológica pelo processo adequado de randomização como critério de inclusão, o que trouxe mais robustez científica às análises dos estudos. Dois artigos foram publicados a partir dessa revisão, sendo um voltado para os desfechos em saúde mental (GONCALVES et al., 2015) e o outro para desfechos em saúde física (GONCALVES et al., 2017). Mais detalhes sobre a metodologia abordada na revisão encontram-se nos artigos citados.

RESULTADOS

Dentre os 39 estudos finais selecionados, 30 avaliaram algum tipo de desfecho clínico, independente do diagnóstico considerado como primário.

Há duas vertentes principais que foram utilizadas como estrutura das intervenções: as espirituais, na qual os autores utilizaram-se de foco em valores morais e espirituais (amor, fé, respeito, compaixão, etc.) (BREITBART et al., 2010; OMAN et al., 2008; PIDERMAN et al., 2014), e as religiosas, que são temas baseados em tradições religiosas conhecidas como catolicismo, judaísmo e islamismo aproveitando os textos sagrados e as preces (ANDERSON; PULLEN, 2013; BINAIEI et al., 2016; DURU et al., 2010).

Os modelos de intervenção são distintos e foram propostos e construídos pelos autores das pesquisas baseados nessas duas vertentes, espiritual e religiosa. Encontram-se propostas de psicoterapia convencional como terapia cognitiva-comportamental (TCC) e/ou terapia motivacional (ARRIOLA et al., 2010; BINAIEI et al., 2016; BREITBART et al., 2012; BURKHART; SCHMIDT, 2012; DJURIC et al., 2009; FITZGIBBON et al., 2005; JAFARI et al., 2013; KOENIG et al., 2015; MARGOLIN et al., 2006; MORITA et al., 2009; PIDERMAN et al., 2014; WU; KOO, 2016), meditação (BORMANN et al., 2006, 2008, 2009; FEUILLE; PARGAMENT, 2015; OMAN et al., 2008; OMAN; HEDBERG; THORESEN, 2006; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005, 2008), abordagens em igrejas (ANDERSON; PULLEN, 2013; DURU et al., 2010; HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; KRUKOWSKI et al., 2010), recursos audiovisuais (MCCAULEY et al., 2011; ROSMARIN et al., 2010) e visualizações guiadas (ELIAS et al., 2015; GUILHERME et al., 2016).

As IER foram oferecidas pelos chamados facilitadores ou aplicadores. Quando esse era um profissional da saúde

sem conhecimento sobre tópicos E/R, o mesmo era treinado e preparado previamente à execução do protocolo (ARRIOLA et al., 2010; KRUKOWSKI et al., 2010; ROSMARIN et al., 2010; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008). E o mesmo ocorreu para líderes religiosos que não tinham conhecimento sobre a técnica que seria utilizada na pesquisa ou sobre a doença em si (DJURIC et al., 2009; HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; WINGOOD et al., 2013).

A fim de facilitar a compreensão dos resultados clínicos, os desfechos foram agrupados em temas principais, sendo: qualidade de vida, perda de peso e atividade física, dor, promoção de comportamento saudável e outros desfechos.

A qualidade de vida foi abordada em 10 estudos somando 756 participantes. O diagnóstico mais encontrado foi câncer em quatro estudos, seguido de outros que avaliaram síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV+), estresse pós-traumático, dor de cabeça, falência cardíaca, pacientes portadores de demências e população saudável.

O predomínio das abordagens foi espiritual (90% dos estudos) e o restante foi baseado em tradições religiosas. A qualidade de vida apresentou benefícios da IER em comparação com outras técnicas complementares em seis dos dez estudos, mostrando tamanho de efeito grande em dois estudos (JAFARI et al., 2013; OMAN; HEDBERG; THORESEN, 2006), pequenos em outros três (BORMANN et al., 2006; PIDERMAN et al., 2014; WU; KOO, 2016) e insignificante em outro (BREITBART et al., 2012). O restante não teve diferença estatisticamente significativa (BINAEI et al., 2016; BORMANN et al., 2008; ELIAS et al., 2015; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008).

O incentivo à perda de peso e à atividade física foram objetivos de outros cinco estudos, com 191 participantes. Nos diagnósticos de obesidade e população sedentária, os autores observaram variações na perda de massa corporal, na quantidade de atividade física (sessões e duração) e nos hábitos alimentares. Os resultados mostraram tamanho de efeito pequeno (ANDERSON; PULLEN, 2013) em somente uma pesquisa e insignificante em outras três pesquisas (DJURIC et al., 2009; DURU et al., 2010; FITZGIBBON et al., 2005; KRUKOWSKI et al., 2010). A maioria desses estudos foi realizado em ambiente de igreja (60%), trazendo um predomínio da vertente religiosa, enquanto o restante (40%) dos estudos utilizou propostas terapêuticas com foco espiritual.

A dor foi avaliada também em cinco artigos em portadores de doenças crônicas (64%) e em indivíduos saudáveis (37%), totalizando 403 indivíduos. A maioria das pesquisas foi de vertente espiritual (80%) e baseada em técnicas de meditação (60%), e avaliaram tolerância, frequência e severidade da dor. Os resultados desses desfechos a favor das IER foram encontrados em todos os artigos variando entre pequeno (FEUILLE; PARGAMENT, 2015; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005, 2008) e muito pequeno (DURU et al., 2010; MCCAULEY et al., 2011) e apenas um dos desfechos em um estudo não apresentou diferença estatística (MCCAULEY et al., 2011).

A promoção de comportamentos e hábitos saudáveis por meio das IER foi avaliada em cinco estudos com um total

de 1039 indivíduos. As abordagens ocorreram em igrejas ou através de modelos de psicoterapia, sendo estimuladas a realização de exames preventivos para diagnóstico de câncer (HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008), a doação de órgãos (ARRIOLA et al., 2010) e a prevenção ao HIV (MARGOLIN et al., 2006; WINGOOD et al., 2013). Os tamanhos de efeito variaram de pequeno a médio para os artigos de doação de órgãos e de prevenção ao câncer, sendo insignificantes para comportamento sexual de risco.

Outros desfechos clínicos foram acessados em indivíduos com doenças crônicas, sem um padrão de protocolos de intervenção. Níveis de cortisol salivar reduziram com a IER mostrando tamanho de efeito pequeno (BORMANN et al., 2009), enquanto manejo da doença, atividade diária, níveis de energia e medidas cardiovasculares foram insignificantes (DURU et al., 2010; GUILHERME et al., 2016; KOENIG et al., 2015; MCCAULEY et al., 2011).

Referente à metodologia, nenhum dos estudos preencheu o quesito duplo-cego pela própria característica de participação ativa do indivíduo. No entanto, somente 6 estudos mencionaram um avaliador cego (BORMANN et al., 2008; DURU et al., 2010; FEUILLE; PARGAMENT, 2015; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; KOENIG et al., 2015; MCCAULEY et al., 2011). A intensidade, duração e frequência foram descritas pela maioria dos autores, estando presente em mais 70% dos artigos.

DISCUSSÃO

Apesar do desafio metodológico de se construir uma IER, percebe-se a originalidade na criação e formatação desses modelos de intervenção, partindo de propostas de meditação espiritual até discussões terapêuticas convencionais emolduradas de tópicos E/R. Não obstante, essas inúmeras possibilidades aliadas ao desafio de desenhar e executar esse tipo de pesquisa, favoreceram uma miscelânea de publicações. Nas últimas décadas diversas alternativas complementares em saúde vêm sendo utilizadas em paralelo aos tratamentos médicos convencionais para auxiliar no tratamento de doenças crônicas, minimizando sintomas e melhorando qualidade de vida. Citamos como exemplo a psicoterapia, atividade física, acupuntura, yoga, etc. (ALLEN et al., 2006; CRAMER et al., 2014; KIRK-SANCHEZ; MCGOUGH, 2013; MCCULLOUGH, 1999). Segundo alguns autores, as terapias cognitivas baseadas em religiosidade podem ser mais eficaz que outras terapia seculares (HOOK et al., 2010).

Notoriamente, por ser a IER uma abordagem mais recente, os estudos publicados são ainda em um número limitado quando comparado com outras abordagens já estabelecidas, e portanto, tornando desafiadora a comparação entre os diferentes tipos de estudos.

Por outro lado, é importante reforçar que os estudos que compararam a IER com outras técnicas complementares em saúde procuram também demonstrar que essa pode ser mais uma opção dos tratamentos complementares à saúde oferecidos atualmente, principalmente para aqueles indivíduos

que se sentem mais confortáveis e esperançosos com a abordagem E/R. As IER podem ser indicadas por profissionais da área da saúde aos seus pacientes (MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016), porém, por ser uma escolha de cunho pessoal e particular, não devem ser caracterizadas como prescrição médica (SLOAN; BAGIELLA; POWELL, 1999). Diante disso, a superioridade dos resultados das IER não se faz primordial, mas sim a eficácia dessa como propulsora de benefícios à saúde, tanto quanto as outras técnicas complementares.

Seguindo nessa linha, nenhum estudo apresentou resultados negativos da IER quanto aos desfechos físicos avaliados. Não foram apresentadas contraindicações das IER pelos autores para nenhum dos públicos selecionados. Isso demonstra satisfação do profissional e dos participantes para com a aplicação da técnica e das abordagens escolhidas (FEUILLE; PARGAMENT, 2015; HUGUELET et al., 2011; OMAN et al., 2008; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008).

Sobre os protocolos, destaca-se a questão dos facilitadores ou aplicadores das IER. São divididos basicamente em dois grupos: os profissionais de saúde com domínio e conhecimento sobre o assunto E/R ou líderes religiosos com preparo para lidarem com a doença em questão. Os estudos selecionados trouxeram relatos claros e concisos sobre o preparo oferecido aos facilitadores, mas de forma prática, não foram mensurados os efeitos desse trabalho de adequação dos facilitadores como parte resultante das abordagens, tal como outros estudos sobre o tema em saúde mental observaram (KELLY et al., 2011; PROPST et al., 1992). É possível que o conhecimento dos facilitadores possa intervir no efeito clínico, já vez que as intervenções não são duplo-cego (BOUTRON et al., 2008).

Ainda que o fator duplo-cego seja importante para minimizar vieses de seleção em ensaios clínicos, esse fato não invalida a qualidade metodológica dessas investigações, consideradas como ensaios clínicos não-farmacológicos (BOUTRON et al., 2008). No entanto, é necessária uma atenção especial para outros possíveis vieses quando se trata de IER. O avaliador cego, por exemplo, é um item relativamente fácil de ser considerado no desenho metodológico (LIBERATI et al., 2009) e que foi pouco encontrado nos ensaios clínicos selecionados. As futuras pesquisas devem se basear nas diretrizes internacionais de ensaios clínicos não-farmacológicos quando forem preparar uma IER. Além disso, os autores devem priorizar a transparência ao relatar o protocolo e a abordagem da IER utilizadas, de forma a facilitar futuras sumarizações e comparações de desfechos clínicos.

DIRETRIZES FUTURAS

De forma prática, três tópicos importantes devem ser considerados durante a construção metodológica de uma IER em ensaios clínicos.

Primeiramente, deve-se selecionar a população que receberá a intervenção e, então, discernir qual ou quais os desfechos que serão investigados como efeito da IER. A maioria dos autores avaliou se a IER foi capaz de reduzir algum

sintoma negativo, como sobrepeso e cortisol, ou se melhorou algum aspecto positivo da saúde, como qualidade de vida e hábitos saudáveis, por exemplo. Porém, poucos estudos buscam compreender se esses desfechos se relacionam com o incremento dos níveis de E/R através de escalas validadas. Apesar da proposta inicial de uma IER se basear no estímulo à dimensão espiritual/religiosa do ser, sabe-se que existem construtos diferentes dentro do assunto geral que podem ter também desfechos diferentes, como por exemplo, a fé, a religiosidade intrínseca, a religiosidade extrínseca, a espiritualidade e o coping (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Isso significa que a IER pode ter resultados diferentes em uma mesma população se, porventura, os efeitos nos diferentes construtos também forem verdadeiros. Kelly et al. (2011) em seu estudo comentaram sobre a possibilidade de um ponto de "despertamento espiritual", no qual o participante teve uma melhora mais significativa quando os níveis de E/R eram mais baixos quando comparados com outros considerados mais "espiritualizados" (KELLY et al., 2011). Para se compreender mais a fundo essa relação dos desfechos clínicos e dos níveis de E/R é necessário se atentar aos construtos que serão avaliados e desenhar uma proposta que contemple ao máximo os mesmos.

Em segundo ponto, o modelo de abordagem deve ser bem claro e criterioso, a fim de facilitar a futura comparação entre propostas similares. Alguns autores propuseram intervenções bem desenhadas do ponto de vista dos conceitos E/R, seja dentro do âmbito terapêutico ou educativo, que podem ser utilizadas em futuras pesquisas. Salienta-se que o modelo abrange a vertente selecionada (espiritual ou religiosa), a técnica em si utilizada para transmitir a mensagem central (TCC, meditação, recurso audiovisual com etapas estabelecidas etc.) e os facilitadores ou aplicadores das intervenções. Deve-se dar a devida atenção a cada um desses itens, elaborando ao máximo e elegendo os pontos mais importantes a serem considerados em cada pesquisa e objetivo central.

E por fim, a metodologia mais adequada a ser seguida é a que se baseia nas diretrizes internacionais de ensaios clínicos não-farmacológicos, conforme já mencionado previamente. Nesse tópico ressaltam-se a importância de um adequado processo de randomização para contrapor os possíveis vieses gerados por uma intervenção sem duplo-cego; o avaliador cego, já que esse item é facilmente adaptável em uma pesquisa e relevante na alocação oculta dos resultados; e a similaridade entre as frequências e durações das IER e das técnicas dos grupos comparativos, que devem ser o mais equivalente possível a fim de também minimizar vieses. Atentando-se a esses itens relevantes, a chance da IER apresentar maior rigor e robustez científica é maior.

CONCLUSÃO

Os resultados de ensaios clínicos envolvendo IER parecem promissores como tratamento complementar

em saúde, considerando a similaridade de benefícios com outras técnicas conhecidas e também considerando a qualidade metodológica dos estudos que seguiram diretrizes internacionais em seus desenhos.

A diversidade de população, desfechos e modelos de intervenção deve ser explorada em sua essência e alicerçada em suas bases para se possa compreender o assunto com embasamento científico.

Futuras pesquisas devem considerar diretrizes como as descritas acima, com vistas a avançar o conhecimento nessa área e assim melhor utilizar os efeitos benéficos da E/R nos tratamentos complementares em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. J. B. et al. Acupuncture for depression: a randomized controlled trial. **Journal of clinical psychiatry**, 2006.
- ANDERSON, K. J.; PULLEN, C. H. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. **Research in gerontological nursing**, v. 6, n. 1, p. 11–21, 2013.
- ARRIOLA, K. et al. Project ACTS: an intervention to increase organ and tissue donation intentions among African Americans. **Health education behavior**, v. 37, n. 2, p. 264–274, 2010.
- BINAEI, N. et al. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. **Iranian journal of nursing midwifery research**, v. 21, n. 1, p. 77–83, 2016.
- BORMANN, J. E. et al. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: a randomized controlled trial. **Journal of behavior medicine**, v. 29, n. 4, p. 359–376, 2006.
- BORMANN, J. E. et al. A Spiritually Based Group Intervention for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: feasibility study. **Journal of holistic nursing**, p. 109–116, 2008.
- BORMANN, J. E. et al. Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial. **Journal of psychosomatic research**, v. 66, n. 2, p. 161–171, 2009.
- BOUSTRON, I. et al. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 4, p. 295–309, 2008.
- BREITBART, W. et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. **Psychooncology**, v. 19, n. 1, p. 21–28, 2010.
- BREITBART, W. et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. **Journal of clinical oncology**, v. 30, n. 12, p. 1304–1309, 2012.
- BURKHART, L.; SCHMIDT, W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. **Journal of professional nursing**, v. 28, n. 5, p. 315–321, 2012.
- CRAMER, H. et al. Yoga for multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. **PLoS one**, v. 9, n. 11, p. e112414, 2014.
- DJURIC, Z. et al. A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. **Journal of the national medicam association**, v. 101, n. 6, p. 552–564, 2009.
- DURU, O. K. et al. Sisters in motion: a randomized controlled trial of a faith-based physical activity intervention. **Journal of the american geriatrics society**, v. 58, n. 10, p. 1863–1869, 2010.
- ELIAS, A. C. et al. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). **Complementary therapies in clinical practice**, v. 21, n. 1, p. 1–6, 2015.
- FEUILLE, M.; PARGAMENT, K. Pain, mindfulness, and spirituality: a randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. **Journal of health psychology**, v. 20, n. 8, p. 1090–1106, 2015.
- FITZGIBBON, M. L. et al. Results of a faith-based weight loss intervention for black women. **Journal of the national medical association**, v. 97, n. 10, p. 1393–1402, 2005.
- GONCALVES, J. P. B. et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological medicine**, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 2015.
- GONCALVES, J. P. D. et al. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials. **Plos one**, v. 12, n. 10, p. 21, 2017.
- GUILHERME, C. et al. **Effect of the “spiritual support” intervention on spirituality and the clinical parameters of women who have undergone mastectomy: a pilot study.** *Religions*, v. 7, n.16, p. 1–11, 2016.
- HOLT, C. L. et al. Spiritually based intervention to increase colorectal cancer awareness among african americans: intermediate outcomes from a randomized trial. **Journal of**

health Communication, v. 17, n. 9, p. 1028–1049, 2012.

HOLT, C. L.; LEE, C.; WRIGHT, K. A spiritually based approach to breast cancer awareness: cognitive response analysis of communication effectiveness. **Health communication**, v. 23, n. 1, p. 13–22, 2008.

HOOK, J. N. et al. Empirically supported religious and spiritual therapies. **Journal of clinical psychology**, v. 66, n. 1, p. 46–72, 2010.

HUGUELET, P. et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. **Psychiatric services**, v. 62, n. 1, p. 79–86, 2011.

JAFARI, N. et al. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. **Psychology health & medicine**, v. 18, n. 1, p. 56–69, 2013.

JOHNSON, B. R. et al. A systematic review of the religiosity and delinquency literature: a research note. **Journal of contemporary criminal justice**, v. 16, n. 1, p. 32–52, 2000.

KELLY, J. F. et al. Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. **Alcoholism: clinical experimental research**, v. 35, n. 3, p. 454–463, 2011.

KIRK-SANCHEZ, N. J.; MCGOUGH, E. L. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. **Clinical interventions in aging**, v. 9, p. 51–62, 2013.

KOENIG, H. G. et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial. **Journal of nervous and mental disease**, v. 203, n. 4, p. 243–251, 2015.

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. **Handbook of religion and health**. Oxford university press, 2012.

KRUKOWSKI, R. A. et al. Obesity treatment tailored for a Catholic faith community: a feasibility study. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 3, p. 382–390, 2010.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **British medical journal**, v. 339, p. b2700, 2009.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **The international journal of psychiatry in medicine**, v. 48, n. 3, p. 199–215, 2014.

MARGOLIN, A. et al. A controlled study of a spirituality-focused

intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. **AIDS education and prevention**, v. 18, n. 4, p. 311–322, 2006.

MCCAULEY, J. et al. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. **The international journal of psychiatry in medicine**, v. 41, n. 1, p. 91–105, 2011.

MCCULLOUGH, M. E. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. **Journal of counseling psychology**, v. 46, n. 1, p. 92–98, 1999.

MENEGATTI-CHEQUINI, M. C. et al. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. **British journal of psychiatry open**, v. 2, n. 6, p. 346–352, 2016.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 Explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 8, p. e1–37, 2010.

MORITA, T. et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. **Journal of pain and symptom management**, v. 37, n. 4, p. 649–658, 2009.

OH, P. J.; KIM, Y. H. Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes. **Journal of Korean academy of nursing**, v. 42, n. 6, p. 833–842, 2012.

OMAN, D. et al. Passage meditation improves caregiving self-efficacy among health professionals: a randomized trial and qualitative assessment. **Journal of health psychology**, v. 13, n. 8, p. 1119–1135, 2008.

OMAN, D.; HEDBERG, J.; THORESEN, C. E. Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: a randomized, controlled trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 4, p. 714–719, 2006.

PIDERMAN, K. M. et al. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. **Psychooncology**, v. 23, n. 2, p. 216–221, 2014.

PROPST, L. R. et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 60, n. 1, p. 94–103, 1992.

ROSMARIN, D. H. et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. **Journal of anxiety disorders**, v. 24, n. 7, p. 799–808, 2010.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E.; POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **Lancet**, v. 353, n. 9153, p. 664–667, 1999.

SMITH, T. B.; BARTZ, J.; RICHARDS, P. S. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta-analytic review. **Psychotherapy research**, v. 17, n. 6, p. 643–655, 2007.

VAN TULDER, M. et al. Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. **Spine** v. 28, n. 12, p. 1290–1299, 2003.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **International journal of surgery**, v. 12, n. 12, p. 1500–1524, 2014.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. **Journal of behavioral medicine**, v. 28, n. 4, p. 369–384, 2005.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Migraines and meditation: does spirituality matter? **Journal of behavioral medicine**, v. 31, n. 4, p. 351–366, 2008.

WINGOOD, G. M. et al. Comparative effectiveness of a faith-based HIV intervention for African American women: importance of enhancing religious social capital. **American journal of public health**, v. 103, n. 12, p. 2226–2233, 2013.

WU, L. F.; KOO, M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 120–127, 2016.