

O impacto de intervenções espirituais na recuperação e na qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica: uma revisão sistemática

The impact of spiritual interventions on recovery and quality of life in patients with chronic kidney disease: a systematic review

Luciano Moreira Ponte Neto^I , Emanuele Saraiva Pereira^{II} , João Henrique de Castro Leão Neto^{III} ,
Moinã Ritter Simões^{IV} , Arthur Gonçalves Garcia^{IV} , Rita de Cássia Silva de Oliveira^{IV} 

Resumo Objetivo: Buscou-se compilar estudos que discutam a influência de intervenções espirituais na recuperação e qualidade de vida de pacientes com DRC, quando comparadas a pacientes que recebem apenas tratamento convencional. **Método:** Essa revisão sistemática foi realizada por meio da busca por artigos nas bases de dados SciELO, PubMed, Cochrane, LILACS e BVS, publicados entre 2015 e 2025. A análise do risco de viés foi feita no RoB 2.0 para os ensaios clínicos randomizados, ROBINS-I para os não-randomizados e JBI para os estudos observacionais. Os níveis de evidência foram estabelecidos de acordo com os critérios do sistema GRADE, com base na classificação dos desfechos dos estudos. **Resultados:** A análise dos artigos revelou uma relação positiva entre práticas espirituais e a qualidade de vida de pacientes com DRC. Contudo, houve variações nos instrumentos utilizados e nas populações estudadas. A maioria dos estudos apresentou alto risco de viés e baixa precisão metodológica. **Conclusão:** Reforça-se a necessidade de pesquisas mais rigorosas e padronizadas sobre o tema, a fim de embasar a utilização terapêutica de práticas espirituais que impactem positivamente a qualidade de vida de pacientes com DRC.

Descritores: espiritualidade; cura pela fé; doença renal crônica.

Summary Purpose: This systematic review aimed to compile studies discussing the influence of spiritual interventions on the recovery and quality of life of patients with CKD, compared to those receiving only conventional treatment. **Methods:** The review was conducted through searches in the SciELO, PubMed, Cochrane, LILACS and BVS databases, covering articles published between 2015 and 2025. Risk of bias was assessed using Rob 2.0 for randomized clinical trials, ROBINS-I for non-randomized trials, and JBI for observational studies. The quality of evidence was rated according to GRADE system criteria, based on the classification of the outcomes. **Results:** The analysis of the included studies revealed a positive relationship between spiritual practices and quality of life in CKD patients. However, there were variations in the instruments used and the population studied. Most studies presented a high risk of bias and low methodological precision. **Conclusion:** There is a growing need for more rigorous and standardized research on the subject in order to support the therapeutic use of spiritual practices that positively impact the quality of life of patients with CKD.

Keywords: spirituality; faith healing; chronic kidney disease.

^IUniversidade de São Paulo (USP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, São Paulo, SP, Brasil.

^{II}Instituto Evandro Chagas (IEC), Seção de Bacteriologia e Micologia, Laboratório de Resistência Bacteriana, Ananindeua, PA, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Pará (UFPA), Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA, Brasil.

^{IV}Universidade do Estado do Pará (UEPA), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Belém, PA, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 16/03/2026

Aceito: 05/05/2026

Trabalho realizado na Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.



Copyright Ponte Neto et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Entre os diversos órgãos do sistema urinário humano, o rim apresenta-se como o principal agente na produção de urina, reabsorção de nutrientes e de água. Porém, a partir do momento em que o rim sofre danos irreversíveis, é possível observar o desenvolvimento da doença renal crônica (DRC)¹. Ela é uma doença multifatorial e lentamente progressiva, classificada em seis estágios progressivos (1, 2, 3a e 3b, 4 e 5). Apesar de sua progressividade ser variável, a DRC muitas vezes evolui para insuficiência renal total e permanente, ou DRC estágio 5².

É possível definir a DRC pela taxa de filtração glomerular reduzida (TFG < 60 mL/min/1,73 m²), ou confirmação de dano renal, como a presença de uma patologia anormal ou albuminúria por pelo menos 3 meses³. Além disso, na DRC é observada a perda progressiva de néfrons, fibrose intersticial, rarefação vascular e atrofia tubular, bem como diversos fatores envolvidos na patogênese da doença⁴.

A DRC representa um dos principais problemas de saúde pública ainda no século XXI⁵. Em 2017, foram notificados 697,5 milhões de novos casos de DRC, com 1,2 milhões de mortes associadas à DRC⁶. No entanto, a DRC impacta indiretamente a saúde global a partir de sua capacidade de aumentar consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares (DCVs)⁷.

Conforme a lesão renal progride para seu estado irreversível, muitos tratamentos substitutivos são requeridos, como a hemodiálise, a qual é o método mais utilizado⁸. Além da hemodiálise, é utilizada também a diálise, a qual representa a principal forma de terapia de substituição renal (TRS). Pessoas que estão em diálise tendem a enfrentar diversos problemas biopsicossociais, devido às possíveis complicações do tratamento, como hipotensão e complicações cardiovasculares graves. Tais fatores podem provocar sintomas de depressão e ansiedade, culminando em uma baixa qualidade de vida⁹.

Estudos sobre doenças crônicas demonstram que o bem-estar espiritual está fortemente associado com as funções da vida cotidiana e ao enfrentamento do sofrimento relacionado aos sintomas, sendo um fator preponderante para a qualidade de vida dos pacientes¹⁰. Nesse sentido, dialogando diretamente com os objetivos da Organização das Nações Unidas¹¹ no âmbito da Agenda 2030, no que diz respeito ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, uma vez que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos.

Diante disso, compreender o papel da espiritualidade no contexto da DCR pode contribuir para abordagens mais integrais de cuidado e alinhadas às diretrizes globais de promoção da saúde, bem como pode incentivar a criação de estratégias na prática clínica que sejam mais humanizadas e centradas no paciente¹².

Os mecanismos de espiritualidade, como enfrentamento colaborativo e apoio em momentos estressantes, são fatores que têm efeito na saúde mental, elevando a resistência dos pacientes às dificuldades da doença. Além disso, a espiritualidade ajuda o paciente a abordar questões espirituais relacionadas à sua recuperação¹³.

Então, no contexto do enfrentamento da DRC, torna-se fundamental estudar as variáveis que contribuem para a melhora do estado emocional e mental do paciente, culminando em um bom prognóstico e na melhora da qualidade de vida dos portadores da doença. Nesse sentido, a espiritualidade é um fator frequentemente citado em estudos envolvendo táticas de manejo emocional e respostas ao estresse do tratamento de doenças, justificando a importância de analisar os efeitos da espiritualidade no quadro clínico do paciente.

Portanto, esta revisão sistemática visa compilar estudos que discutam a influência de intervenções espirituais na recuperação e qualidade de vida de pacientes portadores de DRC quando comparadas a pacientes que recebem apenas tratamento convencional.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica realizada com a utilização de dados secundários, sendo caracterizada como uma revisão sistemática de literatura, a qual foi realizada no período de fevereiro a junho de 2025. Ela foi devidamente registrada e indexada no banco de dados PROSPERO¹⁴ (CRD420251018886).

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão adotados para a seleção foram publicações dos últimos 10 anos, entre 2015 e 2025, a fim de obter evidências atualizadas, na língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e não randomizados, bem como estudos observacionais em seres humanos que abordassem a influência de intervenções espirituais na cura, recuperação e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. Dessa forma, foram selecionados estudos qualitativos, observacionais, de prevalência, de fatores de risco, diagnósticos, ensaios clínicos controlados, de etiologia, avaliação, guias de prática clínica, prognósticos e de rastreamento.

Os critérios de exclusão foram artigos que apresentavam foco unicamente em religiosidade, sem relação com a saúde, retratassem a cura apenas em um contexto esotérico, sem nenhuma evidência científica, pesquisas que fossem apenas descritivas, sem preocupação com o impacto na recuperação/qualidade de vida, trabalhos duplicados, pagos, com baixa qualidade metodológica, cartas ao editor, artigos de opinião e pré-prints, bem como outras revisões de literatura e meta-análises.

Pergunta de pesquisa

Com base na estratégia PICOS (adaptado de Akobeng)¹⁵ que seria População, Intervenção, Comparação, Desfechos e Tipo de estudo, utilizados para estruturar a seguinte pergunta norteadora da revisão sistemática “Intervenções espirituais influenciam a recuperação e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, em comparação com pacientes que recebem apenas tratamento convencional?”, formulada pelos autores, identificando a população de estudo como pacientes portadores de DRC, a intervenção composta por práticas espirituais diversas, o comparador constituído pelo tratamento convencional sem intervenção espiritual, o desfecho consistiu na cura, recuperação ou melhora na qualidade de vida. Ao final adicionou-se o tópico de “Tipos de estudo”, a fim de nortear de forma concisa a pesquisa, selecionando os tipos de estudo sendo ensaios clínicos randomizados e não randomizados, bem como estudos observacionais (coorte, caso-controle, transversal), como retratado na Figura 1.



Fonte: Autores, 2025.

Figura 1. Pergunta PICOS norteadora do estudo.

Estratégia de busca

A busca por artigos científicos foi realizada em março de 2025, nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Cochrane Library* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Adotaram-se estratégias semelhantes em todas as bases, com base nos critérios de inclusão definidos. Utilizaram-se os descritores “*Spirituality*”, “*Religiosity*”, “*Spontaneous Remission*”, “*Intercessory Prayer*”, “*Chronic Disease*” e “*Chronic Kidney Disease*”, combinados com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Após a triagem, os trabalhos selecionados foram divididos entre os cinco revisores, a fim de serem extraídas as características de cada estudo incluído na revisão.

Avaliação do risco de viés

A análise do risco de viés foi feita com base no desenho de estudo de cada trabalho selecionado para a revisão. Foram utilizados o RoB 2.0¹⁶, para os ensaios clínicos randomizados, ROBINS-I¹⁷ para os não randomizados e *Joanna Briggs Institute* (JBI)¹⁸ para os estudos observacionais, sendo estes subdivididos conforme metodologia abordada no artigo, sendo transversal, qualitativo ou coorte. Assim, seguindo os critérios de cada ferramenta, para classificar os estudos em baixo risco, alto risco e algumas preocupações, a fim de avaliar a qualidade dos artigos para a construção da revisão sistemática.

Avaliação de certeza

A síntese dos achados foi realizada de forma narrativa, com base nos desfechos agrupados tematicamente, de acordo com as recomendações do sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)¹⁹. A heterogeneidade metodológica entre os estudos (tipos de intervenção, população e instrumentos utilizados) inviabilizou a realização de metanálise, sendo priorizada a descrição da direção e consistência dos efeitos observados.

A avaliação da certeza da evidência seguiu os critérios do sistema GRADE¹⁹, considerando cinco domínios principais: risco de viés, inconsistência, indireção, imprecisão e viés de publicação. Essa avaliação permitiu classificar os desfechos analisados e identificar aqueles com maior potencial de contribuir para a compreensão da interface entre espiritualidade/religiosidade e saúde em pacientes com DRC.

Para análise de consistência dos efeitos observados, os estudos observacionais foram agrupados por desfecho, sendo incluídas 6 categorias: Qualidade de Vida (Quality of Life)²⁰⁻²² Bem-estar espiritual (Spiritual well-being)²²⁻²⁴, Coping religioso/espiritual (Religios/spiritual coping)^{22,24-26}, Influência espiritual (Spiritual influence)^{27,28}, Esperança/Sentido da vida (Hope and meaning of life)^{21,29,30} e Desfecho clínico e Função renal (Renal function and Clinical evolution)^{31,32}. Metodologicamente, é válido o mesmo estudo ser classificado em diferentes desfechos, tendo em vista as contribuições relevantes e desfechos mencionados, pois em revisões sistemáticas orientadas pelo sistema GRADE¹⁹ a análise é conduzida pelo desfecho e não por artigo individualmente.

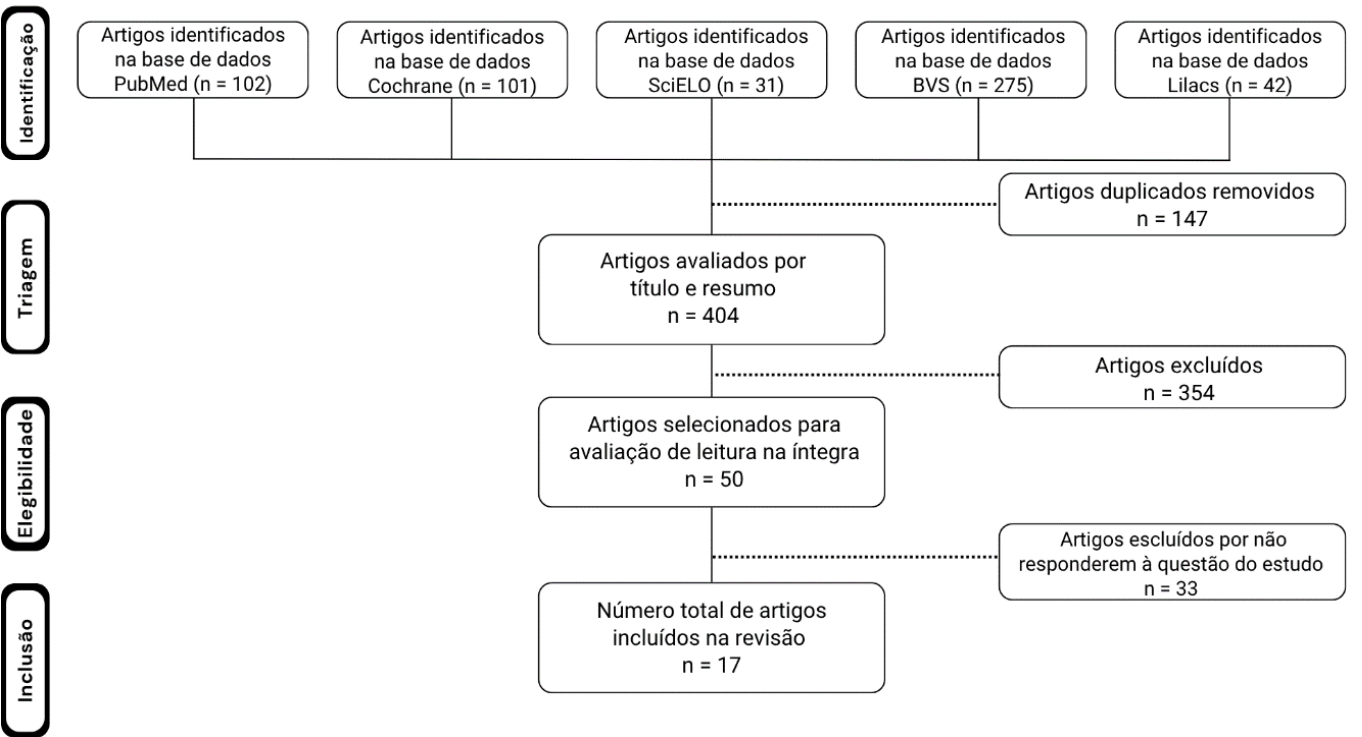
Medidas de efeito

Nesta revisão, foram consideradas diferentes medidas de efeito, conforme a natureza dos estudos incluídos. Em estudos quantitativos, utilizaram-se principalmente coeficientes de correlação, médias de escores em escalas padronizadas (como WHOQOL, KDQOL, SWBS, Herth Hope Scale), e indicadores clínicos objetivos, como taxa de mortalidade e função renal. Em estudos qualitativos, os efeitos foram descritos por meio de categorias temáticas derivadas da análise de conteúdo, permitindo a identificação de percepções subjetivas relacionadas à espiritualidade, como esperança, fé e enfrentamento.

RESULTADOS

Seleção dos estudos

A busca resultou em 551 artigos nas cinco bases consultadas. Após remoção de duplicatas, restaram 404 estudos. Cinquenta artigos foram avaliados na íntegra, dos quais 17 foram incluídos na revisão. O processo está representado na Figura 2 com base no método PRISMA³³.



Fonte: Autores, 2025.

Figura 2. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos.

Caracterização dos estudos

Uma tabela contendo título, autores, desenho do estudo, critérios de inclusão e exclusão, controle, intervenção, desfecho primário e secundário, além da conclusão da pesquisa, foi construída, a fim de tabular todos os dados obtidos (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos estudos selecionados na revisão sistemática.

Autor	Desenho	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
29	Estudo qualitativo	60 anos ou mais, diálise 3x/semana, mínimo de 6 meses	Instabilidade hemodinâmica durante a coleta de dados devido a motivos diversos.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo qualitativo sem grupo controle.	Não houve intervenções; o estudo focou na realização de entrevistas para compreender a influência da fé e da espiritualidade no sentido da vida para idosos com DRC.	Evidenciação da fé como elemento disparador do encontro do sentido da vida para a pessoa idosa com DRC.	-	A fé e a espiritualidade são estratégias de resiliência e ajudam idosos com DRC a encontrar sentido na vida.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autor	Desenho	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
27	Estudo transversal	Maior de 18 anos, mais de 1 ano em diálise.	Déficits cognitivos que impedissem responder aos questionários.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo transversal sem grupo controle.	Não houve intervenções; o estudo focou em investigar a associação entre R/E e felicidade entre pacientes com DRC, a partir de questionários de autorrelato.	Associação consistente entre R/E e senso de coerência (0,09 a 0,15, $p < 0,0001$).	-	Religiosidade/espiritualidade (R/E) e senso de coerência estão associados à felicidade em pacientes em hemodiálise, independentemente de variáveis clínicas ou sociodemográficas.
20	Estudo coorte	Ter realização de diálise ou diálise peritoneal e posteriormente submetidos a transplante renal.	Pacientes que perderam o enxerto, se recusaram a participar do estudo e sem conhecimento sobre saúde funcional.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo observacional sem grupo controle.	Não houve intervenções; o estudo em questão comparou a qualidade de vida (QV) de pacientes renais em diálise e após transplante renal, por meio dos instrumentos KDQOL-SF e WHOQOL-SRPB, em que os autores correlacionam esses dados com variáveis sociodemográficas e econômicas.	Houve correlação significativa entre quatro dimensões da espiritualidade e sete dimensões da qualidade de vida; p variou de 0,04 a 0,006.	-	O transplante renal melhora a qualidade de vida e a espiritualidade influencia positivamente os pacientes transplantados renais.
31	Estudo coorte	20 anos ou mais, ter DRC conforme a taxa TFGe, usando a equação CKD-EPI e/ou razão albumina-creatinina.	Sem DRC ou dados sobre componentes da DRC ou não relataram frequência a serviços religiosos.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo observacional sem controle.	Não houve intervenções; o objetivo do estudo foi examinar a associação entre frequência a serviços religiosos e mortalidade por todas as causas para indivíduos com DRC em uma amostra representativa de adultos nos EUA.	Mortalidade por todas as causas durante 27 anos.	-	A análise feita pelo estudo forneceu evidências de uma associação bastante robusta entre a frequência a serviços religiosos e a mortalidade em participantes adultos do NHANES III com DRC, apesar de suas limitações.
25	Estudo qualitativo	Mais de 18 anos, falantes de inglês ou espanhol, capazes de consentir e diagnosticados com DRC estágio 4 ou 5.	Pacientes em diálise, com transplante renal ou com demência.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo qualitativo sem grupo controle.	Não houve intervenções; o estudo focou em entrevistas para explorar crenças, emoções e comportamentos de enfrentamento dos participantes em relação à DRC avançada.	Identificação de crenças-chave que influenciam emoções e comportamentos de enfrentamento à DRC.	-	Indivíduos com DRC avançada, sentem falta de controle sobre a progressão da doença, experimentam ansiedade relacionada à morte e angústia existencial, e enfatizam a espiritualidade como forma de enfrentamento

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autor	Desenho	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
26	Estudo qualitativo	Diálise peritoneal ou hemodiálise há pelo menos 6 meses, maiores de 18 anos e bem orientados.	Não informado no artigo.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo qualitativo sem grupo controle.	Não houve intervenção; o estudo focou em compreender as representações sociais da doença renal em pacientes em diálise por meio de entrevistas.	Pacientes em diálise enfrentam impactos severos no cotidiano, mas buscam apoio emocional e espiritual para lidar com o Processo saúde-doença.	-	O cuidado de saúde de pessoas em diálise deve considerar a experiência da doença do ponto de vista do paciente, incluindo suas crenças e sentimentos, e envolver a família, a comunidade e o Estado.
34	Ensaio Clínico Randomizado	Maiores de 18 anos, alfabetizados, estáveis, orientados e com pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).	Pacientes surdos, com limitações de fala e uso de ansiolíticos, em até 24 horas, antes da intervenção.	Grupo controle composto por 31 pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico rotineiro, sem a aplicação da prece de intercessão.	Aplicação de prece de intercessão três vezes, em semanas alternadas, durante as sessões de hemodiálise, no grupo intervenção composto por 31 pacientes.	Avaliação do efeito da prece no coping religioso/espiritual dos pacientes, medido por meio da escala Coping religioso espiritual breve (CRE-breve).	Avaliação do efeito da prece na esperança dos pacientes, mensurado pela escala de Esperança de Herth (EEH).	A prece durante a hemodiálise aumentou os escores de coping religioso-espiritual (CRE) e esperança em pacientes com doença renal crônica (DRC), auxiliando no enfrentamento da doença.
35	Ensaio Clínico Randomizado	Hipertensão arterial acima do valor de referência, maiores de 18 anos, orientados, com capacidade de se expressar e desejar receber a prece.	Pacientes que apresentavam surdez e/ou presença de limitações na fala.	Grupo controle composto por 37 pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico rotineiro, sem a aplicação da prece.	Aplicação de prece em três momentos diferentes, em semanas alternadas, durante as sessões de hemodiálise no grupo intervenção composto por 42 pacientes.	Avaliação dos efeitos da prece sobre a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória dos pacientes.	-	A prece durante a hemodiálise reduziu significativamente a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória nos pacientes. Além dos benefícios físicos, os participantes relataram a prece como uma intervenção positiva, que alivia o sofrimento e auxilia no enfrentamento da doença.
36	Ensaio clínico não-randomizado.	Ambos os sexos, entre 18 e 75 anos, hemodiálise pelo menos 2x/semana.	Pacientes que não consentiram em participar do estudo.	Grupo controle composto por 50 participantes que receberam apenas o tratamento médico padrão, incluindo hemodiálise, sem a intervenção espiritual.	Grupo intervenção composto por 50 participantes que, além do tratamento médico padrão, ouviram gravações de cânticos espirituais durante 90 minutos em cada sessão de hemodiálise ao longo de 12 semanas.	Avaliação da qualidade de vida relacionada à doença renal, parâmetros laboratoriais e nutricionais, medidos antes da terapia e após 6 e 12 semanas.	-	A terapia espiritual mostrou melhora significativa nos escores de KDQoL, FACIT-Sp 12 e em componentes específicos relacionados à ESRD no grupo intervenção após 6 e 12 semanas, sem diferenças significativas nos parâmetros laboratoriais e nutricionais.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autor	Desenho	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
23	Estudo transversal	Mais de 18 anos, hemodiálise 3x/semana 6 meses ou mais, falantes de grego, alfabetizados, orientados e não submetidos a transplante.	Pacientes diagnosticados com transtornos mentais ou cognitivos (de acordo com os registros médicos).	-	Avaliar o bem estar espiritual dos pacientes em hemodiálise utilizando a Escala FACIT-Sp12 e Preditores da Espiritualidade (Análise Multivariada)	Avaliar o bem estar espiritual de pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise.	Identificar variáveis críticas associadas ao bem estar espiritual desses pacientes.	Os valores da escala de espiritualidade e das dimensões individuais de significado, paz e fé estão acima da média. Os fatores sociodemográficos foram considerados relacionados ao nível de bem estar espiritual dos pacientes com DRC que passam por diálise.
37	Ensaio clínico não-randomizado	Entre 18 e 64 anos; diagnóstico de DRC; hemodiálise 6 meses ou mais; estar orientado e com cognição preservada.	Déficits cognitivos; demência ou deficiências que impossibilitam a aplicação dos instrumentos e diálise peritoneal.	-	Intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), com o objetivo ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual ou um foco de sofrimento definido pelo paciente.	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes em tratamento hemodialítico, antes e após a intervenção psicoterapêutica RIME.	Identificar os fatores que interferem nos níveis de resiliência destes pacientes.	A RIME apresentou efeitos satisfatórios sobre as dimensões de Função física e emocional, e sobre a resiliência dos pacientes em tratamento de hemodiálise. A espiritualidade estimula os recursos internos, o que auxilia na aceitação da doença e pode favorecer o processo de reabilitação.
28	Estudo transversal	18 anos ou mais, diagnóstico de DRC estágio terminal, hemodiálise e dor crônica.	Pacientes com insuficiência renal aguda, menores de 18 anos ou com dor aguda.	-	Inventário de Atitudes Frente à Dor-Breve (IAD-breve), para analisar as atitudes frente à dor crônica e a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R)	Avaliar as atitudes frente à dor e sua relação com a espiritualidade de pacientes com DRC em hemodiálise.	-	A espiritualidade auxilia no modo como os pacientes enfrentam a dor ocasionada pela doença e o tratamento hemodialítico.
32	Estudo transversal	18 anos ou mais, tempo de transplante entre 30 dias a 60 meses.	Pacientes com transplante duplo: de pâncreas e rim ou de rim e outros órgãos.	Grupo menos espiritualizado	A espiritualidade na função renal de pacientes transplantados renais.	Avaliar e comparar a evolução da função renal em 2 grupos: grupo espiritualizado e grupo menos espiritualizado.	Avaliar a incidência de perda do enxerto, rejeição celular aguda e óbito, em ambos os grupos.	Os pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante. Esse efeito foi independente de características clínicas, do apoio social e da adesão à terapia imunossupressora.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autor	Desenho	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
30	Estudo qualitativo	Pacientes com DRC; 18 anos ou mais; hemodiálise mais de 3 meses; ser capaz de dialogar.	Por suposição, pacientes debilitados para dialogar e em tratamento inferior a 3 meses.	Não aplicável, pois trata-se de um estudo qualitativo sem grupo controle.	-	Percepções sobre espiritualidade e fé	-	Espiritualidade/religiosidade pode influenciar o comportamento e mudanças nas relações interpessoais; sugere a sistematização do cuidado espiritual na atenção de saúde
21	Estudo transversal	Pacientes com DRC; mais de 18 anos; em terapia renal por hemodiálise.	Pacientes com condições clínicas que dificultavam responder às perguntas.	-	-	Qualidade de vida dos pacientes (WHOQOL-SRPB-bref)	Esperança de vida (Escala de Esperança de Herth)	Os indicadores de espiritualidade, religiosidade e esperança de vida foram considerados satisfatórios no grupo estudado. Podem atuar como medidas positivas de enfrentamento das dificuldades enfrentadas no contexto da DRC
24	Estudo transversal	18 anos ou mais, consciente do espaço e de sua identidade e com capacidade para expressar-se verbalmente.	Pacientes que desistiram, faleceram ou mudaram de unidade durante o período do estudo.	-	Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e clínico, com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográfico, clínico e espiritual/religioso, a Escala de Coping Religioso/espiritual Breve (CRE-Breve) e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). A coleta dos dados foi realizada durante três sessões de hemodiálise, por meio de entrevista.	Avaliar a variação temporal e a correlação entre o bem-estar espiritual e o coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.	-	Os pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico entrevistados neste estudo utilizam o coping religioso/espiritual de forma positiva e significativa, da mesma forma que consideram importante a religião/espiritualidade em suas vidas.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autor	Desenho	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Controle	Intervenção	Desfecho primário	Desfecho secundário	Conclusão
22	Estudo transversal	Idosos; ter DRC em tratamento hemodialítico; superior a 6 meses, capaz de comunicar-se e com funções cognitivas preservadas.	Comprometimento cognitivo significativo e impossibilidade de comunicação verbal. Menos de 6 meses de hemodiálise.	-	Para a coleta de dados foi realizado uma entrevista, com o auxílio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), Questionário relacionado com a situação sociodemográfica, econômica, religiosa e de saúde do idoso, Escala de Bem-Estar Espiritual, Índice de Religiosidade de Duke, Escala de Coping Religioso e Espiritual Abreviada (CRE abreviada), Questionário de Qualidade de vida WHOQOL bref e WHOQOL-old.	Analisar a relação entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, o enfrentamento religioso e espiritual e a qualidade de vida dos idosos em tratamento hemodialítico.	Investigar as associações entre as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a qualidade de vida dos participantes.	A qualidade de vida dos idosos que realizavam tratamento hemodialítico estava relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com os construtores, bem estar espiritual, religiosidade e o uso de coping religioso e espiritual.

Fonte: Autores, 2025.

Análise do Risco de Viés

Dos dezessete estudos incluídos na presente revisão, a análise do risco de viés foi conduzida de acordo com o delineamento metodológico de cada estudo. Dois ensaios clínicos randomizados foram avaliados pela ferramenta RoB 2¹⁶, sendo um classificado como de baixo risco de viés e o outro com algumas preocupações, especialmente relacionadas ao processo de randomização e possíveis desvios da intervenção. Ademais, dois estudos foram classificados como ensaios clínicos não randomizados e avaliados pela ferramenta ROBINS-I¹⁷. Um deles apresentou alto risco de viés, devido principalmente à ausência de estratégias para controle de fatores de confusão e falhas na seleção dos participantes; o outro foi classificado com algumas preocupações, indicando limitações metodológicas em domínios específicos.

Por conseguinte, os treze estudos remanescentes foram classificados como observacionais e avaliados conforme os instrumentos do JBI¹⁸, de acordo com o tipo de delineamento: transversal, qualitativos e de coorte. Dentre os estudos transversais, quatro apresentaram baixo risco de viés, enquanto três foram classificados com algumas preocupações ou alto risco, relacionadas à ausência de estratégias para controle de fatores de confusão ou limitações na validade da mensuração dos desfechos.

Nos estudos qualitativos, dois foram considerados de baixo risco, e dois com algumas preocupações, sobretudo devido à ausência de descrição do posicionamento teórico do pesquisador ou à influência deste no processo investigativo. Quanto aos estudos de coorte, um foi classificado como de baixo risco de viés, enquanto o outro apresentou alto risco, com falhas importantes no controle de fatores de confusão e no acompanhamento dos participantes. Os resultados da avaliação estão apresentados na Tabela 2, permitindo maior transparência sobre a qualidade metodológica das evidências incluídas.

Quanto os respectivos questionários aplicados para os estudos Randomizados – Q1(Viés no processo de randomização), Q2(Viés devido a desvios da intervenção), Q3(Viés devido a dados ausentes de desfecho),

Tabela 2. Análise do risco de viés dos artigos.

Estudo	Autor	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Resultado
Randomizado	34	!	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	Algumas preocupações
Randomizado	35	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	Baixo Risco
Não randomizado	36	×	×	+	+	+	+	+	-	-	-	-	Alto Risco
Não randomizado	37	!	+	+	+	+	!	+	-	-	-	-	Algumas preocupações
Transversal	27	+	+	+	+	×	×	×	+	-	-	-	Alto Risco
Transversal	28	+	+	+	+	+	×	+	!	-	-	-	Algumas preocupações
Transversal	21	+	+	!	+	+	×	+	+	-	-	-	Algumas preocupações
Transversal	32	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	Baixo Risco
Transversal	23	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	Baixo Risco
Transversal	22	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	Baixo Risco
Transversal	24	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	Baixo Risco
Qualitativo	29	+	+	+	+	+	+	!	+	+	+	-	Baixo Risco
Qualitativo	30	+	+	+	+	+	×	!	+	+	+	-	Algumas preocupações
Qualitativo	26	+	+	+	+	+	!	!	+	+	+	-	Algumas preocupações
Qualitativo	25	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	Baixo Risco
Coorte	20	+	+	+	×	×	+	+	+	+	×	+	Alto Risco
Coorte	31	+	+	+	!	+	+	+	+	+	+	+	Baixo Risco

Fonte: Autores, 2025.

!: algumas preocupações; +: baixo risco; ×: alto risco.

Q4(Viés na medição do desfecho), Q5(Viés na seleção dos resultados relatados); Não randomizado – Q1(-Viés devido à confusão), Q2(Viés na seleção dos participantes), Q3(Viés na classificação das intervenções), Q4(Viés devido a desvios das intervenções pretendidas), Q5(Viés devido a dados ausentes), Q6(Viés na medição dos desfechos), Q7(Viés na seleção dos resultados relatados); Transversal – Q1(Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?), Q2(Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?), Q3(A exposição foi medida de forma válida e confiável?), Q4(Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para a mensuração da condição?), Q5(Os fatores de confusão foram identificados?), Q6(As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?), Q7(Os desfechos foram medidos de forma válida e confiável?), Q8(Foi utilizada análise estatística apropriada?); Qualitativo – Q1(Há congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de pesquisa?), Q2(Há congruência entre a metodologia de pesquisa e a questão ou os objetivos da pesquisa?), Q3(Há congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para coletar dados?), Q4(Há congruência entre a metodologia

de pesquisa e a representação e análise dos dados?), Q5(Há congruência entre a metodologia de pesquisa e a interpretação dos resultados?), Q6(Há uma declaração que situa o pesquisador cultural ou teoricamente?), Q7(A influência do pesquisador na pesquisa, e vice-versa, é abordada?), Q8(Os participantes e suas vozes são adequadamente representados?), Q9(A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, há evidências de aprovação ética por um órgão apropriado?), Q10(As conclusões extraídas no relatório de pesquisa decorrem da análise ou interpretação dos dados?); Coorte - Q1(Os dois grupos foram semelhantes e recrutados da mesma população?), Q2(As exposições foram medidas de forma semelhante para alocar pessoas aos grupos exposto e não exposto?), Q3(A exposição foi medida de forma válida e confiável?), Q4(Os fatores de confusão foram identificados?), Q5(As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?), Q6(Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo ou no momento da exposição?), Q7(Os desfechos foram medidos de forma válida e confiável?), Q8(O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para que os desfechos ocorressem?), Q9(O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda de acompanhamento foram descritos e explorados?), Q10(Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto?), Q11(A análise estatística apropriada foi utilizada?).

Análise da Força das Evidências

Estudos observacionais

Após a análise pelo uso da plataforma GRADE¹⁹, os resultados foram organizados de forma esquemática para caracterizar os estudos observacionais, conforme ilustrado na Tabela 3, onde apresenta os domínios utilizados para avaliar a qualidade da evidência dos estudos observacionais incluídos, considerando fatores como risco de viés, inconsistência, indireção, imprecisão e viés de publicação.

Na Tabela 3 as letras de ‘a’ a ‘m’ representam as avaliações das características dos estudos. Em primeiro lugar, (a) dois estudos mostraram baixo risco de viés de acordo com a ferramenta JBI; no entanto, um estudo tinha relatórios metodológicos pouco claros e outro apresentou limitações moderadas nos critérios de amostragem e análise. Portanto, o risco de viés foi rebaixado em um nível. Em (b), dois estudos relataram uma associação positiva entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica. No entanto, um estudo mostrou que a relação variava dependendo da construção espiritual analisada (bem-estar espiritual, religiosidade ou enfrentamento religioso/espiritual), sugerindo uma leve inconsistência entre os resultados e justificando um rebaixamento de um nível.

Tabela 3. Domínios analisados por meio da plataforma GRADE.

Desfecho	Nº de estudos	Risco de viés	Inconsistên- cia	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	Classificação
Qualidade de vida	3	Grave ^a	Grave ^b	Não grave	Não grave	Nenhuma	Muito baixa
Bem-estar espiritual	3	Grave ^c	Grave ^d	Não grave	Não grave	Nenhuma	Muito baixa
Enfrentamento religioso/espiritual	4	Não grave	Grave ^e	Não grave	Grave ^f	Nenhuma	Muito baixa
Influência espiritual	2	Grave ^g	Não grave	Não grave	Grave ^h	Nenhuma	Muito baixa
Esperança e sentido da vida	3	Grave ⁱ	Não grave	Grave ^j	Grave ^k	Nenhuma	Muito baixa
Função renal e evolução clínica	2	Grave ^l	Não grave	Grave ^m	Não grave	Nenhuma	Muito baixa

Fonte: Autores, 2025.

No domínio representado em (c), entre os quatro estudos incluídos para o resultado “Bem-estar espiritual”, três foram classificados como tendo baixo risco de viés de acordo com a lista de verificação do JBI. Um estudo apresentou algumas preocupações metodológicas, particularmente na amostragem e nos relatórios de medição. Devido a essa limitação parcial, o domínio de risco de viés foi rebaixado em um nível.

Em (d), dois dos três estudos apresentaram resultados consistentes e positivos quanto à relação entre espiritualidade e bem-estar espiritual. Entretanto, um estudo relatou que a associação poderia ser positiva ou negativa, dependendo da construção espiritual analisada. Essa variação na direção do efeito indica inconsistência de leve a moderada, justificando o rebaixamento em um nível.

No item (e), três dos quatro estudos mostraram resultados positivos em relação ao uso de enfrentamento religioso/espiritual entre pacientes com DRC. Entretanto, um estudo relatou que a relação poderia ser positiva ou negativa, dependendo da construção espiritual avaliada. Essa variação na direção do efeito justifica o rebaixamento de um nível por inconsistência.

Quanto a precisão dos resultados em (f), dois dos estudos incluídos eram qualitativos, com amostras pequenas, o que pode comprometer a saturação e a robustez dos dados. O estudo quantitativo com 87 participantes estava abaixo do limite ideal de precisão, e apenas um estudo tinha uma amostra suficientemente grande. Portanto, esse domínio foi rebaixado em um nível devido à imprecisão.

Em (g), dois dos três estudos incluídos apresentaram algumas preocupações metodológicas de acordo com a lista de verificação do JBI, principalmente em relação à clareza dos métodos, controle de variáveis e análise de dados. Apenas um estudo apresentou baixo risco de viés. Portanto, o domínio foi rebaixado em um nível.

No item (h), um estudo teve um tamanho de amostra adequado e resultados estatisticamente significativos, mostrando uma correlação positiva entre espiritualidade e senso de coerência. Entretanto, o segundo estudo incluiu apenas 50 participantes e não relatou intervalos de confiança ou outras estimativas de precisão. Essa limitação justifica o rebaixamento do domínio de imprecisão em um nível.

Em (i), dos três estudos incluídos no resultado “Esperança/Sentido da vida”, apenas um foi classificado como de baixo risco de viés. Os outros apresentaram limitações metodológicas moderadas, incluindo relatórios insuficientes de coleta e análise de dados. Portanto, o domínio de risco de viés foi rebaixado em um nível.

No item (j), apenas um dos três estudos incluídos avaliou diretamente a esperança usando um instrumento validado (Herth Hope Index). Os outros abordaram o conceito de forma mais indireta por meio de narrativas qualitativas (por exemplo, significado na vida, espiritualidade geral). Devido à falta de medição direta em dois estudos, o domínio da indireção foi rebaixado em um nível.

Em (k), dois dos estudos incluídos eram qualitativos, com amostras pequenas (n=20 e n=28) e sem estimativas estatísticas diretas. O único estudo quantitativo (n=139) mediu a esperança usando uma escala validada, mas não informou os intervalos de confiança e não foi replicado. Devido a essa limitação no tamanho da amostra e na robustez estatística, o domínio de imprecisão foi rebaixado em um nível.

No item (l), dos dois estudos incluídos no resultado “Evolução clínica”, apenas um foi classificado como de baixo risco de viés. O outro estudo apresentou alto risco, particularmente devido a limitações metodológicas no acompanhamento de longo prazo e no controle de fatores de confusão. Portanto, o domínio de risco de viés foi rebaixado em um nível.

Por fim, em (m), um estudo está totalmente alinhado com a pergunta da revisão, avaliando resultados clínicos objetivos em pacientes de transplante renal com diferentes níveis de espiritualidade. O outro, embora forneça dados relevantes sobre mortalidade, usou uma medida mais indireta de espiritualidade (frequência de comparecimento a serviços religiosos) e não teve uma comparação de grupo estruturada. Portanto, o domínio da indireção foi rebaixado em um nível.

Tabela 4. Domínios analisados por meio da plataforma GRADE.

Desfecho	Nº de estudos	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	Classificação
Enfrentamento religioso/espiritual	1	Grave ^a	Não grave	Não grave	Grave ^b	Grande magnitude ^c	Moderado
Função renal e evolução clínica	1	Grave ^d	Não grave	Grave ^e	Não grave	Grande magnitude ^f	Moderado

Fonte: Autores, 2025.

Ensaio clínico randomizado

Para análise dos ensaios clínicos randomizados, também foi utilizada a plataforma GRADE¹⁹ para medir a consistência dos estudos, classificando dois estudos^{34,35} de acordo com a Tabela 4, apresentando os domínios utilizados para avaliar a qualidade da evidência dos ensaios clínicos randomizados incluídos, considerando fatores como risco de viés, inconsistência, indireção, imprecisão e viés de publicação.

De acordo com a Tabela 4 a letras de ‘a’ a ‘f’ representam as avaliações das características dos estudos.

Em (a), o estudo utilizou randomização por cluster e um site eletrônico (randomizer.org), o que é positivo. Porém, não descreve claramente como foi feita a ocultação da alocação, ou seja, se os responsáveis por alocar os participantes estavam cegos ao grupo de destino, também não está claro se houve cegamento completo de quem aplicou a intervenção. Apesar disso, o estatístico estava cego aos grupos, o que fortalece parcialmente a análise.

Em (b), o total de participantes foi de 62 (n=31 por grupo). Apesar de os resultados serem estatisticamente significativos, esse tamanho amostral é pequeno para gerar alta precisão. Além disso, não foram apresentados intervalos de confiança, o que compromete a robustez da inferência. Assim, há risco de estimativa imprecisa do verdadeiro efeito da intervenção.

No item (c), o estudo demonstrou efeito forte e consistente nos dois desfechos principais (esperança e coping religioso positivo). Ambos os efeitos apresentaram grande magnitude e significância estatística, mesmo considerando o tamanho amostral reduzido.

Em (d), o estudo foi descrito como duplo-cego, com a intervenção padronizada (oração gravada ou conversa informal). A equipe de avaliação e o estatístico estavam cegos, o que é muito positivo, contudo, o estudo não descreve como foi feita a ocultação da alocação. Além disso, havia desequilíbrio entre os grupos: maior escolaridade e renda no grupo intervenção. Esses fatores indicam um viés de seleção potencial, que justificando o rebaixamento de evidência em um nível.

No item (e), os desfechos são sinais vitais fisiológicos, e não desfechos clínicos finais, como internação, mortalidade ou qualidade de vida. Embora sinais vitais sejam relevantes, não são, por si só, suficientes para inferir benefício clínico duradouro. Por isso, a evidência sofre de certa indireção, justificando o rebaixamento.

Por fim, em (f), a intervenção gerou reduções significativas em todos os sinais vitais avaliados, com p<0,001 em várias medidas. Além disso, os participantes do grupo intervenção relataram percepções positivas e melhora emocional, reforçando o impacto. O efeito combinado fisiológico e subjetivo é forte, justificando aumento de confiança na evidência.

Ensaio clínico não randomizado

Para os ensaios clínicos não randomizados^{36,37} não foi feita a análise de evidências pela plataforma GRADE¹⁹, devido a limitações com relação ao tipo de estudo, que impossibilitaram sua utilização. De forma independente, foi avaliado o risco de viés dos artigos por meio da ferramenta ROBINS-I¹⁷, cujo resultado revelou alto risco³⁶ e algumas preocupações³⁷.

DISCUSSÃO

Interpretação dos resultados

A presente revisão sistemática buscou investigar o impacto da espiritualidade/religiosidade a partir da avaliação de diversos desfechos no contexto da DRC. Os estudos elencados apontam para uma tendência positiva, sugerindo benefícios que as práticas espirituais e religiosas podem trazer para pacientes com DRC. Esses efeitos foram observados tanto em estudos observacionais quanto em ensaios clínicos, embora a qualidade de evidência contida nos estudos varie consideravelmente entre eles, conforme a avaliação via GRADE¹⁹.

Nesta revisão de dezessete estudos, observou-se um padrão variado no foco dos desfechos entre os estudos observacionais, enquanto os ensaios clínicos apresentaram evidências promissoras quanto a utilização de intervenções espirituais como ferramentas de cuidado e de impacto clínico.

Foi identificado dentre três estudos observacionais²⁰⁻²² correlações significativas entre espiritualidade e escores de QoL, como World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB) e Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQoL), reforçando a associação positiva entre as práticas religiosas e o suporte emocional e social conferido a pacientes com DRC.

Dentre cinco estudos observacionais abordados²³⁻²⁷ foi relatado que o uso de estratégias de coping religioso e promoção do bem-estar espiritual são relatados como promissoras no suporte aos pacientes em diálise, bem como também na redução de percepções de estresse e sofrimento.

Dois estudos observacionais^{27,28} abordaram que a espiritualidade se relaciona com atitudes de adaptação diante da dor crônica associada à hemodiálise, bem como uma postura mais positiva diante dessa condição. Além de outros três estudos^{21,29,30} reforçarem isso, indicando que a espiritualidade fortalece a esperança e a motivação interior mesmo em fases avançadas da DRC.

Outros dois estudos apresentaram desfechos clínicos mais objetivos^{31,32}, observando maior longevidade e melhores parâmetros de função renal em pacientes mais espiritualizados, apontando para impactos físicos associado a fatores espirituais.

Somado a isso, dentre os dois ensaios clínicos randomizados^{34,35}, a presença de intervenções espirituais apresentou aumento de escores de coping religioso (CRE-breve) e foi capaz de reduzir parâmetros fisiológicos mensuráveis (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória). No que tange os dois ensaios clínicos não randomizados^{36,37}, as terapias espirituais e a intervenção psicoterapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) promoveram a QoL, a resiliência e padrões emocionais, embora sem ter efeitos evidentes nos parâmetros laboratoriais.

Limitações das evidências incluídas

Embora os estudos apresentem indicações promissoras e positivas quanto ao impacto da espiritualidade nos desfechos clínicos de pacientes no contexto de DRC, a qualidade das evidências desses estudos foi majoritariamente classificada como “muito baixa”, segundo a análise GRADE¹⁹, sobretudo nos estudos observacionais. Os principais fatores limitantes que contribuem para esse quadro, incluem: amostras pequenas, elevado risco de viés, ausência de randomização, falta de cegamento entre os grupos experimentais e o uso de diferentes instrumentos para mensurar os mesmos desfechos.

Diante disso, reconhece-se que algumas limitações podem ter influenciado os resultados da revisão. Embora tenha sido utilizada múltiplas bases de dados para a pesquisa, a menor robustez de registros em algumas bases ou duplicações encontradas entre elas pode ter impactado a amplitude do levantamento de estudos. Ademais, a inferência da causalidade dos desfechos é prejudicada, tendo em vista que poucos estudos apresentaram um recorte longitudinal entre a análise das amostras. Além disso, a heterogeneidade metodológica entre os estudos limita a análise comparativa entre eles.

Implicações para a prática clínica

Embora existam fatores limitantes, os desfechos dos estudos sugerem que intervenções espirituais podem ser úteis na prática clínica no contexto da DRC. A inclusão de intervenções espirituais no cuidado de pacientes sob essa condição oferece cuidado integral, englobando as esferas biopsicossociais e espirituais do paciente. Nesse sentido, as ações baseadas em evidências, associadas ao cuidado centrado no indivíduo, podem contribuir para desfechos clínicos mais satisfatórios e promover a qualidade de vida do paciente.

Tal perspectiva é sustentada, especialmente, pelos ensaios clínicos^{34,35}, uma vez que demonstraram melhora em coping e parâmetros fisiológicos, bem como pelos estudos observacionais²²⁻²⁶, que associaram o uso de abordagens espirituais à redução de estresse e sofrimento. Ademais, estudos qualitativos e observacionais^{25,26} também apontam que a espiritualidade contribui para resiliência frente ao sofrimento e para dar um novo sentido à doença, enquanto outros estudos^{21,29,30} destacam o fortalecimento da esperança e motivação dos pacientes.

Por outro lado, nem todos os estudos demonstraram efeitos significativos em desfechos clínicos objetivos e confiáveis. Isso porque alguns deles^{36,37} não identificaram impacto representativo em parâmetros laboratoriais, além dos achados positivos em estudos^{31,32} não terem sido amplamente replicados. Dessa maneira, é necessário cautela na interpretação dos resultados, tendo em vista a sua heterogeneidade.

Diante disso, de modo geral, os estudos incluídos sugeram o papel favorável que as intervenções espirituais apresentam. Essas práticas apresentam baixo custo, caráter não invasivo, podendo ser aplicadas em contextos hospitalares e adaptadas culturalmente. Na prática clínica nefrológica, a incorporação dessas abordagens no cuidado do paciente pode promover maior bem-estar, reduzir o sofrimento, bem como aumentar a adesão ao tratamento. Contudo, a ausência de uma padronização metodológica e a variabilidade de instrumentos utilizados limitam a consolidação de tais práticas como intervenções baseadas em evidência robusta.

Dessa forma, para o avanço desse campo, recomenda-se que futuras pesquisas adotem delineamentos metodológicos mais robustos e homogêneos, segundo validação psicométrica padronizada dos instrumentos de medida, avaliação longitudinal e ensaios clínicos randomizados com protocolos padrões. Diante disso, espera-se ampliar a confiabilidade dos achados, bem como promover uma avaliação mais precisa acerca do impacto das intervenções espirituais.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se relação positiva entre o uso de práticas espirituais e qualidade de vida de pacientes com DRC. No entanto, a força dessas evidências mostrou-se limitada pela baixa qualidade metodológica dos estudos incluídos, apresentando elevado risco de viés e imprecisão.

Apesar dessas limitações, os achados sugerem que as intervenções espirituais podem representar uma estratégia complementar no cuidado de tais pacientes. Contudo, estudos com maior rigor metodológico precisam ser realizados para confirmar esses resultados e sustentar sua aplicação na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Li G, Yang H, Zhang D, Zhang Y, Liu B, Wang Y, et al. The role of macrophages in fibrosis of chronic kidney disease. *Biomed Pharmacother.* 2024;177:117079. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2024.117079>
2. Khan MA, Kassianos AJ, Hoy WE, Alam AK, Healy HG, Gobe GC. Promoting Plant-Based Therapies for Chronic Kidney Disease. *J Evid Based Integr Med.* 2022;27. <https://doi.org/10.1177/2515690X221079688>
3. Tsai HJ, Wu PY, Huang JC, Chen SC. Environmental Pollution and Chronic Kidney Disease. *Int J Med Sci.* 2021;18(5):1121-9. <https://doi.org/10.7150/ijms.51594>
4. Zhang Y, Yu C, Li X. Kidney Aging and Chronic Kidney Disease. *Int J Mol Sci.* 2024;25(12):6585-5. <https://doi.org/10.3390/ijms25126585>

5. Yan Z, Shao T. Chronic Inflammation in Chronic Kidney Disease. *Nephron*. 2024;148(3):143-51. <https://doi.org/10.1159/000534447>
6. Reszke R, Kiliś-Pstrusińska K, Szepietowski JC. Chronic Kidney Disease-Associated Itch (CKD-al) in Children—A Narrative Review. *Toxins*. 2021;13(7):450. <https://doi.org/10.3390/toxins13070450>
7. Peters LJF, Floege J, Biessen EAL, Jankowski J, van der Vorst EPC. MicroRNAs in Chronic Kidney Disease: Four Candidates for Clinical Application. *Int J Mol Sci*. 2020;21(18):6547. <https://doi.org/10.3390/ijms21186547>
8. Eloia SMC, Ximenes MAM, Eloia SC, Neto NMG, Barros LM, Caetano JÁ. Enfrentamento do coping religioso e esperança na doença renal crônica: estudo controlado randomizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200368. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>
9. Elias MA, Van Damme W, Marie G, Kadammanavar M, Wouters E. Lived experiences of people with chronic kidney disease on maintenance dialysis: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Nephrol*. 2025;26. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-03952-4>
10. Li C, Hsieh C, Shih Y, Lin Y. Spiritual well-being of patients with chronic renal failure: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2021;8(5):2461-9. <https://doi.org/10.1002/nop2.1004>
11. ONU P. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. *Ambient Sustent*. 2018;25(1):171-90. <https://doi.org/10.17979/ams.2018.25.1.4655>
12. Tínel JS, Souza DC, Santana JRC, Marinho CLA. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica: um estudo transversal. *Rev Cuid*. 2024;15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2797>
13. Saedi F, Dehghan M, Mohammadrafi N, Xu X, Hermis AH, Zakeri MA. Predictive role of spiritual health, resilience, and mental well-being in treatment adherence among hemodialysis patients. *BMC Nephrol*. 2024;25(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03768-8>
14. Harbisetar V. The updated PROSPERO for systematic reviews. *J Psychiatry Spectrum*. 2025;4(2):129-30. https://doi.org/10.4103/jop-sys.jopsys_32_25
15. Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):837-40. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.071761>
16. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
17. Igelström E, Lam F, Ebrahimi F, Katikireddi SV, Thomson H, Stenvinkel P, et al. Cochrane's risk of bias tool for non-randomized studies (ROBINS-I) is frequently misapplied: a methodological systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2021;140:22-32. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.08.022>
18. Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JBIM Evid Synth*. 2024;22(3):378-88. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00268>
19. Schünemann HJ, Brennan S, Akl EA, Hultcrantz M, Alonso-Coello P, Xia J, et al. The development methods of official GRADE articles and requirements for claiming the use of GRADE – a statement by the GRADE Guidance Group. *J Clin Epidemiol*. 2023;159:79-84. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.05.010>
20. Olivera LM, Okuno MFP, Barbosa DA, Sesso RCC, Scherrer Júnior G, Pessoa JLE, et al. Quality of life and spirituality of patients with chronic kidney disease: pre-and post-transplant analysis. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 5):e20190408. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0408>
21. Leimig MBC, Lira RT, Peres FB, Ferreira AGC, Falbo AR. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2018;16(1):30-6.
22. Pilger C. Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Horiz Rev Estud Teol Ciênc Religião*. 2016;202-5.
23. Fradelos EC. Spiritual well-being and associated factors in end-stage renal disease. *Sci World J*. 2021;2021:6636854. <https://doi.org/10.1155/2021/6636854>
24. Brasileiro TOZ, Souza VHS, Prado AAO, Lima RS, Nogueira DA, Chaves EDCL. Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica. *Avances en Enfermería*. 2017;35(2):159-70. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.60359>
25. Nair D, Bonnet K, Wild MG, Umeukeje EM, Fissell RB, Faulkner ML, et al. Psychological adaptation to serious illness: A qualitative study of culturally diverse patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(1):32-41.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>
26. Ramírez-Pereira M, Figueredo-Borda N, Zapata-Sepúlveda P, Ferrada-Muñoz M, Muñoz-González LA. How do patients on dialysis experience their disease? A qualitative approach. *Rev Med Chil*. 2022;150(3):289-94. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000300289>

27. Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras Nephrol*. 2019;41(1):22-8. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0096>
28. Gomes ICC, Manzini CSS, Ottaviani AC, Moraes BIP, Lanzotti RB, Orlandi FS. Atitudes frente à dor e à espiritualidade dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. *BrJP*. 2018;1(4):320-4. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180061>
29. Moura HCGB, Menezes TMO, Freitas RA, Moreira FA, Pires IB, Nunes AMPB, et al. Faith and spirituality in the meaning of life of the elderly with Chronic Kidney Disease. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20190323. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0323>
30. Paz DBDP, Rozza SG, Lima HDP, Cândido VC, Barboza ES. Spirituality and religion/religiosity: the perceptions of people with chronic kidney disease under hemodialytic treatment. *Medicina (Ribeirao Preto, Online)*. 2023;56(3):e-208307. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.208307>
31. Bruce MA, Thorpe RJ, Kermah D, Shen J, Nicholas SB, Beech BM, et al. Religious service attendance and mortality among adults in the United States with chronic kidney disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13179. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413179>
32. Bravin AM, Trettene AS, Cavalcante RS, Banin VB, Paula NAMR, Saranholi TL, et al. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):504-11. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700073>
33. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;46:e112. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
34. Eloia SMC, Ximenes MAM, Eloia SC, Galindo Neto NM, Barros LM, Caetano JÁ. Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200368. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>
35. Brasileiro TOZ, Prado AAO, Assis BB, Nogueira DA, Lima RS, Chaves ECL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03236. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>
36. Dalal K, Sankhe A, Zope J. A prospective, controlled study to assess effect of spiritual therapy in patient undergoing hemodialysis at Bhaktivedanta hospital. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2021;32(6):1570-6. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.352417>
37. Manzini CSS, Damasceno VAM, Santos DGM, Miranda Neto M, Sousa CN, Elias ACA, et al. Efeitos de uma intervenção psicoterapêutica breve de apoio em pacientes hemodialisados: estudo quase-experimental. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200116. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0116>

Autor correspondente

Luciano Moreira Ponte Neto

Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Laboratório de Imunoendocrinologia

Avenida Prof. Lineu Prestes, 580, Butantã

CEP 05508-000, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: luciano.mpneto@usp.br

Informação sobre os autores

LMPN é mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia (Fisiopatologia e Toxicologia) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

ESP é mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde do Instituto Evandro Chagas.

JHCLN é residente em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Pará.

MRS e AGG são graduandos em Biomedicina pela Universidade do Estado do Pará.

RCSO é doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de São Paulo, sendo docente na Universidade do Estado do Pará.

Contribuição dos autores

LMPN: curadoria de dados; análise formal; investigação; administração do projeto; escrita – primeira redação. ESP: curadoria de dados; metodologia; administração do projeto; escrita – primeira redação. JHCLN: curadoria de dados; metodologia; escrita – primeira redação. MRS: curadoria de dados; análise formal; investigação; escrita – primeira redação. AGG: conceituação; curadoria de dados; escrita – primeira redação. RCSO: supervisão; validação; visualização; escrita – revisão e edição.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.