

# **Telemedicina: “Cuidados Espirituais aplicados no fim de vida” numa Revisão Sistemática Integrativa com Síntese Narrativa**

**Hugo Martins Viana**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(mestrado integrado)

Orientador: Mestre Abel García Abejas

**março de 2022**



## **Agradecimento**

Agradeço ao meu orientador e tutor Mestre Abel García Abejas por todo o apoio, prontidão e ajuda no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço à minha família por me ter apoiado nesta etapa tão importante da minha vida.



## Resumo

**Introdução:** A visão multidimensional dos pacientes tem sido enfatizada ao longo do tempo. Os cuidados espirituais (CE) (onde se incluem os religiosos), adquirem um papel extremamente importante, especialmente no fim de vida. De acordo com a OMS “os cuidados paliativos (CP) são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa. Aliviar o sofrimento grave relacionado com a saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade moral”. A espiritualidade é uma dimensão humana que abrange a relação consigo, com os outros, com uma entidade suprema. Engloba a procura pelo significado da vida/existência, por meio de conceitos que transcendem o tangível. Este conceito, adquire grande importância no suporte aos doentes em fim de vida, para que estes possam assumir a morte como uma etapa da sua existência. A pandemia COVID-19 limitou substancialmente a prestação de CP. Foi necessário alterar a maneira de prestar este tipo de cuidados em segurança. A telessaúde tem sido uma ferramenta útil, com potencial para melhorar a eficácia e eficiência clínica, porém desigual. Esta revisão sistemática, pretende fornecer elementos válidos para o desenvolvimento de novos estudos e metodologias no âmbito dos cuidados espirituais aplicados aos CP.

**Objetivos:** Pretende-se, com esta revisão, estudar a importância da espiritualidade associada à telessaúde em pacientes no fim de vida.

**Métodos:** Para este trabalho, foi escolhida uma revisão sistemática integrativa com síntese narrativa, utilizando as orientações PRISMA, que permite abranger uma panóplia de artigos científicos, com vista à obtenção de um conhecimento alargado sobre tema. Para que se atinja o objetivo proposto, serão utilizadas pesquisas de literatura em repositórios eletrónicos e noutras fontes relevantes e fidedignas, como revistas científicas na área dos CP com o intuito de se fazer uma pesquisa mais extensa. Será também efetuada a submissão a PROSPERO (ID: 313920). A análise dos artigos será feita com base na estrutura PICOD.

## Palavras-Chave

Cuidados paliativos; Cuidados em fim de vida; Espiritualidade; Religião; Telessaúde



## Abstract

**Introduction:** The multidimensional view of patients has been emphasized over time. Spiritual and religious care play an extremely important role, especially at the end of a person's life. According to WHO “palliative care is a crucial part of integrated and people-centered health services. Alleviating serious health-related suffering, whether physical, psychological, social or spiritual, is a global responsibility”. Spirituality is a human dimension that encompasses the relationship with oneself, with others, with a supreme entity. It encompasses the search for the meaning of life / existence, through concepts that transcend the tangible. This concept acquires great importance in supporting patients at the end of life, so that they assume death as a stage of existence. The COVID-19 pandemic has limited the provision of palliative care. It was necessary to change the way in which this kind of attention was given to safety. Telehealth has been a useful source with the potential to improve clinical effectiveness. This review intends to provide valid elements for the development of new studies and methodologies in the context of palliative criteria spiritual care.

**Objectives:** The aim of this review is to study the importance of spirituality associated with telehealth in end-of-life patients.

**Methods:** For this work, an integrative systematic review with narrative synthesis was chosen, using the PRISMA guidelines, which allows covering a panoply of scientific articles, to obtain a wider knowledge of the subject. In order to achieve the proposed objective, literature research will be used in electronic repositories and other relevant and reliable sources, such as scientific journals in the field of palliative care, to carry out more extensive research. Submission to PROSPERO (ID: 313920) will also be carried out. The analysis of the articles will be based on the PICOD structure.

## Keywords

Palliative care; End-of-life care; Spirituality; Religion; Telehealth





# Índice

<b>Agradecimento</b> .....	<b>iii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>v</b>
<b>Palavras-Chave</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vii</b>
<b>Keywords</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>xi</b>
<b>Lista de Tabelas</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Lista de Acrónimos</b> .....	<b>xv</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>17</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>19</b>
2.1. Desenho de revisão .....	19
2.2. Estratégia de pesquisa .....	19
2.3. Termos de pesquisa na base de dados .....	20
2.4. Critérios de seleção/elegibilidade.....	21
2.5. Seleção do estudo.....	21
2.6. Extração de dados.....	22
2.7. Análise e síntese de dados .....	23
2.8. Avaliação da qualidade .....	26
<b>3. Temas</b> .....	<b>27</b>
3.1. Espiritualidade, Sofrimento Espiritual, Religião .....	27
3.1.1. Espiritualidade, sofrimento espiritual, BES e religião .....	27
3.2. Cuidados espirituais, cuidados em fim de vida .....	28
3.2.1. Cuidados espirituais e cuidados em fim de vida .....	28
3.3. Telessaúde, CP e barreiras na prestação de CE .....	29
3.4. Avaliação da espiritualidade .....	31
3.4.1. Ferramentas para a avaliar a espiritualidade.....	31
3.4.1.1. Questionário HOPE.....	31
3.4.1.2. FICA - Spiritual History tool .....	33
3.4.1.3. Religious/Spiritual Coping – short form (Brief RCOPE).....	34
3.4.1.4. Avaliação funcional da Terapia da Doença Crónica – BES (FACIT-Sp-12) ..	35
<b>4. Conclusão</b> .....	<b>37</b>
<b>5. Bibliografia</b> .....	<b>39</b>
<b>Anexo I - Termos de pesquisa MESH</b> .....	<b>41</b>
<b>Anexo II - Tabela controlo de qualidade dos artigos</b> .....	<b>42</b>
<b>Anexo III - Comprovativo de divulgação</b> .....	<b>44</b>



## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos.....	22
--	----



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Síntese dos artigos selecionados .....	24
Tabela 2 - Questionário HOPE.....	32
Tabela 3 - Questionário FICA.....	33
Tabela 4 - Brief RCOPE: Subescalas de coping positivo ou negativo.....	34
Tabela 5 - FACIT-Sp-12 .....	35
Tabela 6 - Instruções para calcular a pontuação do instrumento FACIT-sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being).....	36



## **Lista de Acrónimos**

CP Cuidados Paliativos

OMS Organização Mundial de Saúde

BES Bem-estar espiritual

CE Cuidado(s) Espiritual(ais)





## 1. Introdução

A medicina é uma ciência mutável e evolutiva na linha temporal. A visão multidimensional dos pacientes tem sido enfatizada ao longo do tempo. Os cuidados espirituais adquirem um papel extremamente importante, especialmente no fim de vida da pessoa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) “os cuidados paliativos são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar sofrimento grave relacionado com a saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade global”.

Uma médica, enfermeira e assistente social de seu nome Dame Cicely Saunders, fundou nos anos 60 o movimento dos hospícios modernos. Criou o conceito de dor total para descrever o fenómeno biopsicossocial e espiritual de uma experiência de dor (2). George Engels, psiquiatra americano do século XX, foi o criador e impulsionador do modelo biopsicossocial, uma teoria geral da doença e da cura. Este modelo pretende englobar não só a biologia dos pacientes, mas também integrar aspetos psicológicos e sociais dos mesmos e em como estes influenciam o bem-estar geral. (2). A espiritualidade é uma dimensão humana que abrange a relação consigo, com os outros, com uma entidade suprema. Engloba a procura pelo significado da vida/existência, por meio de conceitos que transcendem o tangível. Este conceito, adquire grande importância no suporte aos doentes em fim de vida, para que estes possam assumir a morte como uma etapa da sua existência. A espiritualidade do paciente, influencia a maneira como este lida com a doença. Serve vários propósitos em diferentes fases da existência de uma pessoa e encontra-se em constante desenvolvimento (1). A definição de CP da OMS mostra a centralidade da espiritualidade nestes cuidados. No entanto, não tem dado igual atenção, clínica ou empiricamente, para operacionalizar a construção da espiritualidade e entender como medir e avaliar a sua influência nos resultados de saúde. Sendo assim, no campo dos CP, o domínio da espiritualidade tem sido o menos desenvolvido, dentro dos domínios do modelo biopsicossocial. (3). Halbert Dunn definiu originalmente o bem-estar como "um método integrado de funcionamento que está orientado para maximizar o potencial do qual o indivíduo é capaz (4). A pandemia COVID-19 limitou substancialmente a prestação de cuidados paliativos. Foi necessário alterar a maneira de prestar este tipo de cuidados em segurança. Outro ponto chave que é importante mencionar é o de que a maior parte dos pacientes que necessitam de CP, preferem recebê-los no conforto de suas casas. Os doentes que recebem CP no domicílio, relatam muitas vezes, necessidades não satisfeitas entre as quais se destacam a falta de comunicação regular com enfermeiros e médicos e entre profissionais de saúde primários e secundários. Além disso, os doentes, por vezes sentem-se inseguros quanto à urgência dos seus problemas e quem devem contactar em caso de necessidade (5). Neste contexto, surge a telessaúde, que tem sido uma ferramenta

útil e que tem ganho destaque, com potencial para melhorar a eficácia clínica. Este avanço tecnológico permite a introdução de novas ferramentas que permitem a monitorização não intrusiva do paciente bem como manter um contacto à distância com o mesmo (4) com o objetivo de mitigar e facilitar o apoio por parte das equipas multidisciplinares, quando o contacto físico não é possível. Esta revisão pretende fornecer elementos válidos para o desenvolvimento de novos estudos e metodologias no âmbito dos cuidados espirituais aplicados aos CP.

O objetivo desta revisão sistemática é definir se os cuidados espirituais em telemedicina trazem novas oportunidades em CP:

- Saber quais são os benefícios da utilização da telemedicina
- Saber se a telemedicina assegura a continuidade correta dos cuidados
- Saber a importância dos cuidados espirituais
- Saber se os cuidados espirituais em telemedicina são eficazes

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma Revisão Sistemática Integrativa com síntese narrativa.

### **2.1. Desenho de revisão**

Para este trabalho, foi escolhida uma revisão sistemática integrativa com síntese narrativa, utilizando as diretrizes do PRISMA, que permite cobrir uma panóplia de artigos científicos, para obter um conhecimento mais amplo do assunto. A fim de atingir o objetivo proposto, será utilizada investigação bibliográfica em repositórios eletrônicos e outras fontes relevantes e fiáveis, tais como revistas científicas no campo dos CP, para realizar uma investigação mais extensa.

O protocolo de pesquisa compreenderá quatro etapas:

1. Uma pesquisa sistemática da base de dados bibliográfica relevante seguirá, combinará, e integrará as Estratégias de Pesquisa Eletrônica de Revisão pelos Pares (PRESS), o protocolo de pesquisa eletrônica e os Itens Preferenciais de Relatórios para Revisões Sistemáticas e os protocolos de Meta-Analyses (PRISMA). PRISMA será utilizado como diretriz de relatórios.
2. Identificação e seleção de publicações relevantes utilizando critérios pré-definidos de inclusão e exclusão.
3. Avaliação da qualidade das provas de investigação da publicação selecionada utilizando os critérios de avaliação da ferramenta Hawker et al. (23)
4. Extração de dados e síntese de resultados de publicações selecionadas utilizando a síntese temática e narrativa.

### **2.2. Estratégia de pesquisa**

As seguintes bases de dados eletrônicas serão pesquisadas: PubMed, SCOPUS, CINAHL, Web of Science. As revistas mais relevantes nos domínios dos CP (Palliative Medicine, Journal of Pain and Symptom Management, BMJ Supportive and Palliative Care, Palliative & Supportive Care, e BMC Palliative Care), ética médica (BMC Medical Ethics, BMJ Journal of Medical Ethics, Bioethics, American Journal of Bioethics, Journal of Bioethical Inquiry) e Telemedicine serão pesquisadas à mão, com o objetivo de conseguir uma cobertura completa do nosso fenómeno de interesse: Cuidados espirituais, telemedicina e fim de vida.

Toda a estratégia de pesquisa da nossa revisão sistemática será publicada com os anexos e apêndices necessários. Será verificado o seguimento de citações e a verificação das listas de referência de artigos elegíveis identificados, e serão incluídos os que são elegíveis.

Realizaremos e completaremos a pesquisa da base de dados eletrônica desde o início até dezembro de 2021. As referências identificadas serão fundidas e geridas com o EndNote 20. A literatura cinzenta não será incluída. Dependendo da base de dados, a estratégia de investigação será adaptada; esta será incluída no apêndice da revisão sistemática.

Utilizaremos termos MeSH e combinaremos estes termos com outros termos e os seus sinónimos. Com a utilização dos termos escolhidos e dos seus sinónimos, poderemos ter uma baixa precisão, mas uma alta sensibilidade dos estudos que são mais relevantes. Sempre que os mesmos termos não existam, serão escolhidos os termos substitutivos mais próximos para manter a maior consistência possível ao longo de todo o processo de pesquisa.

Dois autores (H.M.V., A.G.A.) irão, independentemente, selecionar 100% dos títulos e resumos dos estudos identificados. As discrepâncias na seleção da inclusão e exclusão serão resolvidas através de discussão. Espera-se que a concordância entre autores seja superior a 90%.

Os registos duplicados serão removidos antes da aplicação dos seguintes filtros: tipo de documento (artigo de periódico revisto por pares); língua de publicação (inglês, espanhol e português).

### **2.3. Termos de pesquisa na base de dados**

Será desenvolvida uma combinação de Medical Subject Heading (MeSH), títulos de assunto e palavras-chave para conduzir a pesquisa com operadores booleanos. Sinónimos ou abreviaturas consideradas apropriadas serão adicionados aos termos de pesquisa. Estes serão adaptados para cada base de dados. Os termos de pesquisa serão adaptados para cada base de dados utilizada com a combinação de palavras-chave: ("cuidados espirituais" OU "telessaúde" OU "fim de vida").

#### **Termo MeSH:**

SET1: Religião e Medicina OU Espiritualidade OU Terapias Espirituais OU Religião OU Cura Espiritual OU Cuidados Pastorais OU Importância OU Significado OU Esperança OU Ansiedade OU Capelães OU Inscrição de pacientes OU Habilidades OU Humanos OU Clero OU Cultura OU Emoção OU Conforto OU Crenças OU Bem-estar

SET2: Telemedicina / métodos OU Saúde Eletrónica OU Consulta Remota OU Telepatologia OU Telerradiologia OU Telerradiologia OU Saúde, Benefícios Móveis OU Eficácia OU Intervenções OU Especialização OU Qualidade dos cuidados

SET3: Tratamentos Paliativos OU CP OU Cuidados em Fim de Vida OU Qualidade de Vida OU Equipa de Cuidados ao Paciente OU Morte OU Cuidados Terminais OU Conforto do Paciente OU Cuidados de Apoio à Vida OU Testamentos Vivos / Psicologia OU Fim de Vida OU Doença Precoce OU CP para Adultos OU CP Antecipados OU CP Especialistas OU CP Generalistas OU Domínios de CP de Qualidade

## **2.4. Critérios de seleção/elegibilidade**

Critérios de inclusão:

- Estudos originais revistos por pares centrados em decisões éticas no fim de vida.
- Em inglês, língua portuguesa.
- Desenhos de estudo incluindo métodos quantitativos, qualitativos, mistos, relatórios de casos, séries de casos.
- Período compreendido entre 2013 e 2021

Exclusão:

- Revisões, Literatura cinzenta, Estudos com crianças ou em cuidados pediátricos, Comentários, artigos de opinião e resumos de conferências.
- Teses/dissertações.
- Menos de 65 anos de idade

## **2.5. Seleção do estudo**

Após a remoção de artigos duplicados e irrelevantes, os títulos e resumos serão rastreados com base nos critérios de inclusão. Como mencionado, dois autores (H.M.V., A.G.A.) irão, independentemente, rastrear 100% dos títulos e resumos dos estudos identificados. As discrepâncias na triagem da inclusão e exclusão serão resolvidas através de discussão. Espera-se que a concordância entre autores seja superior a 90%.

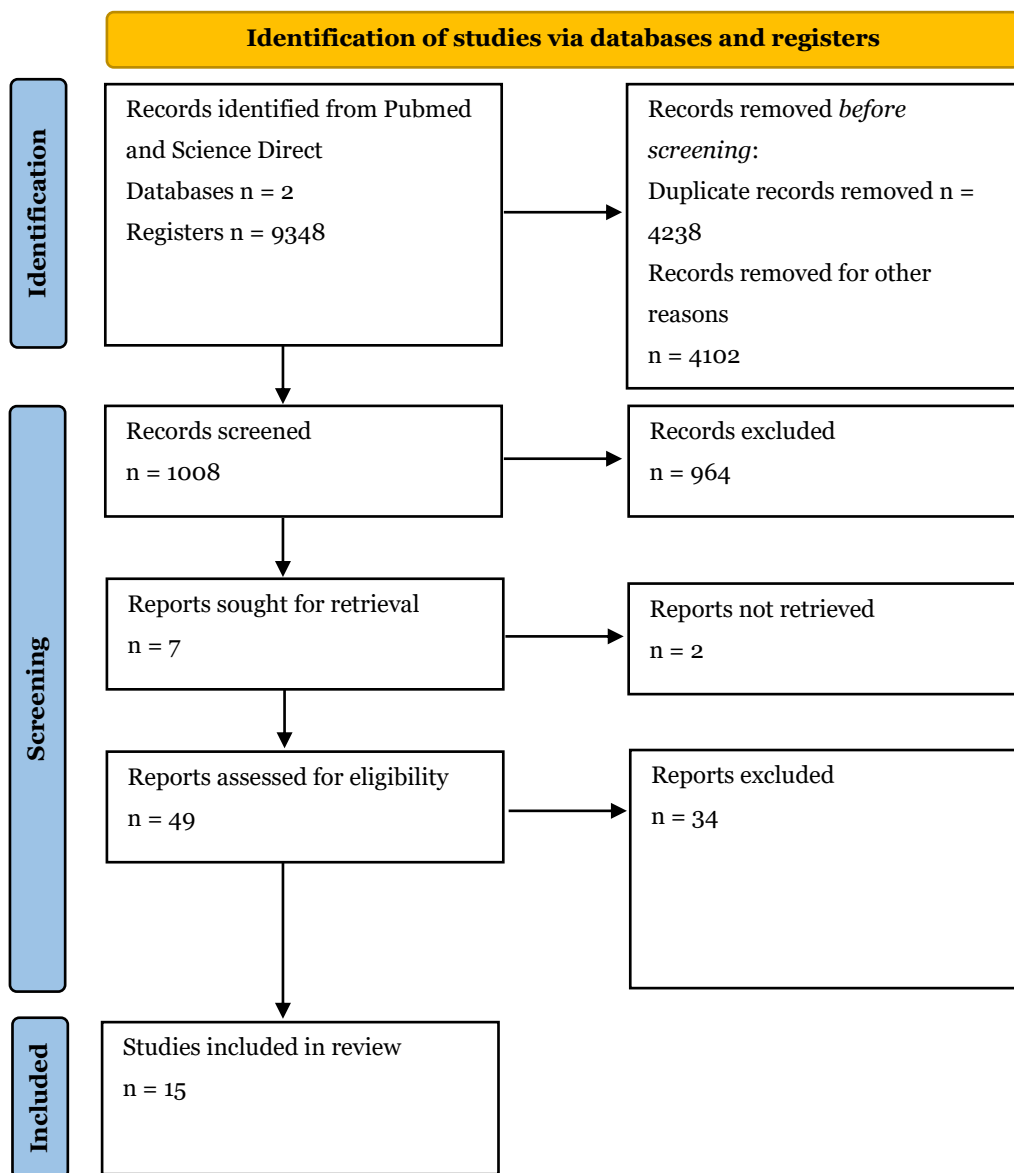


Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos (22)

## 2.6. Extração de dados

Os artigos selecionados para inclusão serão analisados e os dados serão extraídos por um revisor (H.M.V.) utilizando um formulário piloto que será desenvolvido propositadamente para esta revisão sistemática e acordado entre todos os dois revisores. Este modelo será testado por dois revisores (H.M.V., A.G.A.) numa amostra de 5 artigos. Os desacordos serão discutidos em conjunto.

A extração de dados será realizada seguindo e adaptando o quadro do PICOD da seguinte forma: PICOD: P = Participantes/População (doentes adultos em fim de vida, dados sobre pessoas falecidas/dados mortais, profissionais de saúde, carreiras familiares), I = Intervenção/Fenómeno de interesse (cuidados espirituais), telemedicina, C = Comparador ou Contexto (diferentes contextos e níveis de prestação de cuidados em fim de vida), O =

Resultados/Resultados (resultados de estudos incluídos que respondem às nossas questões de investigação), D = Conceção (conceção de estudos incluídos).

## **2.7. Análise e síntese de dados**

Os resultados de todos os estudos relevantes serão resumidos utilizando uma abordagem qualitativa, uma vez que esta revisão integrativa incluirá estudos heterogéneos em termos de objetivos, métodos e resultados. Uma combinação de análise temática e síntese narrativa será utilizada para analisar os dados dos artigos incluídos. A análise preliminar, exploração das relações e a avaliação da robustez da síntese, serão realizadas por H.M.V. e revistas pelos outros revisores. A síntese preliminar implicará a extração das características descritivas dos estudos numa tabela e a geração de um resumo textual dos resultados. A análise temática será utilizada para extrair os temas principais. Os dados dos estudos serão extraídos para uma tabela e analisados tematicamente por H.M.V. e discutidos com o outro revisor. A identificação dos temas chegará após deliberação e discussão entre todos os revisores.

Tabela 1 - Síntese dos artigos selecionados

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivos</b>
Spirituality and religiosity in supportive and palliative care (1)	2014	Current Opinion in Supportive & Palliative Care	Fornecer uma visão geral e atualizada sobre o papel da espiritualidade e religiosidade em pacientes com doenças fortemente fatais e a importância da sua avaliação por uma equipa multidisciplinar.
Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System During COVID-19 Pandemic (15)	2021	Journal of Pain and Symptom Management	Descrever a implementação de um sistema de telessaúde paliativo espiritual e psicológico durante a pandemia.
Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review (5)	2020	Journal of medical Internet research	O objetivo deste estudo foi mapear e avaliar estudos publicados sobre o uso da telessaúde em pacientes em CP domiciliares.
State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes (3)	2017	Journal of Pain and Symptom Management	Abordar o cenário atual de pesquisa na interseção de espiritualidade e CP e identificar os próximos passos críticos para avançar nesse campo de investigação.
Care Toward the End of Life in Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Scoping Review (17)	2017	Journal of the American Medical Directors Association	Identificar os elementos importantes dos cuidados em fim de vida na população idosa, evidenciando os facilitadores de implementação e suas barreiras
Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review (8)	2015	Palliative and Supportive Care	Identificar instrumentos válidos para avaliar o sofrimento espiritual de pessoas diagnosticadas com cancro.
CP e espiritualidade: revisão integrativa da literatura (6)	2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar artigos científicos em journals internacionais sobre o tema dos CP e espiritualidade.
Culture and spirituality: essential components of palliative care (7)	2016	Postgraduate Medical Journal	Importância dos aspetos culturais e espirituais nos CP.
The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review (12)	2018	Palliative Medicine	Avaliar os efeitos do cuidado espiritual na qualidade de vida e BES de pacientes com doença terminal.



The Role of Spiritual Care with the Introduction of an End of Life Order Set (9)	2019	Journal of Pastoral Care & Counseling: Advancing theory and professional practice through scholarly and reflective publications	Explorar as contribuições de uma equipa de cuidados espirituais no cuidado de pacientes terminais.
A Comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering (2)	2016	Southern Medical Journal	Relação entre as dimensões psíquicas do sofrimento e a experiência da dor física e como avaliar e tratar a dor em uma estrutura multidimensional
Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients with Different Religious Affiliations: A Multicenter Korean Study (13)	2018	Journal of Pain and Symptom Management	Investigar o BES entre pacientes em CP com diferentes afiliações religiosas e identificar as suas correlações
Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training (18)	2013	Journal of Clinical Oncology	Determinar os fatores que contribuem para a prestação de cuidados espirituais por enfermeiros e médicos que cuidam de pacientes em fim de vida
Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care (16)	2019	Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care	Explorar as interações da espiritualidade e dos CP na gestão do cancro da pessoa idosa
Comfort Care for Patients Dying in the Hospital (11)	2015	New England Journal of Medicine	Fornecer aos médicos de outras áreas além dos CP uma abordagem prática e baseada em evidências para aliviar sintomas angustiantes em pacientes que estão em fim de vida

## **2.8. Avaliação da qualidade**

Dois revisores (H.M.V., A.G.A.) avaliarão a qualidade dos artigos incluídos de forma independente. Os desacordos serão discutidos em conjunto para se chegar a um consenso. A escala de Hawker et al. será utilizada para avaliar a qualidade dos estudos incluídos. Esta escala foi criada para avaliar estudos heterogêneos e é amplamente utilizada em revisões sistemáticas no campo dos CP. A pontuação global para cada estudo pode ser tão baixa como 9 a 36. A avaliação da qualidade não é estabelecida como critério de inclusão ou exclusão (23).

### **3. Temas**

Depois de uma leitura cuidada dos artigos selecionados para esta dissertação, foram incluídos os seguintes temas que serão alvo de abordagem nos próximos capítulos.

- Espiritualidade
- CP
- Telessaúde
- Sofrimento espiritual
- Religião
- Barreiras na prestação de cuidados espirituais
- Ferramentas para a avaliar a espiritualidade
- Cuidados espirituais
- Cuidados em fim de vida
- BES

Para desenvolver este trabalho, procedeu-se ao agrupamento temático e qualitativo dos artigos que foram previamente analisados. Foi utilizada alguma bibliografia complementar contida nesses mesmos artigos. Não foram utilizadas fontes de bibliográficas cinzentas para não retirar veracidade ao trabalho e mitigar possíveis viés.

#### **3.1. Espiritualidade, Sofrimento Espiritual, Religião**

##### **3.1.1. Espiritualidade, sofrimento espiritual, BES e religião**

Ao falarmos de espiritualidade, falamos de um conceito multidimensional que engloba a busca de significados para a vida e a transcendência. Pode estar relacionada com a fé divina ou uma outra força superior. É intrínseca ao ser humano e pode dizer-se que se refere à procura por um sentido para a vida transcendente. Este domínio, refere-se a uma força dinâmica que auxilia os indivíduos quando estes enfrentam situações difíceis. Em pacientes que enfrentam o fim de vida, a espiritualidade ajuda-os na medida em que reduz a angústia, o sofrimento e a dor, melhorando assim a sua qualidade de vida, ainda que o fim implique a morte (6). Ainda que a espiritualidade seja um aspeto intrínseco da humanidade, a maneira com esta é vivida, compreendida e expressa muda de acordo com a cultura de cada pessoa (7). A espiritualidade, historicamente, foi considerada um processo que se desdobra dentro de um contexto religioso com instituições estabelecidas concebidas para facilitar a espiritualidade. Só recentemente é que a espiritualidade foi separada da religião como uma construção distinta. Esta tendência está enraizada no movimento de afastamento da autoridade das instituições religiosas na vida social

moderna, juntamente com uma ênfase crescente no individualismo, particularmente dentro das culturas ocidentais. Estas forças sociais combinadas têm fomentado crenças e práticas que estão menos ligadas a práticas tradicionais, comunitárias e sistemas de crenças e mais ligadas à experiência e expressão individuais. Como resultado, os termos de religião e espiritualidade, são agora mais frequentemente vistos como referindo-se a fenómenos separados. Os dados das populações dos Estados Unidos da América demonstram que a maioria é simultaneamente espiritual e religiosa, pelo que para muitas religiões, a espiritualidade é uma construção que se sobrepõe (3). Convém ressaltar que os termos espiritualidade e espiritismo são distintos. Espiritismo refere-se à capacidade de comunicar com os seres mortos. A religião tem derivações latinas de palavras que se referem àquilo que “une”, inferindo conexões com a divindade, outras pessoas ou crenças e valores de alguém. Embora o termo religião no passado (e nos estudos teológicos atuais) tenha sido usado para capturar as dimensões institucionais e individuais da experiência, as referências contemporâneas à religião implicam cada vez mais características institucionais, sociais, doutrinárias e denominacionais da experiência (3). O sofrimento espiritual é definido como um fenómeno individual abrangente, dinâmico, caracterizado pela experiência de alienação, desamparo, desesperança e falta de sentido para a pessoa que sofre, que é difícil para esta articular. É multidimensional e geralmente incorpora uma qualidade negativa e indesejável. Dame Cicely Saunders diz que onde uma sensação desolada de falta de sentido é encontrada pela pessoa no final da vida, encontra-se a essência da dor espiritual (3). O BES está intimamente relacionado à qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas. O BES pobre também está associado à desesperança e ao desejo de acelerar a morte, e essa associação é independente da depressão. Por outro lado, alto BES está associado a menor depressão, ansiedade e melhor saúde física autorreferida dos pacientes. O BES e a afiliação religiosa estão intimamente relacionadas, mas a relação é altamente complexa. Os indivíduos podem ser espirituais sem serem religiosos (13).

## **3.2. Cuidados espirituais, cuidados em fim de vida**

### **3.2.1. Cuidados espirituais e cuidados em fim de vida**

Prestar cuidados em fim de vida abrangentes a pacientes com morte iminente (categorizados como pacientes com prognóstico de 72 horas ou menos (10)), deve envolver não apenas a abordagem de sintomas físicos, mas também fornecer suporte para preocupações psicossociais (11).

O cuidado espiritual tem sido amplamente implementado pelos profissionais de saúde para auxiliar os pacientes a lidar com o sofrimento espiritual (12).

Pode ser definido como o reconhecimento e a resposta às expressões multifacetadas de espiritualidade que encontramos nos nossos pacientes e nas suas famílias, envolvendo compaixão, presença, escuta e encorajamento da esperança realista, podendo não envolver quaisquer discussões sobre Deus ou religião. O CE geral pode ser prestado por qualquer pessoa. O CE especializado envolve frequentemente a compreensão e ajuda com crenças e conflitos teológicos específicos. A avaliação espiritual é o processo pelo qual os prestadores de cuidados de saúde podem identificar as necessidades espirituais de um paciente relacionadas com os cuidados médicos (14).

O papel dos CE é propositadamente amplo e contempla aspetos variáveis do apoio psico-social-espiritual. O âmbito da prática de cuidados espirituais pode incluir: ajudar os pacientes e as suas famílias a descobrir o significado em tempos de aflição; aceder a recursos para lidar com a situação; prestar apoio em caso de luto; e ajudar nas decisões difíceis (9). Os profissionais de saúde, ao prestarem cuidados espirituais, considerar as necessidades espirituais, preferências e antecedentes culturais dos pacientes (12).

### **3.3. Telessaúde, CP e barreiras na prestação de CE**

Com o desenvolvimento tecnológico é quase imperativo falar da crescente digitalização da saúde. Possibilitar um acesso aos serviços de saúde sem que este exija a presença física tanto dos profissionais de saúde bem como do paciente. Torna a prestação de cuidados mais expedita, na medida em que é possível abranger um maior número de utentes sem contemplar distâncias. Como nem tudo é perfeito, existem claro está, algumas barreiras/desvantagens que serão abordadas neste tema. A gravidade da pandemia de COVID-19 resultou na oferta limitada de CP em todo o mundo. Os prestadores de serviços de saúde tiveram que adaptar a prestação destes, priorizando intervenções de cuidados intensivos com o objetivo de salvar a vida das pessoas. As equipas de CP tiveram que enfrentar o desafio de como fornecer cuidados com segurança para pessoas com necessidades paliativas. Houve necessidade de implementar a telessaúde paliativa, que tem sido vista como um recurso viável e útil com potencial para melhorar a eficácia clínica. Os pacientes, neste caso, latino – americanos, são fortemente espirituais e religiosos. A implementação de uma intervenção paliativa espiritual e psicológica via telessaúde teve uma alta percentagem de aceitação (70,2%). A principal intervenção no paciente foi o suporte espiritual remoto (78,9%). O principal motivo de rejeição foi a perceção do paciente de que o apoio psicológico ou espiritual era desnecessário. Claro está que existem barreiras na prestação destes cuidados. A principal identificada foi a limitação do sinal de internet (15). É necessária uma boa conexão de internet, o que nem sempre é possível. Por outro lado, e tendo o foco na população alvo desta revisão sistemática, foi avaliado o bem-

estar holísticos dos idosos com recurso a ferramentas e-Health. Halbert Dunn, definiu o conceito de bem-estar, que já foi descrito anteriormente. Hoyman explorou ainda mais a natureza multidimensional do bem-estar, enfatizando que a pessoa precisa de ser examinada no seu meio quotidiano e sugeriu que sejam abordadas quatro dimensões: 1 - bem-estar físico/equipamento; 2 - saúde mental e cognitiva; 3 - bem-estar social; e 4 - BES. Foram identificados alguns problemas com as aplicações de telessaúde, por não serem totalmente globalizantes. Foram encontradas fortes associações em vários parâmetros de bem-estar dentro do modelo conceitual, incluindo cognitivo, funcional e físico. No entanto, a espiritualidade não se correlacionou com nenhum outro parâmetro estudado em contraste com estudos anteriores de idosos (4). Outro artigo identificou algumas barreiras que dificultam a promoção de uma assistência espiritual efetiva. Destacaram-se a dificuldade de definir o termo "espiritualidade", a falta de tempo, falta de privacidade, encargos financeiros, fatores pessoais, culturais e institucionais e a necessidade de formação e treino profissional nesta área. Evidencia-se que a falta de privacidade e a carga de trabalho são barreiras para o atendimento da dimensão espiritual (6). Um estudo publicado em 2017, descreveu os componentes essenciais para a prestação de cuidados em fim de vida, assim como as suas barreiras de implementação. Foram identificados três níveis de cuidados. Nível macro, que inclui fatores políticos e do sistema de saúde; nível meso, que inclui fatores organizacionais; e nível micro, que inclui fatores individuais. Este último nível inclui aspetos como a comunicação adequada, o treino e a formação das equipas, o apoio emocional e espiritual e cuidados personalizados. As maiores barreiras identificadas no nível micro foram a comunicação pobre entre profissionais de saúde e pacientes e a falta de confiança em discutir questões relacionadas com o fim de vida (17). Os pacientes, enfermeiros e médicos veem os cuidados espirituais como um componente importante, apropriado e benéfico dos cuidados de fim de vida. A falta de prestação desses cuidados, pode ser devida principalmente à pouca formação, sugerindo que a mesma é fundamental para cumprir as orientações nacionais em matéria de cuidados de fim de vida (18). Durante a leitura dos vários artigos, encontra-se como problema, também, a falta de tempo. Com uma formação adequada e direcionada para os cuidados espirituais, os profissionais poderiam integrá-los nas suas atividades presenciais ou à distância, utilizando a telessaúde, sabendo que esta última tem limitações diferentes.

## **3.4. Avaliação da espiritualidade**

### **3.4.1. Ferramentas para a avaliar a espiritualidade**

A relação estabelecida entre a medicina e a espiritualidade, tem sido alvo de interesse nos últimos anos. Alguns estudos demonstram que a espiritualidade tem um papel preponderante nas suas vidas e que existe uma correlação positiva entre a espiritualidade e os resultados de saúde. Os pacientes pretendem, cada vez mais, que os médicos, integrem os cuidados espirituais no seu plano de cuidados. A avaliação espiritual é o processo pelo qual os profissionais de saúde podem identificar as necessidades espirituais de um paciente referentes aos cuidados médicos. Uma avaliação espiritual como parte de um encontro médico, é o primeiro passo prático para incorporar a consideração da espiritualidade de um paciente na prática médica. Os médicos podem começar a incorporar a espiritualidade na prática médica de três maneiras: 1 - pelo estudo científico do assunto; 2 - pela avaliação da espiritualidade do paciente e diagnóstico de sofrimento espiritual; e 3 - por intervenções terapêuticas. Existem duas formas de realizar uma avaliação espiritual. Esta pode ser formal ou informal. Na avaliação formal, o médico deve fazer perguntas específicas durante a fase de entrevista para determinar se fatores os espirituais podem desempenhar um papel na doença ou recuperação do paciente e se estes afetam o plano de tratamento. A avaliação espiritual informal pode ser realizada em qualquer momento durante a consulta. Uma vez que a maioria dos doentes utilizam linguagem quotidiana para expressar pensamentos espirituais, a avaliação espiritual tem na sua base a escuta cuidadosa das histórias que os doentes contam sobre as suas vidas e doenças e depois a interpretação das questões espirituais envolvidas (14).

#### **3.4.1.1. Questionário HOPE**

As perguntas do questionário HOPE foram desenvolvidas como uma ferramenta de ensino para ajudar estudantes de medicina, internos e especialistas médicos, a iniciar o processo de incorporação de uma avaliação espiritual na entrevista médica. Apesar de este não ter sido validado na pesquisa, a força desta abordagem particular é que permite uma exploração aberta dos recursos e preocupações espirituais gerais de um indivíduo e serve como um seguimento natural da discussão de outros sistemas de apoio. HOPE é um acrónimo em que **H** faz referência aos recursos espirituais básicos de um paciente, como fontes de esperança, sem se debruçar imediatamente a religião ou a espiritualidade. As letras **O** e **P** referem-se a áreas de investigação sobre a importância da religião **o**rganizada na vida dos pacientes e os aspetos específicos da sua espiritualidade **p**essoal e **p**ráticas que são mais úteis. A letra **E** faz referência aos efeitos da espiritualidade e crenças de um paciente sobre os cuidados médicos e as questões de fim de vida (14).

Tabela 2 - Questionário HOPE (14)

<p><b>H: Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love and connection</b></p> <p>We have been discussing your support systems. I was wondering, what is there in your life that gives you internal support?</p> <p>What are your sources of hope, strength, comfort and peace?</p> <p>What do you hold on to during difficult times?</p> <p>What sustains you and keeps you going?</p> <p>For some people, their religious or spiritual beliefs act as a source of Comfort and strength in dealing with life's ups and downs; is this true for you?</p> <p>If the answer is “Yes,” go on to O and P questions.</p> <p>If the answer is “No,” consider asking: Was it ever? If the answer is “Yes,” ask: What changed?</p>
<p><b>O: Organized religion</b></p> <p>Do you consider yourself part of an organized religion?</p> <p>How important is this to you?</p> <p>What aspects of your religion are helpful and not so helpful to you?</p> <p>Are you part of a religious or spiritual community? Does it help you? How?</p>
<p><b>P: Personal spirituality/practices</b></p> <p>Do you have personal spiritual beliefs that are independent of organized religion? What are they?</p> <p>Do you believe in God? What kind of relationship do you have with God?</p> <p>What aspects of your spirituality or spiritual practices do you find most helpful to you personally? (e.g., prayer, meditation, reading scripture, attending religious services, listening to music, hiking, communing with nature)</p>
<p><b>E: Effects on medical care and end-of-life issues</b></p> <p>Has being sick (or your current situation) affected your ability to do the things that usually help you spiritually? (Or affected your relationship with God?)</p> <p>As a doctor, is there anything that I can do to help you access the resources that usually help you?</p> <p>Are you worried about any conflicts between your beliefs and your medical situation/care/decisions?</p> <p>Would it be helpful for you to speak to a clinical chaplain/community spiritual leader?</p> <p>Are there any specific practices or restrictions I should know about in providing your medical care? (e.g., dietary restrictions, use of blood products)</p> <p><b>If the patient is dying:</b> How do your beliefs affect the kind of medical care you would like me to provide over the next few days/weeks/months?</p>



### 3.4.1.2. FICA - Spiritual History tool

A Ferramenta de História Espiritual do FICA foi criada pela Dra. Christina Puchalski em 1996, com a colaboração de três médicos de cuidados de saúde primários (Drs. Daniel Sulmasy, Joan Teno e Dale Matthews). Fornece ao clínico a possibilidade de integrar eficazmente as questões abertas numa história clínica padrão e que pode também ser usada por outros profissionais de saúde. A ferramenta FICA baseia-se em quatro domínios de avaliação espiritual: 1 - a presença de **Fé**, crença ou significado; 2 - a **importância** da espiritualidade na vida do indivíduo; 3 - **Comunidade** espiritual do indivíduo; 4 - **Avaliação** das necessidades espirituais (19).

Tabela 3 - Questionário FICA (19)

<b>FICA Tool</b>	
<b>F – Faith, Belief, Meaning</b>	<b>Religious/Religiosity</b> – Pertains to one’s beliefs, behaviors, values, rules for conduct, and rituals associated with a specific religious tradition or denomination (O’Brien, 1999). <b>Spirituality</b> – Generally, an “individual’s attitude and beliefs related to transcendence (God) or to the nonmaterial forces of life and of nature...the dimension of a person that is concerned with ultimate ends and values” and meaning (O’Brien, 1982, p. 88; Taylor, 2006).
• Do you consider yourself spiritual or religious?	
• Do you have spiritual beliefs that help you cope with stress?	
• What gives your life meaning?	
<b>I – Importance and Influence</b>	
• What importance does your faith or belief have in your life?	
• On a scale of 0 (not important) to 5 (very important), how would you rate the importance of faith/belief in your life?	
• Have your beliefs influenced you in how you handle stress?	
• What role do your beliefs play in your health care decision making?	
<b>C – Community</b>	
• Are you a part of a spiritual or religious community?	
• Is this of support to you and how?	
• Is there a group of people you really love or who are important to you?	
<b>A – Address in Care</b>	<b>We have talked a lot about your spirituality and/or religious beliefs and how they may or may not be of help to you during your illness. How can your health care providers best support your spirituality?</b>
• How would you like your health care provider to use this information about your spirituality as they care for you?	

### 3.4.1.3. Religious/Spiritual Coping – short form (Brief RCOPE)

O RCOPE é uma ferramenta utilizada para avaliar se um paciente está em *coping* religioso/espiritual. O RCOPE completo possui cinco itens para cada uma das 21 subescalas, totalizando 105 itens. Esta ferramenta serviu de base para a criação do RCOPE mais curto. Esta versão abreviada de 21 itens, inicialmente foi testada usando uma amostra de pessoas que viviam perto do local do bombardeamento de Oklahoma City em 1995. Foram identificados fatores de coping - positivo e negativo. Houve então a necessidade de reduzir ainda mais o seu tamanho, surgindo assim o Brief RCOPE final. É um instrumento de 14 itens que permite perceber se o paciente está a ter um coping religioso/espiritual positivo ou negativo. Está dividido em duas subescalas, cada uma composta por sete itens, mantendo o mesmo objetivo inicial (20).

Tabela 4 - Brief RCOPE: Subescalas de coping positivo ou negativo (20)

<b>Positive Religious Coping Subscale Items</b>	
<b>1</b>	Looked for a stronger connection with God.
<b>2</b>	Sought God's love and care.
<b>3</b>	Sought help from God in letting go of my anger.
<b>4</b>	Tried to put my plans into action together with God.
<b>5</b>	Tried to see how God might be trying to strengthen me in this situation.
<b>6</b>	Asked forgiveness for my sins.
<b>7</b>	Focused on religion to stop worrying about my problems.
<b>Negative Religious Coping Subscale Items</b>	
<b>8</b>	Wondered whether God had abandoned me.
<b>9</b>	Felt punished by God for my lack of devotion.
<b>10</b>	Wondered what I did for God to punish me.
<b>11</b>	Questioned God's love for me.
<b>12</b>	Wondered whether my church had abandoned me.
<b>13</b>	Decided the devil made this happen.
<b>14</b>	Questioned the power of God.

### 3.4.1.4. Avaliação funcional da Terapia da Doença Crónica – BES (FACIT-Sp-12)

A Avaliação Funcional da Terapia da Doença Crónica - BES (FACIT-Sp-12) é um questionário de 12 itens e três subdomínios de BES (paz, significante e fé). Mede o BES em pessoas com cancro e outras doenças crónicas, incluindo as que se identificam como espirituais, mas não religiosas. Esta ferramenta foi validada com uma amostra grande e etnicamente diversificada. Encontra-se traduzida e validada em 15 idiomas (21).

Tabela 5 - FACIT-Sp-12 (21)

		Not at all	A little bit	Some -what	Quite a bit	Very much
Sp1	I feel peaceful.....	0	1	2	3	4
Sp2	I have a reason for living .....	0	1	2	3	4
Sp3	My life has been productive.....	0	1	2	3	4
Sp4	I have trouble feeling peace of mind.....	0	1	2	3	4
Sp5	I feel a sense of purpose in my life .....	0	1	2	3	4
Sp6	I am able to reach down deep into myself for comfort .....	0	1	2	3	4
Sp7	I feel a sense of harmony within myself .....	0	1	2	3	4
Sp8	My life lacks meaning and purpose .....	0	1	2	3	4
Sp9	I find comfort in my faith or spiritual beliefs.....	0	1	2	3	4
Sp10	I find strength in my faith or spiritual beliefs .....	0	1	2	3	4
Sp11	My illness has strengthened my faith or spiritual beliefs.....	0	1	2	3	4
Sp12	I know that whatever happens with my illness, things will be okay.....	0	1	2	3	4

Above is a list of statements that other people with your illness have said are important. Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

Tabela 6 - Instruções para calcular a pontuação do instrumento FACIT-sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being) (21)

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
<b>Meaning</b>  <i>Score range: 0-16</i>	Sp2	0 +	_____	= _____
	Sp3	0 +	_____	= _____
	Sp5	0 +	_____	= _____
	Sp8	4 -	_____	= _____
<i>Sum individual item scores: _____</i>				
<i>Multiply by 4: _____</i>				
<i>Divide by number of items answered: _____ =Meaning subscale score</i>				
<b>Peace</b>  <i>Score range: 0-16</i>	Sp1	0 +	_____	= _____
	Sp4	4 -	_____	= _____
	Sp6	0 +	_____	= _____
	Sp7	0 +	_____	= _____
<i>Sum individual item scores: _____</i>				
<i>Multiply by 4: _____</i>				
<i>Divide by number of items answered: _____ =Peace subscale score</i>				
<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
<b>Faith</b>  <i>Score range: 0-16</i>	Sp9	0 +	_____	= _____
	Sp10	0 +	_____	= _____
	Sp11	0 +	_____	= _____
	Sp12	0 +	_____	= _____
<i>Sum individual item scores: _____</i>				
<i>Multiply by 4: _____</i>				
<i>Divide by number of items answered: _____ =Faith subscale score</i>				
<b>To Derive a FACIT-Sp12 total score:</b>				
<i>Score range: 0-48</i>				
$\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}} = \text{FACIT-Sp12 Total score}$ <p>(Meaning score)      (Peace score)      (Faith score)</p>				

Instructions: 1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X; 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score; 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score; 4. **The higher the score, the better the QOL/spiritual well-being.**

## 4. Conclusão

A espiritualidade é intrínseca ao ser humano e adquire preponderância em vários momentos da nossa vida. Tem grande relevo quando chegamos ao fim das nossas vidas, seja devido a doença súbita ou prolongada ou simplesmente de causas naturais. É a recusa a que a vida se esgote na sua materialidade, numa existência que tem sentido em si mesma. Nesse sentido, a ideia de espiritualidade está conectada à noção de transcendência, isto é, as coisas, a vida o seu sentido, são construídos para além do imediato, do momento. Está mergulhada numa história que faz sentido pela própria capacidade de honrar a vida. É uma forma de buscar tranquilidade, significado e propósito para as nossas vidas. Ajuda na identificação dos nossos valores e nos dos outros. Importa frisar que espiritualidade não é a mesma coisa que religião ou espiritismo. Um paciente que seja não religioso pode ter necessidades espirituais. O mesmo se aplica aos profissionais de saúde, podendo prestar cuidados espirituais sem serem religiosos.

É importante que os médicos colham a história espiritual quando abordam os seus pacientes. Há um claro impacto positivo no BES e também na qualidade de vida destes, aumentando a satisfação com os cuidados prestados. Existem diversos instrumentos para ajudar a colher a história espiritual do paciente embora nem todos estejam validados clinicamente. Há, seguramente, necessidade de validação dos mesmos no futuro. O médico não deve impor valores religiosos nem espirituais aos pacientes. Deve antes, valorizar o que o paciente sente e tentar ajudá-lo a encontrar o melhor caminho. Todos os utentes devem ser avaliados na sua globalidade. Isso implica uma abordagem biopsicossocial e espiritual. Existem diversas barreiras à prestação dos cuidados espirituais. Por isso, é urgente implementar na formação médica, o treino no campo espiritual e religioso, de forma a mitigar essas barreiras.

Apesar do crescente interesse que a espiritualidade em vindo a ter na área da saúde, continua a ser negligenciada por muitos profissionais de saúde. É um aspeto da saúde que é pouco estudado. Requer mais e melhores investigações científicas para que se obtenham cada vez mais dados que provem a sua importância.

A pandemia COVID-19 obrigou à aceleração da digitalização da saúde. São cada vez mais os dispositivos usados, assim como a oferta de produtos na área da telessaúde. É uma ferramenta eficaz pois permite uma rápida conexão entre equipa multidisciplinar de saúde e o paciente. Todavia, também esta área tem barreiras e aspetos negativos. Perde-se o contacto físico com o utente e há alguns requisitos mínimos para que possa ser usada, como por exemplo a dependência de uma boa e rápida conexão à internet. É necessário educar a população e abrir horizontes no sentido da desmaterialização de alguns cuidados de saúde, utilizando a telessaúde, como por exemplo, os CP e dentro do domínio destes o cuidado espiritual.

Os conceitos de telessaúde, cuidados espirituais e cuidados em fim de vida já existem há muitos anos e já é possível fazer a sua integração, proporcionando uma melhor prestação de cuidados ao paciente. No entanto, devido às barreiras de cada um, à falta de formação e sensibilidade dos profissionais de saúde, à necessidade de validação de diversos instrumentos de avaliação e também devido à necessidade de mais investigação, pode-se afirmar que nos encontramos num bom caminho, porém longo.

## 5. Bibliografia

1. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care* [Internet]. 2014 Sep [cited 2022 Jan 11];8(3):308–13. Available from: [https://journals.lww.com/supportiveandpalliativecare/Fulltext/2014/09000/Spirituality\\_and\\_religiosity\\_in\\_supportive\\_and.21.aspx](https://journals.lww.com/supportiveandpalliativecare/Fulltext/2014/09000/Spirituality_and_religiosity_in_supportive_and.21.aspx)
2. Wachholtz AB, Fitch CE, Makowski S, Tjia J. A Comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering. *Southern Medical Journal*. 2016 Apr;109(4):200–6.
3. Steinhäuser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017 Sep;54(3):428–40.
4. Thompson HJ, Demiris G, Rue T, Shatil E, Wilamowska K, Zaslavsky O, et al. A Holistic Approach to Assess Older Adults’ Wellness Using e-Health Technologies. *Telemedicine and e-Health*. 2011 Dec;17(10):794–800.
5. Steindal SA, Nes AAG, Godskenen TE, Dihle A, Lind S, Winger A, et al. Patients’ Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(5):e16218.
6. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, Batista PS de S, Batista JBV, Oliveira AM de M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016 Jun;69(3):591–601.
7. Speck P. Culture and spirituality: essential components of palliative care. *Postgraduate Medical Journal*. 2016 Jun;92(1088):341–5.
8. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Price M, Webster F. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliative and Supportive Care*. 2015 Oct 11;13(5):1335–61.
9. Stilos K, Ford B, Lilien T, Moore J. The Role of Spiritual Care with the Introduction of an End of Life Order Set. *Journal of Pastoral Care & Counseling: Advancing theory and professional practice through scholarly and reflective publications*. 2019 Mar 21;73(1):41–8.
10. Bailey, FA, Burgio, KL, Woodby, LL, Williams, BR, Redden, DT, Kovac, SH, Goode, PS. 2005 Melhorar os processos de assistência hospitalar nas últimas horas de vida. *Arquivos de Medicina Interna* 165: 1722 – 1727
11. Blinderman CD, Billings JA. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *New England Journal of Medicine*. 2015 Dec 24;373(26):2549–61.

12. Chen J, Lin Y, Yan J, Wu Y, Hu R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2018 Jul 30;32(7):1167–79.
13. Yoon SJ, Suh S-Y, Kim SH, Park J, Kim YJ, Kang B, et al. Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients With Different Religious Affiliations: A Multicenter Korean Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018 Dec;56(6):893–901.
14. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*. 2001 Jan 1;63(1):81–9.
15. Palma A, Rojas V, Ihl F, Ávila C, Plaza-Parrochia F, Estuardo N, et al. Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System During COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021 Nov;62(5):1015–9.
16. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019 Jan;57(1):171–5.
17. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong ELY, Kiang N, Chau PYK, et al. Care Toward the End of Life in Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017 Dec;18(12):1000-1009.e4.
18. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *Journal of Clinical Oncology*. 2013 Feb 1;31(4):461–7.
19. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010 Aug;40(2):163–73.
20. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*. 2011 Feb 22;2(1):51–76.
21. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*. 2011 Mar 15;2(1):77–94.
22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;n71.
23. Lorenc T, Petticrew M, Whitehead M, Neary D, Clayton S, Wright K, et al. Crime, fear of crime and mental health: synthesis of theory and systematic reviews of interventions and qualitative evidence. *Public Health Research*. 2014 Mar;2(2):1–398.



## Anexo I - Termos de pesquisa MESH

SETS	Search Terms MeSH	Search Terms Key Words
Spiritual Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Religion and Medicine</li> <li>- Spirituality</li> <li>- Spiritual Therapies</li> <li>- Religion</li> <li>- Spiritual Healing</li> <li>- Pastoral Care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance</li> <li>- Meaning</li> <li>- Hope</li> <li>- Anxiety</li> <li>- Chaplains</li> <li>- Enrollment of patients</li> <li>- Skills</li> <li>- Humans</li> <li>- Clergy</li> <li>- Culture</li> <li>- Emotion</li> <li>- Comfort</li> <li>- Beliefs</li> <li>- Well-being</li> </ul>
Telehealth	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedicine / methods</li> <li>- eHealth</li> <li>- Remote Consultation</li> <li>- Telepathology</li> <li>- Teleradiology</li> <li>- Telerehabilitation</li> <li>- Health, Mobile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benefits</li> <li>- Effectiveness</li> <li>- Interventions</li> <li>- Expertise</li> <li>- Quality of care</li> </ul>
End-of-Life	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palliative Treatments</li> <li>- Care, Palliative</li> <li>- End of Life Care</li> <li>- Quality of Life</li> <li>- Patient Care Team</li> <li>- Death</li> <li>- Terminal Care</li> <li>- Patient Comfort</li> <li>- Life Support Care</li> <li>- Living Wills / psychology</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- End of Life</li> <li>- Advance Disease</li> <li>- Whole Person Care</li> <li>- Adult Palliative Care</li> <li>- Early Palliative Care</li> <li>- Specialist Palliative Care</li> <li>- Generalist Palliative Care</li> <li>- Domains of Quality</li> </ul> <p>Palliative Care</p>

## Anexo II - Tabela controlo de qualidade dos artigos

Título do Artigo	Abstract	Objetivos	Metodologia	Amostragem	Análise de dados	Ética/ Viés	Resultados	Generalização	Aplicabilidade	Total
Spirituality and religiosity in supportive and palliative care	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System During COVID-19 Pandemic	4	4	4	4	3	4	4	4	3	34
Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes	4	2	4	4	4	3	4	4	3	32
Care Toward the End of Life in Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Scoping Review	4	3	4	4	4	4	4	4	3	34
Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review	4	3	4	4	4	4	4	4	3	34
CP e espiritualidade: revisão integrativa da literatura	4	3	4	4	3	4	4	4	3	33

Culture and spirituality: essential components of palliative care	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review	4	4	4	4	4	4	4	3	3	34
The Role of Spiritual Care with the Introduction of an End of Life Order Set	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
A Comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering	4	3	4	4	4	4	4	4	3	34
Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients With Different Religious Affiliations: A Multicenter Korean Study	4	3	4	4	4	4	4	4	3	34
Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training	4	2	4	4	4	4	4	4	3	33
Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care	4	3	4	3	4	3	4	4	3	32
Comfort Care for Patients Dying in the Hospital	4	3	4	4	4	4	4	4	3	34

## Anexo III - Comprovativo de divulgação



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
EXÉRCITO PORTUGUÊS  
COMANDO DAS FORÇAS TERRESTRES

ZONA MILITAR DA MADEIRA  
REGIMENTO DE GUARNIÇÃO Nº3

UNIDADE DE SAÚDE TIPO II

### DECLARAÇÃO MÉDICA

Para os devidos efeitos declara-se que Hugo Martins Viana, aluno da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, nº 36931, divulgou, nesta unidade de saúde, a sua dissertação de mestrado com o tema “Espiritualidade, telesaúde e cuidados em fim de vida. Revisão sistemática com síntese narrativa”, para os profissionais que integram a equipa.

Por ser verdade e me ter sido pedido, passo a presente declaração que dato e assino.



Funchal, 19 de fevereiro 2022

O Médico,  
  
ZONA MILITAR DA MADEIRA  
UNIDADE DE SAÚDE  
Joana Viana II  
Tenente Médica