

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



## **ESPIRITUALIDADE NA PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA**

**FÁBIO DUARTE SCHWALM**

Porto Alegre

2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



## **ESPIRITUALIDADE NA PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA**

**FÁBIO DUARTE SCHWALM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

**Orientador:** Eno Dias de Castro Filho

**Co-orientador:** Giancarlo Lucchetti

Porto Alegre

2019

Dedico esta dissertação a minha querida avó,  
Cecília.

Que, às vésperas de completar 90 anos,  
Depois de todas as dificuldades e sofrimentos por que passou,  
É manifestação viva de resiliência.

A ela, com amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida, força e inspiração.

Agradeço a todos os pacientes que me deram o privilégio de acolher suas histórias, alegrias, sofrimentos. A eles devo muitas das ideias desta dissertação.

Agradeço a minha família, esteio valioso deste trabalho, apesar das contínuas ausências.

Agradeço aos amigos, fontes de compreensão e estímulo permanentes.

Agradeço à equipe de Atenção Primária à Saúde, do município de Barão, pelos inacreditáveis esforços, a fim de que eu atendesse às múltiplas demandas a que veio se somar o mestrado.

Agradeço aos queridos colegas da Universidade de Caxias do Sul, pelo suporte para além de efetivo e sempre atento. Sem eles, não teria conseguido.

Também não poderia deixar de agradecer aos orientadores e à equipe de professores do mestrado profissional, pelos ensinamentos e exemplos, mas, sobretudo, pelas lições de paciência e acolhimento que generosamente transmitiram.

A todos, enfim, inspiradores e agentes singulares de ânimo, muito obrigado!

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a associação entre espiritualidade e resiliência e a relação com a saúde. Revisar a literatura sobre o tema destacando os fatores promotores de resiliência, principalmente o papel da espiritualidade nesse processo. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática com metanálise usando os bancos de dados Pubmed, Embase, Scopus, Web of Science, PsycInfo, CINAHL e LILACS, de acordo com as diretrizes do PRISMA, para identificar estudos observacionais que correlacionem, por meio de escalas validadas, medidas de espiritualidade e resiliência. **Resultados:** Foram encontrados 34 estudos observacionais (total de 6.653 pacientes) com metodologia adequada. No total da amostra, a correlação entre espiritualidade e resiliência foi positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0.4$  [IC 95% 0.32 – 0.48],  $p < 0.01$ ). Quando se analisaram os estudos de mais alta qualidade, o resultado foi mantido ( $r = 0.37$  [IC 95% 0.23 – 0.49],  $p < 0.01$ ). **Conclusão:** A literatura sobre o tema é vasta. Foi identificada uma correlação positiva moderada entre espiritualidade e resiliência. No entanto, a amostra apresentou alta heterogeneidade, e isso se reproduziu em todos os agrupamentos de estudos com similaridades de população ou de instrumentos de aferição das variáveis, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados. Os achados sobre a associação permitem a hipótese de que abordagens terapêuticas com foco na espiritualidade poderiam resultar em fortalecimento da resiliência. São necessários mais estudos de intervenção, como Ensaios Clínicos Aleatorizados, para avaliar práticas terapêuticas de orientação espiritual visando a este desfecho.

**Palavras-chave:** Espiritualidade, Resiliência, Revisão Sistemática.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the association between spirituality and resilience and the relationship with health. Review the literature on the subject highlighting the factors promoting resilience, especially the role of spirituality in this process. **Methods:** A systematic meta-analysis review was performed using Pubmed, Embase, Scopus, Web of Science, PsycInfo, CINAHL, and LILACS databases according to the PRISMA guidelines to identify observational studies that correlate, through validated scales, measures of spirituality and resilience. **Results:** We found 34 observational studies (total of 6.653 patients) with adequate methodology. A statistically significant positive correlation was found between spirituality and resilience in the total sample ( $r = 0.4$  [95% CI, 0.32 - 0.48],  $p < 0,01$ ). When we analyzed the highest quality studies, the result was kept ( $r = 0.37$  [95% CI 0.23 - 0.49],  $p < 0,01$ ). **Conclusion:** The literature on the subject is vast. We identified a moderate positive correlation between spirituality and resilience. However, the sample showed high heterogeneity, and this was reproduced in all study groupings with similarities of population or instruments of measurement of variables, which should be considered when interpreting the results. Findings about the association allow the hypothesis that therapeutic approaches focusing on spirituality could result in strengthening resilience. More intervention studies, such as Randomized Trials, are needed to evaluate spiritually oriented therapeutic practices aimed at this outcome.

**Keywords:** Spirituality, Resilience, Systematic Review.

## LISTA DE FIGURAS

|            |                                                                                                                                                                                    |    |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – | Diagrama de fluxo da identificação à seleção de artigos .....                                                                                                                      | 48 |
| Figura 2 – | Forest Plot demonstrando o resultado geral da metanálise para a correlação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência (NOS > 5) 49                                          |    |
| Figura 3 – | Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência nos estudos de maior qualidade (NOS > 7). ....              | 50 |
| Figura 4 – | Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre as diferentes escalas de Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência nos estudos gerais (NOS > 5).....  | 51 |
| Figura 5 – | Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência conforme o local da população do estudo (NOS > 5).....      | 52 |
| Figura 6 – | Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência de acordo com a média das idades nos estudos (NOS > 5)..... | 53 |
| Figura 7 – | Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência nos grupos saudável e em sofrimento (NOS > 5) .....         | 54 |

## LISTA DE QUADROS

|            |                                                            |    |
|------------|------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – | Principais intervenções para promoção de resiliência ..... | 29 |
| Quadro 2 – | PRISMA <i>checklist</i> .....                              | 60 |
| Quadro 3 – | Estudos excluídos na fase de elegibilidade .....           | 62 |

## LISTA DE TABELAS

|            |                                                                                                     |    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – | Base de dados e estratégias de busca .....                                                          | 55 |
| Tabela 2 – | Extração e síntese de dados.....                                                                    | 56 |
| Tabela 3 – | Escore de risco de viés dos estudos da Revisão Sistemática (Newcastle-<br>Ottawa Scale – NOS) ..... | 59 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| CD-RISC  | Escala de Resiliência Connor-Davidson |
| DUREL    | Índice Religioso de DUKE              |
| E/R      | Espiritualidade/Religiosidade         |
| FACIT-sp | Escala de Bem-estar Espiritual        |

## SUMÁRIO

|           |                                           |           |
|-----------|-------------------------------------------|-----------|
|           | <b>APRESENTAÇÃO .....</b>                 | <b>13</b> |
| <b>1</b>  | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>2</b>  | <b>OBJETIVOS E HIPÓTESES.....</b>         | <b>16</b> |
| 2.1       | OBJETIVO PRINCIPAL .....                  | 16        |
| 2.2       | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....               | 16        |
| 2.3       | HIPÓTESES .....                           | 16        |
| <b>3</b>  | <b>ESPIRITUALIDADE.....</b>               | <b>17</b> |
| 3.1       | CONCEITO.....                             | 17        |
| 3.2       | ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.....              | 19        |
| <b>4</b>  | <b>RESILIÊNCIA.....</b>                   | <b>22</b> |
| 4.1       | CONCEITO.....                             | 22        |
| 4.2       | RESILIÊNCIA E SAÚDE.....                  | 24        |
| 4.3       | FATORES RELACIONADOS À RESILIÊNCIA.....   | 25        |
| 4.4       | PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA.....              | 26        |
| <b>5</b>  | <b>ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA.....</b> | <b>30</b> |
| <b>6</b>  | <b>ABORDAGEM DO SOFRIMENTO.....</b>       | <b>33</b> |
| <b>7</b>  | <b>METODOLOGIA .....</b>                  | <b>36</b> |
| 7.1       | METODOLOGIA DE BUSCA.....                 | 37        |
| 7.2       | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....                | 37        |
| 7.3       | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....                | 37        |
| 7.4       | EXTRAÇÃO DE DADOS .....                   | 37        |
| 7.5       | RISCO DE VIÉS .....                       | 38        |
| 7.6       | QUALIDADE METODOLÓGICA .....              | 38        |
| 7.7       | SÍNTESE DE RESULTADOS.....                | 38        |
| <b>8</b>  | <b>RESULTADOS.....</b>                    | <b>40</b> |
| <b>9</b>  | <b>DISCUSSÃO .....</b>                    | <b>42</b> |
| <b>10</b> | <b>CONCLUSÃO .....</b>                    | <b>46</b> |

|           |                                                        |           |
|-----------|--------------------------------------------------------|-----------|
| <b>11</b> | <b>FINANCIAMENTO .....</b>                             | <b>47</b> |
|           | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                               | <b>65</b> |
|           | <b>ANEXO A – NEWCASTLE-OTTAWA SCALE (NOS) ADAPTADA</b> |           |
|           | <b>PARA ESTUDOS TRANSVERSAIS<sup>1</sup> .....</b>     | <b>75</b> |

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado é requisito parcial para obtenção do título de mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS e segue o formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

As seções foram divididas em introdução, objetivos, revisão da literatura, metodologia da revisão sistemática, resultados, discussão e referências. O produto será o artigo científico, que segue as normas para publicação em revista internacional (Apêndice A).

A ideia de estudar espiritualidade e resiliência, no âmbito de um mestrado de tecnologias para o SUS, nasce de uma inquietação que há muito me acompanha: a importância, no processo de saúde-doença, de as pessoas se assumirem como responsáveis e capazes de enfrentar suas dificuldades utilizando suas próprias potências, muitas vezes adormecidas. Ao falar sobre despertar de consciência, crescimento pessoal, força interior, conexão com a vida está-se falando de espiritualidade, e ao abordar o tema de como lidar com as dificuldades, fala-se sobre resiliência. Assim, ao agregar os dois temas, revisei a literatura acerca desses conceitos, estudando essa relação e sua possível implicação na prática clínica.

Este trabalho é, pois, o resultado de reflexões sobre como a espiritualidade auxilia as pessoas na caminhada em direção a si mesmas, em um processo de autoconhecimento sujeito a percalços, cuja manifestação é o sofrimento.

Minha autoria, nesta dissertação, é a de um elo em uma história imemorial, assumindo a responsabilidade pelo trabalho de atualizá-la conforme os pressupostos científicos contemporâneos, na busca de uma verificação atual para um conhecimento coletivo ancestral. Além disso, como todo trabalho voltado ao outro, esse se tornou um ponto de luz também para mim, com significativas lições aprendidas ao longo do percurso. Recebi, assim, a possibilidade de desenvolvê-las em minha vida, utilizando a experiência cotidiana, a fim de exercitá-las.

## 1 INTRODUÇÃO

A área da saúde envolve um complexo conjunto de fatores que interagem de maneira recíproca e culminam no processo de saúde-doença como fenomenicamente ele é percebido.(1) Olhar mais profundamente para esses fatores se torna um desafio, dada a dificuldade de aferição mais direta de diversos aspectos da vida das pessoas. Direcionar pesquisas para pontos que não foram elucidados de forma suficiente pode auxiliar no processo de cuidado das diversas situações de sofrimento com as quais os profissionais de saúde têm contato diariamente. Este trabalho destaca espiritualidade e resiliência. Cada uma já acumula evidências de forte relação com saúde, mas ainda é necessário avaliar se há correlação entre ambas, bem como entender os fatores que podem estimulá-las.

O presente trabalho se justifica pela importância da resiliência e da espiritualidade como fatores promotores de saúde. É necessário desenvolver tecnologias assistenciais que permitam ao profissional compreender e favorecer o processo de construção de resiliência do paciente, a partir, também, de uma abordagem da dimensão espiritual em situações estressoras e de sofrimento.

O desenvolvimento tecnológico (diagnóstico e terapêutico) nos processos de trabalho pode distanciar os profissionais de saúde da construção de uma relação mais humanizada com as pessoas sob seus cuidados. Além disso, grande parte dos tratamentos disponíveis hoje tem foco na ação direta de aspectos químicos e microbiológicos, deixando de aproveitar as potencialidades pessoais holísticas para o equilíbrio do corpo e da mente. O presente estudo também é um posicionamento em favor do desenvolvimento de tecnologias de assistência que mobilizem recursos pessoais, construindo maior autonomia em relação à indústria de insumos e medicamentos na promoção da saúde.

Investigando a relação da espiritualidade com o processo de resiliência frente às situações de estresse e sofrimento, pode-se buscar o conhecimento de como contribuir para o processo saúde-doença sob um ângulo integrativo e complementar. Espera-se colaborar para o desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado,(2) que, a partir da abordagem da espiritualidade, possam auxiliar as pessoas a identificarem o seu próprio potencial para superação das situações de crise. Dessa forma, profissionais das diversas áreas do SUS podem situar-se mais amplamente diante dos objetivos de promover saúde com custo acessível, impactando positivamente na qualidade de vida das pessoas.

Apoiar as pessoas a identificarem suas próprias potencialidades, a partir da dimensão espiritual, promovendo autonomia e corresponsabilização pelo processo de cura, é o pressuposto que sustenta esta dissertação.

## **2 OBJETIVOS E HIPÓTESES**

### **2.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

- a) Avaliar a relação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Revisar a literatura sobre o tema.
- b) Identificar fatores que promovem aumento da resiliência nas pessoas.
- c) Verificar a associação entre a espiritualidade/religiosidade da pessoa e sua resiliência perante situações estressoras e de sofrimento.
- d) Avaliar a influência da espiritualidade na promoção de resiliência.

### **2.3 HIPÓTESES**

Hipótese 1: Existe associação entre as medidas objetivas de espiritualidade e resiliência.

Hipótese 2: A espiritualidade pode fortalecer a resiliência.

### 3 ESPIRITUALIDADE

*O maior erro que os médicos cometem é tentar curar o corpo sem levar em consideração a cura da alma; no entanto, alma e corpo são um e não devem ser tratados separadamente.*  
(PLATÃO, 427-347 a. C.)

#### 3.1 CONCEITO

Segundo Koenig,(3) espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, às relações com o sagrado ou transcendente, que, pode, ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou à formação de comunidades religiosas. Nesse sentido, há uma diferença importante entre espiritualidade e religiosidade, esta última em relação a quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir a programas religiosos na televisão). Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema...).(4)

Puchauski(5) define espiritualidade como o aspecto da humanidade que se refere à maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam significado e propósito, e o modo como experimentam sua conexão com o momento, consigo, com os outros, com a natureza e com o significativo ou sagrado. Assim, o conceito de espiritualidade se amplia para além do sistema de crenças e passa a ser representado em qualquer dimensão significativa para a pessoa. Dessa forma, mesmo quem não assume a noção do transcendente pode viver sua dimensão espiritual na maneira pela qual se relaciona com o mundo ao seu redor.

As religiões apontam para uma plenitude buscada por meio de estruturas interpretativas – mais ou menos institucionais – que medeiam uma experiência com o que é sagrado. A espiritualidade é a vivência dessa experiência.(6)

A espiritualidade possui aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos ou filosóficos incluem a busca de significado, de propósito e de verdade na vida(7), assim como as crenças e os valores pelos quais um indivíduo confere sentido ao que ele vive.(8) Os aspectos experimentais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e apoio. Isso se reflete na qualidade dos recursos internos de um indivíduo,(8) nos tipos de relacionamentos e conexões que estabelece consigo mesmo, com a

comunidade, com a natureza e o transcendente (p. ex., poder maior do que o eu, um sistema de valores, Deus, realidade última, consciência cósmica).(8) Contudo, destaca-se, aqui, a possibilidade de conflitos emocionais resultantes de questões como, por exemplo, dúvida religiosa.(9) Os aspectos comportamentais da espiritualidade envolvem a maneira como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interior.(10) Muitas pessoas encontram a espiritualidade por meio da religião e/ou de um relacionamento pessoal com o divino; outras podem encontrá-la devido a uma conexão com a natureza, a música e as artes, ou por um conjunto de valores e princípios ou na busca permanente pela verdade científica.(10) A partir da definição, percebe-se que espiritualidade é uma dimensão intrínseca do ser humano, dado que ele é um ser social, que vive uma vida de relações e sentido buscando constantemente sua posição dentro desse processo, construindo e reorganizando as conexões que estabelece durante a vida.

Os pacientes, muitas vezes, descobrem força e consolo em sua espiritualidade, tanto informalmente, por meio de relações mais profundas com a família e amigos, quanto formal e sistematicamente, por meio de comunidades e práticas religiosas. Contudo, os médicos modernos ignoram regularmente as dimensões da espiritualidade quando consideram a sua saúde e a dos seus pacientes.(11) Essa negligência relativa representa um afastamento da história substancial que vincula a saúde, a religião e a espiritualidade na maioria das culturas.(12) A espiritualidade era considerada um elemento essencial da cura, já que, na Idade Antiga, a cura era entendida por paradigmas naturais e sobrenaturais que trabalhavam juntos para restaurar ou prevenir doenças. Essas duas tradições existiam lado a lado, e os curandeiros utilizavam uma abordagem física, psicológica e espiritual ao cuidar das pessoas.(13) O acúmulo de evidências que realçam a riqueza da interconexão pode informar estratégias futuras para a saúde individual e da população.

Mesmo com um conceito mais ampliado como trazido por Puchalski, segundo Koenig,(14) a espiritualidade distingue-se de todo o restante – humanismo, valores, moral e saúde mental – devido à sua conexão com aquilo que é sagrado, o transcendente. O transcendente é o que está dentro do eu e vai além do eu, muitas vezes chamado Deus, Alá, Poder Superior, Brahman, Buddha, Dao, ou verdade/realidade suprema. A espiritualidade inclui busca e descoberta do transcendente. Envolve viajar pelo caminho que leva da não consideração ao questionamento, seja para a descrença ou a crença. Por isso, em algum momento, a definição de espiritualidade pode se sobrepor à de religião,(12) podendo ser esta um caminho para a manifestação daquela.

### 3.2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Pesquisas em diversos países constataram que a utilização dos recursos espirituais e religiosos no enfrentamento dos problemas é prática difundida. Um estudo publicado no *The New England Journal of Medicine* constatou que 90% dos americanos lidaram com o estresse causado pelo ocorrido em 11 de setembro de 2001 “voltando-se para a religião”.<sup>(15)</sup> Mesmo antes do ano 2000, quando as pesquisas nessa área ainda eram escassas, mais de 60 estudos haviam documentado altas taxas de enfrentamento de doenças, usando a espiritualidade, em pacientes com uma variedade de distúrbios médicos, que variavam de artrite a diabetes e câncer.<sup>(3)</sup> Nas últimas décadas, os estudos no campo da Espiritualidade/Religiosidade (E/R) e saúde estão crescendo de forma substancial.<sup>(14)</sup> Esse crescimento tem sido amplamente observado em todo o mundo, sendo o Brasil um dos países com mais destaque em relação a essa expansão.<sup>(16)</sup> Damiano e colaboradores<sup>(17)</sup> identificaram mais de 300 trabalhos publicados no Brasil relacionando E/R aos mais diversos tópicos de saúde.

Estudos recentes sugerem uma ampla relação protetora entre participação em alguma comunidade religiosa e saúde da população. Um relatório do *Nurses Health Study*, que acompanhou mais de 74.000 participantes do estudo por 16 anos, constatou que as mulheres que frequentavam serviços religiosos semanais tinham uma menor taxa de mortalidade em comparação com aquelas que não frequentavam serviços religiosos. As que compareciam a serviços religiosos mais de uma vez por semana tinham uma taxa ainda mais baixa, sugerindo uma possível relação dose-resposta.<sup>(18)</sup> O ajuste multivariável para os confundidores não atenuou substancialmente a associação, sugerindo que parte dela poderia ser causal. Uma meta-análise de 10 estudos prospectivos, com mais de 136.000 participantes, mostrou que ter um objetivo maior na vida estava associado a uma redução (risco relativo 0,83) na mortalidade por todas as causas e eventos cardiovasculares.<sup>(19)</sup> Ensaio randomizados não são simples de serem trabalhados (p. ex., a atribuição de comportamentos, como frequência ao culto e propósito de vida, é inviável); por isso, esses estudos observacionais prospectivos ainda representam a evidência mais forte disponível.<sup>(11)</sup> Lucchese,<sup>(20)</sup> em outra revisão sistemática, já havia encontrado uma forte correlação de espiritualidade/religiosidade predizendo aumento da longevidade em 68% dos estudos analisados para esse desfecho (121 no total). Para Pham,<sup>(21)</sup> em pessoas residentes em áreas rurais portadoras de doença renal crônica, o engajamento espiritual é considerado um importante componente de bem-estar pessoal e social.

Pacientes psiquiátricos também costumam usar a espiritualidade para lidar com sua condição. Uma pesquisa com pacientes ( $n = 406$ ) com doença mental persistente, em uma unidade de saúde mental em Los Angeles, constatou que mais de 80% usavam a espiritualidade para lidar com seus problemas de saúde.(22) O relatório do *Nurses Health Study* também observou que a frequência a serviços religiosos estava associada a uma redução no risco de depressão e a uma diminuição de 6 vezes no risco de suicídio (de 6,5 para 1,0 por 100.000/ano).(18) Os possíveis mecanismos incluem que a participação no serviço religioso possa melhorar a integração social, a qual promove comportamentos saudáveis (p. ex., sem tabaco) e fornece apoio social, otimismo ou propósito. Braam e Koenig(23) conduziram outra revisão sistemática, avaliando a correlação entre medidas de E/R e depressão em 157 estudos prospectivos, e encontraram que E/R prediz uma modesta diminuição da depressão ao longo do tempo.

No final da vida, percebe-se que a espiritualidade é um elemento que se torna ainda mais relevante.(24) Ela tem sido suficientemente reconhecida como um fator que favorece a saúde e o bem-estar emocional,(5) com melhor controle sintomático e menores níveis de ansiedade e depressão,(25) trazendo paz (26) para esses pacientes. A espiritualidade, nesse contexto, não está apenas relacionada à experiência religiosa, mas também está em sintonia com o aspecto mais existencial do ser humano e, no fim da vida, esse questionamento aparece, devendo, por isso, ser abordado.(27) Investigações adicionais sugerem o valor das abordagens espirituais em cuidados médicos no cenário de cuidados paliativos.(11) Em um estudo prospectivo multicêntrico,(28) com 343 pacientes em estágio avançado de câncer, aqueles cujas equipes de saúde (p. ex., médicos, capelães) atendiam às suas necessidades espirituais tinham escores de qualidade de vida no final da vida 28% maiores, em média, do que aqueles que não receberam esse atendimento espiritual. Ao contrário, quando a equipe de saúde não propiciou esse atendimento, os pacientes em situação terminal tiveram uma chance menor de receber serviços de cuidados paliativos sistemáticos (*odds ratio* ajustada, 0,37), junto com maior chance de receber intervenções médicas agressivas (p. ex., reanimação e ventilação) durante a última semana de vida (*odds ratio* ajustada, 2,6).(28) Outros estudos indicam que a maioria das pessoas com doenças graves experimenta conflitos espirituais, como, por exemplo, sentirem-se punidos ou abandonados por Deus, associados a reduções no seu bem-estar.(28) Todos esses achados sugerem a necessidade de as equipes de saúde integrarem o cuidado espiritual em contexto de final de vida para as pessoas que desejem recebê-lo. A espiritualidade desempenha um papel de destaque na vida da maioria dos pacientes sob cuidados paliativos, independentemente de aderirem, de maneira formal, a uma religião e a uma crença específica. A equipe é

frequentemente chamada para apoiar as famílias que estão passando por essa situação, lutando para dar sentido a suas vidas durante uma crise de saúde de um familiar próximo. Embora as práticas religiosas convencionais forneçam uma fonte de conforto e orientação, muitos não pertencem a uma comunidade religiosa à qual recorrer. Nas últimas duas décadas, mais pessoas nos países ocidentais se identificam como espirituais, mas não religiosas, e não pertencem a uma comunidade religiosa organizada. Para aqueles pacientes que expressam uma forte conexão espiritual ou um sentimento de “algo maior” ou “um poder superior”, incentivar a exploração desses sentimentos e crenças, por meio de capelães, clérigos ou membros da equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, pode ajudar a fornecer contexto, significado e propósito em suas vidas afetadas por doenças graves.(29)

Além da extensa literatura correlacionando E/R diretamente com saúde, na área da psicologia, também se encontram estudos associando aspectos indiretos dessa dimensão, como, por exemplo, o perdão, com impacto positivo na saúde mental, na depressão e na ansiedade e, possivelmente, na saúde física.(30) Peres e colaboradores(31) encontraram, em uma pesquisa com mais de 300 pessoas portadoras de enxaqueca, que otimismo é um fator protetor do prejuízo dessa patologia, mesmo quando controlado os fatores de confusão, como ansiedade e dados demográficos. Outro estudo,(32) avaliando 782 adultos brasileiros, identificou associação de propósito com menos depressão e mais qualidade de vida.

A pesquisa empírica sobre religião e saúde tem destacado a importância das formas comunitárias de participação religiosa nos benefícios à saúde. Grande parte da literatura sobre esse tema aborda a frequência a serviços religiosos como sendo um fator protetor mais forte de mortalidade, depressão, suicídio e outros desfechos subsequentes, quando comparados com a prática espiritual e/ou religiosa individual.(30) As crenças religiosas fornecem, por um lado, um sentido de significado e propósito durante circunstâncias difíceis da vida que ajudam na integração psicológica; elas geralmente promovem uma visão de mundo positiva, otimista e esperançosa, facilitam a aceitação do sofrimento e oferecem uma comunidade de apoio, humano e divino, para ajudar a reduzir o isolamento e a solidão.(33) Por outro lado, existe o fator negativo da E/R, apesar de menos frequente, mas com impacto negativo na saúde, como, por exemplo, quando as pessoas lidam com ideias de culpa religiosa ou quando tem imagens de um Deus punitivo.(34)

## 4 RESILIÊNCIA

*O homem nunca fez nenhum material tão  
resiliente quanto o espírito humano.*  
(BERN WILLIAMS)

### 4.1 CONCEITO

Embora o conceito de resiliência não tenha sido definido com precisão e, apesar de algumas diferenças na terminologia, as numerosas discussões sobre resiliência na literatura revelaram um acordo marcante sobre a sua natureza. De forma geral, resiliência é definida como a capacidade que os indivíduos possuem de se recuperarem, ou lidarem, satisfatoriamente em relação às circunstâncias adversas.(35,36) De acordo com Greene (37), uma definição operacional útil de resiliência é a capacidade da pessoa em poder superar a adversidade e ser bem-sucedida, apesar da exposição ao alto risco.(38) A capacidade de sustentar a competência sob pressão e de recuperar-se de traumas,(39) ou, ainda, o processo de adaptação ou a capacidade de prosperar diante da adversidade(36) também foram definições frequentemente citadas.

Resiliência refere-se à capacidade humana de se adaptar à tragédia, ao trauma, à adversidade, à dificuldade e a estressores significativos. Este é um processo dinâmico, influenciado por eventos e desafios contínuos na vida.(40,41).

Além desses conceitos, a literatura aponta também para um construto mais ampliado, do ponto de vista das Ciências Humanas, que descreve resiliência como sendo a capacidade universal de superar as adversidades da vida e de ser fortalecido por elas. É parte do processo do crescimento e pode ser promovida desde o nascimento do indivíduo.(42). A partir desse conceito, amplia-se a concepção de resiliência para além da estabilidade do estado emocional prévio, mas uma nova configuração emocional resultante da experiência vivida, em que se aprimora a capacidade de lidar com as dificuldades e, por isso, um crescimento acontece. Esse conceito se sobrepõe ao de crescimento pós-traumático, pois, após eventos significativos, as pessoas adquirem um novo estado, de maior estabilidade e paz do que o anterior, ficando clara a evolução decorrente do processo. Embora além do escopo desta revisão, o crescimento pós-traumático refere-se ao processo de aprender e encontrar significados positivos que contribuem para o crescimento pessoal em eventos traumáticos.(43) O conceito se refere às possíveis consequências físicas e psicológicas positivas do trauma.(44)

A visão da resiliência como um traço individual fixo e estável falha em incorporar a noção de que a adaptação é derivada de toda a interação entre indivíduos e o ambiente ao seu redor, como família, comunidade e sociedade.(45) Nesse sentido, a segunda noção é incorporada e descreve resiliência como um processo dinâmico.(46) A resiliência é considerada não fixa, mas dinâmica, mutável ao longo do tempo e dependente de interações entre vários fatores que envolvem o indivíduo.

Considerando as diferentes vertentes existentes na literatura, Grafton(47) destaca três ondas conceituais de resiliência. A primeira onda concentrou-se em descobrir e listar características internas e externas que ajudam as pessoas a se recuperarem de traumas e a lidarem com a adversidade.(48,49) São os chamados fatores de proteção, os quais ajudam os indivíduos a se recuperarem e a progredirem, apesar da adversidade. Nessa abordagem, as características identificadas incluíam resistência, enfrentamento, autoeficácia, otimismo, paciência, tolerância, fé, adaptabilidade, autoestima e senso de humor.(47) Além desses fatores, estudos de sobreviventes de grandes desastres e perdas(50) propuseram que a resiliência se refere a fatores como o apoio social e a habilidade cognitiva.

A segunda onda desenvolveu a compreensão da resiliência como um processo dinâmico, isto é, um resultado de perturbações frequentes (adversidade) e reintegração (adaptação) em que um indivíduo exibe uma adaptação positiva, embora sofra adversidades. Essa conceituação apresenta resiliência não apenas como uma coleção de características de alguns indivíduos, mas também como um processo dinâmico em que os indivíduos acessam recursos, lidam e se recuperam da adversidade; portanto, um atributo possível de ser aprendido ou ensinado.(51)

A terceira onda descreveu resiliência como uma energia inata ou motivadora de força vital dentro de um indivíduo.(49) Grafton(47) traz conceitos como a interação complexa entre a força inata e o apoio externo. Masten(52) descreveu a resiliência como “magia comum” que emerge dos processos comuns dos sistemas normais de adaptação humana – um recurso dentro de um indivíduo, família ou comunidade. Embora os autores usassem uma terminologia diferente, todos pareciam apoiar a noção de que a resiliência é uma força interna acessível ou um recurso dentro do indivíduo que permite uma resposta positiva ao estresse e que pode ser reforçada ou apoiada por recursos externos.(47)

Dentro desse paradigma metateórico, a resiliência é definida como uma “energia ou força que leva a pessoa da sobrevivência à autorrealização”.(49) Esse conceito fornece uma visão da resiliência como um recurso interno com o qual os indivíduos podem lidar com as adversidades, crescer e aprender com experiências estressantes na vida, a chamada reintegração positiva.(49) Portanto, a metateoria de resiliência incorpora as noções anteriores, mas também

identifica a sua fonte como o espírito do indivíduo e, portanto, potencialmente disponível para todos.(47)

Esse conceito ampliado de resiliência é utilizado não só na definição, como também nas intervenções, de acordo com Greene,(53) após examinar os dados de sobreviventes do Holocausto. Segundo o autor, houve três ondas de pesquisas que resultaram em intervenções educacionais e terapêuticas aumentando a resiliência desses sobreviventes. Na primeira fase de investigação, os pesquisadores exploraram os traços e as características ambientais que permitiram às pessoas superar as adversidades. Na segunda fase, os pesquisadores investigaram os processos relacionados ao estresse e ao enfrentamento. Na terceira fase, os estudos examinaram como as pessoas crescem e se transformam após eventos adversos, muitas vezes levando à criatividade pessoal e à espiritualidade.(53)

Em resumo, a primeira onda define qualidades resilientes, a segunda fala sobre o processo resiliente, e a terceira, sobre resiliência como algo inato, relacionado ao eu, que pode ser acessado e está ligado ao processo transformador.

## 4.2 RESILIÊNCIA E SAÚDE

Uma revisão sistemática conduzida por Stewart(54) encontrou que a resiliência estava associada a fatores diretamente relacionados à doença física, como o autocuidado,(55) à qualidade de vida relacionada à saúde(56) e à percepção da doença,(57) aos desfechos intermediários [como HbA1c(55,58) e CD4(57)] e à adesão ao tratamento. Um estudo encontrou que a resiliência era mais importante na predição de dor e função física em pacientes com osteoartrite do que a própria doença, e que o efeito da resiliência à dor foi mediada pela autoeficácia.(59)

Uma revisão sistemática com metanálise, conduzida por Ávila e colaboradores,(41) identificou, em um total de 727 artigos analisados, uma associação entre resiliência e menos sintomas de depressão na população idosa.

Em outra pesquisa com 134 pacientes portadores de síndrome coronariana aguda, resiliência se correlacionou com menor extensão do infarto do miocárdio, por afetar a resposta inflamatória, demonstrando, nesses casos, um efeito protetor.(60) Tal efeito estava associado principalmente ao componente de autoeficácia da resiliência e se manteve mesmo após controle dos clássicos fatores de risco cardiovasculares, inclusive os demográficos.

Outra revisão sistemática identificou 17 estudos que avaliaram o efeito da resiliência em pacientes com doenças crônicas.(61) A melhoria da qualidade de vida foi o resultado mais

importante da resiliência relatado em pacientes com doenças cardiovasculares, câncer e Aids.(62,63,64) Além disso, em 2 estudos, alterações laboratoriais, como menor hemoglobina glicada(55) e nível de colesterol,(62) foram, respectivamente, relatadas como desfechos de maior resiliência em pacientes com diabetes e doenças cardiovasculares. Adesão ao tratamento, participação em programas de reabilitação e crescimento pós-traumático (em pacientes com doenças cardiovasculares),(62,60) comportamento de autocuidado (em pacientes com diabetes),(55) adaptação à doença (em pacientes com câncer)(63) e autorrealização(65) (em pacientes com doença renal crônica) foram os outros resultados associados à resiliência.

Além disso, alguns pacientes relataram benefícios resultantes do próprio processo de adoecimento. Esses pacientes não apenas conseguiram manter e/ou recuperar seu bem-estar geral, como também relataram crescimento pessoal e mudanças positivas. A descoberta de benefícios implica um conceito ampliado de resiliência, possivelmente levando ao crescimento pós-traumático associado à doença, achado preditivo de qualidade de vida e saúde.(43)

Por esses motivos, a resiliência vem abrangendo várias áreas de interesse, representando um novo espaço de investigação com potenciais benefícios para o enfrentamento das adversidades.

#### 4.3 FATORES RELACIONADOS À RESILIÊNCIA

A crescente relação da resiliência com saúde tem estimulado o interesse em compreender aspectos do desenvolvimento humano que facilitam a superação da adversidade ou do estresse, bem como encontrar maneiras de lidar com eventos perturbadores ou situações desafiadoras.(48)

A revisão da Cochrane(66) destaca que inúmeros desfechos positivos da resiliência são parcialmente determinados por vários fatores: genéticos, psicológicos e socioambientais. Os fatores psicológicos de resiliência mais bem evidenciados até o momento são: significado e propósito na vida, senso de coerência, emoções positivas, resistência, autoestima, enfrentamento ativo, autoeficácia, otimismo, suporte social, flexibilidade cognitiva (incluindo reavaliação positiva e aceitação) e E/R.

Resiliência refere-se a esses atributos de proteção de um indivíduo e/ou características pessoais, que são consideradas modificáveis e promovem uma adaptação bem-sucedida à doença(67,66,68,69). Adaptações psicológicas e resiliência à experiência do câncer,(67) por exemplo, são explicadas por fatores biológicos (interações gene-ambiente),(70) fatores pessoais dos indivíduos (autoeficácia, enfrentamento, otimismo e esperança)(71) e apoio social.(72)

Essas características se referem aos pontos fortes e aos aspectos positivos do estado de espírito de um indivíduo.(73)

Muitos pacientes com câncer podem lidar com essa experiência de alto valor estressor, com o mínimo ou nenhum efeito em seu funcionamento diário, podendo até experimentar um crescimento positivo em muitas áreas da sua vida(73) – o crescimento pós-traumático –, sendo este um fenômeno importante no ajuste a essa doença.

Existem vários fatores de risco e proteção entre os indivíduos, e é a totalidade desses fatores, e não qualquer fator primário, que determina a probabilidade de um resultado resiliente. No entanto, a compreensão dos processos resilientes pode ser avançada por meio da integração e da organização desses fatores ao longo de linhas de mecanismos comuns ou compartilhados. Dada a heterogeneidade dos fatores de resiliência, existem muitas maneiras de desenvolver tal característica.(74)

A quantidade de fatores relacionados à resiliência não é surpreendente, dado que questões genéticas, ambientais e pessoais (de enfrentamento e experiências passadas) contribuem para esse construto, independentemente do tipo de adversidade encontrada.(54) Isso dificulta as pesquisas sobre o tema, frente a tantos possíveis fatores de confusão, mas abre caminhos para grandes possibilidades de estímulo e promoção da resiliência.

#### 4.4 PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA

Dependendo do conceito subjacente de resiliência, as intervenções de promoção de resiliência visam a diferentes recursos e competências. Os fundamentos teóricos dos programas de treinamento em resiliência e as hipóteses sobre como eles podem manter ou recuperar a saúde mental são tão diversos quanto seus conteúdos.(66) Construir resiliência é um processo individualizado que depende muito da força, das habilidades e da experiência de cada pessoa.(75) Uma forma para isso pode ser utilizar o próprio processo de sofrimento como caminho para construção da resiliência. Quando confrontadas com estresse ou adversidade, as pessoas que mostram respostas comportamentais inadequadas ou experimentam estados de humor negativos, ou ambos, o fazem devido a crenças irracionais. Isso está alinhado com outras teorias de estresse e resiliência, assumindo que não o estressor em si, mas sua avaliação cognitiva pode levar a reações de estresse.(70) Portanto, modificar processos cognitivos em padrões de pensamento mais adaptativos provavelmente produzirá emoções mais positivas e respostas comportamentais ao sofrimento.(76) Ao desafiar os pensamentos adaptativos de um indivíduo e ao ensinar novas estratégias de enfrentamento para resolver problemas,

intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental podem ser benéficas, por exemplo, na promoção dos fatores de resiliência, da flexibilidade cognitiva e do enfrentamento ativo.

Crianças e adolescentes com pouca resiliência e com alto risco ou vulnerabilidade podem beneficiar-se de intervenções preventivas destinadas a aumentar a sua adaptação positiva à adversidade. Dentro de um contexto de intervenção-tratamento, aumentar os recursos de resiliência em uma criança ou adolescente pode diminuir a probabilidade de recaída a transtornos psiquiátricos.(77) Mancini(74) sugere que existe uma série de possíveis vias de intervenções clínicas para promover resiliência. Seiler(73) afirma que intervenções que promovam resiliência a partir do incentivo de otimismo, esperança e espiritualidade durante o tratamento do câncer podem ajudar os pacientes a lidarem melhor com a doença. Robertson(78) encontrou 14 trabalhos, em uma revisão sistemática avaliando o impacto do treinamento de resiliência, mostrando o efeito positivo da maioria deles. Em 13 dos 14 estudos revisados, houve uma mudança estatisticamente significativa em pelo menos uma das variáveis dependentes.

Uma metanálise avaliando a efetividade de programas para construção de resiliência concluiu que eles tiveram um efeito estatisticamente significativo, embora modesto, para esse desfecho.(79) Sood(80) avaliou, por meio de ensaio clínico randomizado, o impacto de intervenções de orientação espiritual no desenvolvimento de resiliência, encontrando resultados positivos estatisticamente significativos no grupo exposto. Recente revisão da Cochrane(66) sobre intervenções para aumento da resiliência aponta que esse desfecho é determinado por vários fatores potencialmente modificáveis e elenca as intervenções descritas na literatura de acordo com o nível de evidência (Quadro 1).

Independente da teoria subjacente, o treinamento de resiliência pode funcionar de maneira diferente, dependendo do respectivo “formato de entrega” e da “configuração de intervenção”.(79) Por exemplo, intervenções implementadas pessoalmente podem funcionar melhor do que intervenções *on-line* para aumentar a resiliência,(79) o que também pode aumentar a conformidade dos participantes. Por um lado, o treinamento de resiliência em um ambiente individual pode ser mais eficiente do que intervenções em grupo, já que os especialistas podem atender melhor as necessidades individuais dos participantes e fornecer *feedback* mais facilmente.(79) Por outro lado, as intervenções em grupo podem melhorar os recursos sociais dos participantes, devido à interação entre eles.

Uma nova abordagem para prevenção e minimização de doenças, focada na “promoção da resiliência”, está sendo absorvida pelo sistema de saúde. Os programas projetados para

fortalecer a capacidade de “resposta” dos pacientes estão sendo discutidos, implementados e avaliados.(81)

A efetividade da promoção da resiliência também se baseia em habilidades de comunicação. Alguns autores ressaltam a importância de manter o foco no cuidado centrado no paciente,(82,83,84) ressaltando a importância da relação médico-paciente no processo de promoção de resiliência.

Assim, as intervenções para promoção da resiliência podem ser focadas nos construtos desta, conforme descrito, por meio do fortalecimento das características de base das pessoas. Além disso, modificar o processo cognitivo-padrão para formas mais adaptativas, como, por exemplo, a ressignificação das situações, também pode ser um caminho para esse fim. Esses mecanismos se entrelaçam no processo, provavelmente sendo reforçados de forma mútua conforme se vivencia a experiência. Em Milam,(43) observa-se que o crescimento pós-traumático (após o diagnóstico de HIV) é mais intenso em pessoas com otimismo e esperança, que são componentes conceituais da primeira onda teórica da resiliência. O crescimento é despertado na própria situação de sofrimento causada pela doença. Assim, percebe-se a interação das três dimensões conceituais da resiliência no processo de fortalecimento da pessoa. Dessa forma, promover resiliência pode passar por todas essas dimensões, desde estímulo às características básicas que compõem a resiliência até a ressignificação do sofrimento, por meio da mobilização de recursos internos, culminando com consequente crescimento advindo de todo esse processo.

Quadro 1 – Principais intervenções para promoção de resiliência

| <b>Fatores de resiliência</b>                                                                                                 | <b>Exemplo de método de treinamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Autor</b>                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Significado ou propósito na vida</b>                                                                                       | Introdução dos benefícios do propósito na vida; apoio aos indivíduos na identificação de fontes importantes de significado (p. ex., relações sociais, trabalho), bem como na definição de prioridades e na orientação de valores para sua vida                                                                                           | Sood, 2011                                                     |
| <b>Senso de coerência</b> (compreensibilidade, significância, gerenciamento)                                                  | Promoção da compreensão dos desafios da vida externa, crenças e emoções pessoais; incentivo aos participantes a refletirem sobre recursos pessoais (internos ou externos) e a utilizá-los com mais frequência                                                                                                                            | Tan, 2016                                                      |
| <b>Emoções positivas ou afeto positivo</b>                                                                                    | Psicoeducação nas emoções; técnicas de atenção plena; apoiar indivíduos na identificação de atividades agradáveis para melhorar emoções positivas                                                                                                                                                                                        | Jennings, 2013                                                 |
| <b>Resistência</b> (desafio, comprometimento, controle)                                                                       | Reconstrução situacional (isto é, imaginação de circunstâncias estressantes); foco (ou seja, reflexão sobre sensações corporais de transtorno emocional)                                                                                                                                                                                 | Maddi, 1998; Maddi, 2009                                       |
| <b>Autoestima</b>                                                                                                             | Apoio aos participantes na identificação de pontos fortes pessoais                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |
| <b>Enfrentamento ativo</b> (p. ex., solução de problemas, planejamento)                                                       | Introdução do modelo de solução de problemas e familiarização dos participantes com o uso de estratégias de enfrentamento ativas em situações estressantes (p. ex., fazer planos de ação)                                                                                                                                                | Abbott, 2009; Bekki, 2013; Sahler, 2013                        |
| <b>Autoeficácia</b>                                                                                                           | Apoio aos participantes na identificação de pontos fortes pessoais e outras fontes de autoeficácia (p. ex., conexões sociais); apoio aos indivíduos na realização de sucessos anteriores (p. ex., enfrentamento de situações negativas)                                                                                                  |                                                                |
| <b>Otimismo ou estilo de atribuição positivo</b>                                                                              | Educação dos participantes para adaptar um estilo de atribuição mais positivo para eventos estressantes (externos, instáveis, específicos) e agradáveis (internos, estáveis, globais); incentivo aos indivíduos para obter uma visão mais brilhante do futuro, aumentando sua atenção e a descoberta de aspectos positivos em suas vidas | Carver, 2010; Sadow, 1993                                      |
| <b>Suporte social</b>                                                                                                         | Incentivo à reflexão do indivíduo em sua rede atual (magnitude da rede social, aspectos positivos ou negativos nas relações sociais); melhora da rede de suporte do indivíduo, fornecendo-lhe técnicas de comunicação                                                                                                                    | Kent, 2011; Schachman, 2004; Sood, 2011; Steinhardt, 2008      |
| <b>Flexibilidade cognitiva</b> (p. ex., reavaliação positiva, aceitação de situações e emoções negativas)                     | Reavaliação positiva: introdução da técnica ABC (evento de ativação, crença, consequência) da teoria cognitivo-comportamental; treino dos participantes para identificar e desafiar pensamentos desadaptativos e substituí-los por pensamentos mais positivos. Aceitação: técnicas de relaxamento ou atenção plena                       | Abbott, 2009; Farchi, 2010; Songprakun, 2012; Steinhardt, 2008 |
| <b>Religiosidade ou espiritualidade</b> , ou enfrentamento religioso (p. ex., frequência assídua a uma denominação religiosa) | Exercícios espirituais, como meditação ou yoga; psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento, como orar regularmente ou participar de atividades comunitárias religiosas (p. ex., adoração)                                                                                                                                          | Sood, 2011                                                     |

Fonte: Revisão Cochrane 2017 (Helmreich et al.).

## 5 ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA

Espiritualidade, segundo alguns autores,(85,86,87,88) é destacada como uma das características básicas que predizem resiliência, além de várias outras que têm relação com as duas dimensões, como fé e otimismo, por exemplo. Além disso, a terceira onda conceitual de resiliência apresenta correlação direta com espiritualidade, ao abordar a transformação que ocorre a partir das situações estressoras. A espiritualidade é parte integrante da ponte conceitual entre enfrentamento e resiliência.(89)

Em seu estudo com mulheres mais maduras, Manning(87) descreveu a espiritualidade “como um caminho para a resiliência”. As mulheres, em sua investigação, relataram que a resiliência era uma expressão funcional de sua espiritualidade. Além disso, as respostas das participantes indicaram que elas acreditavam que a resiliência se acumulava ao longo do tempo. As participantes também relataram que sua espiritualidade era um recurso crítico em sua capacidade de se recuperar das adversidades, além de fortalecer e aprofundar sua fé. A resiliência, fortalecida pela espiritualidade, levou à sensação subjetiva de bem-estar das participantes. O autor concluiu que a adaptação bem-sucedida à adversidade era um resultado observável desse processo.

Além disso, E/R parecem conferir resiliência, conforme aponta a revisão de Koenig(33) correlacionando E/R e saúde mental. Kasen e colaboradores(90) relataram que o envolvimento religioso e a importância da E/R relatada na vida de algumas pessoas confere proteção contra os efeitos de eventos negativos na saúde mental. Vários mecanismos potenciais podem ser levantados em hipótese para esse efeito. Uma delas é que a E/R pode estimular o senso do propósito da vida(91) e o significado durante circunstâncias difíceis da vida.(33)

Há evidência de uma associação entre espiritualidade e crescimento pós-traumático,(92) que pode ser explicada por uma bem-sucedida busca de significado após o trauma em indivíduos com alto grau de espiritualidade. Quando o trauma rompe as perspectivas de saúde e vida de uma pessoa, ocorre mais do que apenas uma dor física ou emocional. A confusão sobre suposições anteriores do eu, do mundo e de Deus impõe desafios além do domínio biológico, psicológico e sociocultural. Propõe questões fundamentais de significado e pertencimento que estimulam a busca de auxílio no domínio religioso ou espiritual para muitos.(92) Assim, a dimensão espiritual pode ser um recurso importante para lidar com o sofrimento advindo do evento traumático. A espiritualidade pode ajudar os pacientes com câncer a criar sentido na vida, e os papéis das crenças espirituais e religiosas no enfrentamento do câncer e na promoção da resiliência têm sido amplamente reconhecidos.(89) Além disso,

observou-se que muitos pacientes com câncer sentem um crescimento espiritual em suas vidas após serem diagnosticados com a doença.(93) Estudo qualitativo conduzido em Hong Kong com 11 mulheres sobreviventes de um acidente vascular cerebral mostrou que, além do apoio social, os pacientes podem usar a espiritualidade como um recurso para facilitar o ajuste emocional e a resiliência.(94)

Olson(95) identificou que as medidas de espiritualidade se mostraram significativas e positivamente relacionadas à resiliência, sustentando uma ideia central no referencial teórico de que a espiritualidade é um fator positivo no bem-estar. Essa relação também é corroborada por Beauvais.(96) Os resultados apoiam as descobertas anteriores de que a resiliência está relacionada a um maior senso de propósito, de persistência e de autorreflexão que também são aspectos espirituais da condição humana. A relação positiva entre espiritualidade e resiliência sugere que a resiliência pode ser vista como um conceito holístico, com elementos de saúde física, psicológica, social e espiritual.

Os fatores que promovem a resiliência incluem as crenças, a espiritualidade, os bens religiosos de uma pessoa, as boas relações com os outros, a confiança e a autoestima, entre outros. A espiritualidade demonstrou ser uma chave na promoção da resiliência entre os idosos.(87,97,98) A pesquisa conduzida por Hernández(89) se concentrou em entender a associação entre espiritualidade e resiliência como uma variável associada ao envelhecimento bem-sucedido em pacientes com câncer e sobreviventes ao câncer. O autor ressalta que a resiliência pode ser promovida por muitos meios, inclusive pela espiritualidade naqueles para quem isso é concordante com seus valores. Explorar a espiritualidade pode aprimorar os mecanismos de enfrentamento a eventos negativos da vida(97) e promover a recuperação, fornecendo fé e esperança para superar a experiência de doenças crônicas e recuperar a saúde. Fatone e colaboradores(99) descobriram que, após um diagnóstico de câncer de mama, as mulheres latinas viam a fé como um aspecto importante para lidar com a doença. Vários estudos realizados entre populações migrantes de diferentes origens culturais e religiosas afirmaram que a espiritualidade e a religião facilitaram os processos de adaptação, geraram novos sentidos sociais e melhoraram o bem-estar psicológico e físico de uma pessoa.(100)

A espiritualidade é uma dimensão da experiência humana, exigindo uma expansão da teoria e prática dos sistemas para abranger interações biopsicossociais e espirituais.(101) A capacidade do ser humano em atribuir significado à sua vida é fator comum da resiliência e da espiritualidade, o qual contribui para o desenvolvimento humano.(102) As crenças constituem forças preponderantes na produção da resiliência na medida em que ajudam a dar significado à adversidade dentro de uma perspectiva positiva de espiritualidade.(102) Assim, esses dois

conceitos possuem significados distintos porém, com interfaces semelhantes em alguns aspectos.

## 6 ABORDAGEM DO SOFRIMENTO

*Em vez de não terem sentido, os problemas das pessoas tornam-se desordens de sentido, permitindo que elas vejam que as coisas não estão necessariamente “dando errado”, mas estão, de fato, ajudando-as a se fortalecerem, a viver mais plenamente e com mais entendimento.*

(JOBST; SHOSTAK; WHITEHOUSE, 1999)

Os cuidados de saúde visam à manutenção do bem-estar ideal de um indivíduo ou à restauração da saúde e das funções vitais quando estão ausentes. A compreensão, em geral, sobre a origem das doenças baseia-se nas perturbações do funcionamento biológico e emocional sejam elas congênitas ou adquiridas, levando à diminuição da saúde, da vitalidade e da longevidade. Essa visão ainda mantém uma separação entre os processos físicos e os espirituais.(103) Em uma perspectiva mais integral, o ser humano é visto como biopsicossocial e espiritual,(104) sendo que essas dimensões interagem constantemente.(105) A noção de adoecimento surge como um desequilíbrio de uma ou mais dessas partes. Assim, é necessário, na busca pela plenitude e saúde, uma harmonização em todas essas esferas, que, ao mesmo tempo, são todas expressões da mesma realidade.

Muitas vezes essa busca é motivada pelo sofrimento que decorre das mais distintas circunstâncias, uma vez que ele movimenta as pessoas da zona de conforto em que se encontram. Além disso, o sofrimento pode agir diretamente no processo de transformação, como ocorre nos casos de doenças graves.(106) Exemplo disso é o que pode ocorrer diante do diagnóstico de câncer, quando muitos pacientes manifestam uma resiliência notável.(107) Estudos têm demonstrado que a superação do câncer e seu tratamento pode ser uma oportunidade para o crescimento pessoal, bem como para o bem-estar mental e emocional aprimorado, que poderia estar potencialmente associado a um melhor enfrentamento das demandas relacionadas à doença.(108)

Normalmente, essas mudanças trazem benefícios, como maior valorização da vida, prioridades renovadas ou alteradas, mais senso de força pessoal, melhores relações sociais, novas possibilidades percebidas, desenvolvimento de um senso mais profundo de espiritualidade e significado pessoal, maior cuidado corporal, mudanças positivas no comportamento da saúde e sentimentos aumentados de controle pessoal.(73) Como citado, o processo resiliente implica ganhos, e nesse sentido, Grotberg(109) esclarece que alguns

indivíduos transformados por experiências de adversidades agregam para si valores positivos, como “empatia, altruísmo e compaixão pelos outros”.

Pargament(110) propõe que o modo de enfrentamento perante as situações, tendo uma base de vida espiritual, pode ter algo especial a oferecer: “equipar excepcionalmente indivíduos para responderem às situações em que se veem face a face com os limites do poder e do controle humanos quando confrontados com suas vulnerabilidades”. Por um lado, nos humaniza porque, ao nos reconciliar com nossa própria fragilidade e vulnerabilidade, nos suaviza internamente, gerando sentimentos de bondade e compaixão por nós mesmos e pelos outros. Por outro lado, em um nível mais profundo, pode transformar a percepção de mundo, de si, abrindo espaço para novas interpretações em sua própria realidade.(6). De acordo com teorias recentes, saúde e resiliência estão associadas à flexibilidade cognitiva e emocional em resposta a desafios e a estressores.(111)

A experiência humana é permeada pela contínua mudança, incluindo a perda de aspectos cognitivos, físicos e sociais que antes eram percebidos como componentes-chave do eu. No entanto, essa mudança oferece uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento dos aspectos mais intrínsecos. Um bem-estar é alcançado quando o eu é experimentado como um componente de um sistema maior, e não como um sistema fechado, autônomo e autossustentável.(112) Essa vivência propicia relacionamentos mais profundos e significativos e um autoconhecimento expandido, com base na compreensão da identidade, do lugar, do significado e do propósito de uma pessoa na vida.

Considerando o adoecimento como um desequilíbrio, o produto de um processo de desarmonia em várias dimensões (física, emocional, espiritual), o sofrimento decorrente pode ser visto como um sinal para reestabelecer o equilíbrio. Para Maslow,(113) a dor e a aflição são necessárias ao crescimento, devendo-se, com isso, aprender a lidar e a conhecer suas origens.

Frankl(114) sustenta que a “sede de sentido” é a força que move intimamente todo o ser humano, de modo que ele tem sempre a liberdade de encontrar sentido para a vida, por meio de atitudes significativas, mesmo em situações aparentemente insignificantes. O autor explica que o sofrimento pode ser transmutado na busca de um significado verdadeiro da experiência, sendo único para cada pessoa e cada situação: o trabalho individual consiste em escolher as atitudes que dão sentido e propósito à vida.(115) Ressalta ainda: “muitas vezes, é justamente uma situação exterior extremamente difícil que dá à pessoa a oportunidade de crescer interiormente para além de si mesmo”. Dethlefsen e Dahlke(116) afirmam que a doença é um caminho pelo qual o ser humano pode seguir rumo à sua plenitude. Eles enfatizam a importância de ter consciência acerca desse processo, mantendo foco no autoconhecimento.

Jobst(117) destaca que a doença pode ser um catalisador para que as pessoas cresçam à medida que desenvolvem autoconhecimento por meio de reflexões sobre o significado atribuído ao evento. Jung(118), por sua vez, vê nas adversidades uma forma de amadurecimento. Ele entende que “o significado e o propósito de um problema não parecem repousar em suas soluções, mais sim no nosso incessante trabalho sobre ele. O autor conclui que o sofrimento deve ser “mitigado e receber sentido”.

Kübler-Ross,(119) psiquiatra que trabalhou durante 50 anos com pacientes terminais, compreende que as adversidades ou as tragédias são chances ou oportunidades de crescimento, sendo desafios e sinais necessários para que haja transformação e desenvolvimento pessoal. Relata que seus pacientes, no final da vida, referiam-se aos dias difíceis, ou de tormentas, como aqueles que lhes possibilitaram maior crescimento na vida. Afirmar que do sofrimento da alma se origina toda criação espiritual e nasce daí o homem como espírito, não só carne, e que as adversidades o tornam mais forte.

O filósofo Hegel, em *A fenomenologia do espírito*,(120) destaca:

A consciência, ao abrir caminho rumo à sua verdadeira existência, vai atingir um ponto onde se despojará de sua aparência: a de estar presa a algo estranho, que é só para ela, e que é como o outro. Aqui a aparência se torna igual à essência, de modo que sua exposição coincide exatamente com esse ponto da ciência autêntica do espírito. E, finalmente, ao apreender sua verdadeira essência, a consciência mesma designará a natureza do próprio saber absoluto.

Saldanha(121) propõe uma abordagem integrativa, de orientação espiritual, que favorecerá o surgimento de aspectos criativos, resilientes, que despontam no indivíduo de forma mais intensa. Tais elementos são possíveis na educação dessa nova consciência desperta, em que ocorre o desenvolvimento mais pleno do ser humano.

Em suma, flexibilidade (estar aberto a mudanças, resignificar o sofrimento), consciência desperta (estar atento às situações, presente, reflexivo) e autoconhecimento (busca da compreensão de si, identificação com o *self* integrado) são princípios importantes para abordagem do sofrimento como bússola que direciona ao reequilíbrio, à cura e à plenitude.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 METODOLOGIA DE BUSCA

A revisão de literatura busca responder à seguinte questão de pesquisa: “Existe associação entre os níveis de Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência?” A busca segue os critérios de formulação de perguntas do acrônimo PECO: P(população): pacientes em geral; E (exposição): maior grau de espiritualidade/religiosidade; C (comparador): menor grau de espiritualidade/religiosidade; O (desfecho): grau de resiliência.

A recuperação dos estudos foi realizada pela busca abrangente nas seguintes bases de dados eletrônicas até a data 24 de abril de 2019: Pubmed, Embase, Scopus, Web of Science, PsycInfo, CINAHL e LILACS, sem restrição de idioma e data de publicação. Foram feitas consultas a revisões sistemáticas prévias e a *guidelines*, para fins de identificação e adição de estudos relevantes.

Outras fontes adicionais foram consultadas, como: banco de teses da Capes e Open Grey literature. Foi feita pesquisa em Listas de referências de estudos incluídos, para identificação de possíveis estudos que não foram contemplados na busca. As estratégias de busca nas bases de dados foram elaboradas com a definição dos descritores de assunto de cada base, MeSH, no PubMed, e Emtree, no Embase, bem como a adição de sinônimos e sintaxes, quando necessários. O uso dos operadores booleanos foi aplicado para a construção das estratégias, sendo o AND para relacionar e o OR para adicionar. A homogeneidade dos termos descritores de assunto foi baseada no vocabulário controlado do PubMed, MeSH, e usado como parâmetro para outras bases de dados pesquisadas.

Optou-se por não utilizar filtro para o desenho de estudo, visto que foram identificadas algumas inconsistências na indexação dos estudos observacionais. A estratégia de busca foi estruturada da seguinte forma:

((("Religion"[Mesh] OR Religious Beliefs OR Beliefs, Religious OR Religious Belief OR Prayer\* OR Religio\* OR "Religion and Psychology"[Mesh] OR Psychology, Religion OR Religion, Psychology OR Psychology and Religion OR "Religion and Medicine"[Mesh] OR Medicine and Religion OR "Spirituality"[Mesh] OR Spiritual\*)) AND ("Resilience, Psychological"[Mesh] OR Psychological Resilience OR Psychological Resiliences OR Resiliences, Psychological OR Resilienc\* OR Resilient\*)).

As estratégias completas em todas as bases de dados pesquisadas se encontram na Tabela 1.

Após a fase de busca na literatura segundo a estratégia apresentada, dois examinadores (FS e RZ) realizaram a análise de forma independente, por meio dos títulos e dos resumos das publicações, em um primeiro momento, e da leitura na íntegra dos trabalhos restantes. Todos os impasses foram resolvidos ou por discussão e consenso dos examinadores, ou, quando restavam dúvidas, discussão com um terceiro avaliador. Os artigos, teses ou dados não disponíveis nos trabalhos originais foram buscados por meio de tentativa de contato com os respectivos autores via *e-mail*.

## 7.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram os estudos observacionais, quantitativos, que avaliaram a relação da E/R com a resiliência por meio de escalas validadas, nos mais diferentes cenários, incluindo todos os estudos analíticos encontrados.

## 7.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram comentários, editoriais, livros, artigos qualitativos e os que mencionaram E/R ou resiliência sem uma medida objetiva (escalas validadas) dessas variáveis, além dos estudos de diferentes delineamentos que não observacionais.

## 7.4 EXTRAÇÃO DE DADOS

Os artigos avaliados na íntegra tiveram seus dados registrados em uma tabela de extração que foi desenvolvida pelos revisores, buscando coletar as informações relevantes para a revisão sistemática considerando as possíveis análises de subgrupos necessárias para atender aos objetivos do trabalho. Os resultados foram sintetizados de acordo com os parâmetros apresentados na Tabela 2. Os dados de associação entre espiritualidade e resiliência dos estudos foram extraídos para posterior análise. Os dados dos trabalhos que utilizavam escalas de E/R com mais de uma dimensão (como religiosidade intrínseca, extrínseca e não organizacional), ou que aplicaram as escalas em diferentes populações no mesmo estudo (controle e doentes) foram extraídos na tabela gerando mais de uma associação do mesmo artigo.

## 7.5 RISCO DE VIÉS

Após a leitura de todos os artigos que preencheram os critérios de inclusão, registraram-se os dados na tabela e, após, aplicou-se o instrumento NOS,(122) utilizado para avaliar risco de viés de estudos observacionais, também seguindo a metodologia de dois revisores independentes, com posterior discussão dos impasses, e um terceiro revisor, para dúvidas restantes. Esse instrumento deriva da Escala Newcastle-Ottawa para estudos observacionais caso-controle e *coorte*, sendo utilizada uma adaptação para estudos transversais, conforme descrito em trabalho prévio publicado na literatura.(123) Anexo (Anexo A), segue a NOS adaptada para estudos transversais, conforme pontuação atingida (0 a 10), com maior valor expressando estudos de maior qualidade. Foi utilizado o ponto de corte valor 5 (estudos satisfatórios) ou mais para inclusão na análise quantitativa. A pontuação final de todos os artigos submetidos a essa fase é apresentada na Tabela 3.

## 7.6 QUALIDADE METODOLÓGICA

Todos os passos do trabalho seguiram as diretrizes metodológicas propostas pelo Ministério da Saúde para publicação de Revisão sistemática de estudos observacionais.(124) Também foram consultados protocolos internacionais, como o *PRISMA Statement*, guiando a elaboração do estudo (Quadro 2). O fluxo de seleção dos artigos da revisão sistemática está disponível na Figura 1. A revisão foi registrada em uma plataforma chamada *PRÓSPERO* (*International prospective register of systematic reviews*), sob o registro CRD42018110544, disponível no endereço [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42018110544](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018110544).

## 7.7 SÍNTESE DE RESULTADOS

A correlação dos dados das variáveis em estudo foi avaliada nos seguintes subgrupos: escala de espiritualidade ou religiosidade, idade, país do estudo e características da população (saúdáveis, ou em sofrimento físico e/ou mental, ou vulneráveis), identificados nos artigos originais e combinados na metanálise. A análise foi realizada na amostra total (NOS > 5) avaliando a correlação entre E/R e resiliência e, após, a correlação nos subgrupos. Outra análise foi realizada com os artigos de maior qualidade (NOS > 7) avaliando apenas a correlação E/R e resiliência. Foi utilizado o programa *Review Manager*, versão 3.6.1, meta pacote (versão

4.95). A metanálise de correlação foi calculada com base nos efeitos fixos e aleatórios (sendo este utilizado para apresentação dos resultados), usando a transformação Z das correlações de Fisher. Para a combinação das regressões, foi aplicado o método de ponderação de variância inversa. A heterogeneidade foi medida pela estatística  $I^2$ . A análise da heterogeneidade entre os grupos foi realizada com base na estatística Q. O nível de confiança utilizado foi de 95%, e o nível de significância foi de 5%.

## 8 RESULTADOS

A revisão de literatura revelou 2.468 artigos científicos que tratavam do tema espiritualidade/religiosidade e resiliência. Por meio de busca em literatura cinza, banco de teses e revisão de referências, foram identificados mais 10 trabalhos que compuseram o fluxo de busca, sendo 5 artigos científicos publicados e 5 teses de dissertação (4 doutorados e 1 mestrado). Assim, de um total de 2.478 artigos avaliados pelos dois pesquisadores da revisão, após primeira análise, foram excluídos 2.403 estudos que não preenchiam os critérios de inclusão propostos, conforme leitura do título e resumo do trabalho. Destes, 75 trabalhos passaram pela avaliação na íntegra do conteúdo, sendo as dúvidas restantes esclarecidas por discussão conjunta e, quando ainda não sanadas, avaliadas por um terceiro revisor. Nessa fase da pesquisa, foram excluídos 34 artigos que não estavam de acordo com os critérios elaborados, sendo os principais motivos: não apresentar escala de espiritualidade ou resiliência validadas ou não correlacionar diretamente as variáveis em estudo (não apresentavam o valor da correlação) (Quadro 3). Assim, os 41 estudos restantes foram submetidos à análise de qualidade (risco de viés), conforme descrito, utilizando o ponto de corte de 5 pontos ou mais, ou seja, estudos satisfatórios e bons (não foi identificado estudo com qualidade muito boa nos artigos finais, segundo o NOS). O resultado final da busca consta de 34 artigos publicados entre 2007 e 2019, compondo uma amostra de 6.653 pessoas. Os procedimentos de inclusão e exclusão estão descritos no diagrama de fluxo na Figura 1.

Os artigos incluídos na análise final têm representatividade em quatro continentes (exceto África), sendo 3 estudos do Brasil e 9 do Iran (país com maior representatividade). A síntese dos resultados está listada na Tabela 2. Os 34 artigos finais geraram 44 associações, conforme subdivisões das escalas de Espiritualidade/Religiosidade ou diferentes grupos no mesmo trabalho (controle vs. doentes). Destes, 4 estudos (Barreto, Medeiros, Mosqueiro e Burnet) apresentaram resultados em escala de E/R com dimensões distintas, gerando mais dados por estudos. Outros dois estudos (Jones, 2017, e Mizzuno, 2016) utilizaram mais de um grupo de análise. Todos os demais trabalhos informaram uma única associação entre E/R e resiliência. Na análise descritiva, dos 44 dados de associação utilizados na metanálise final, 31 foram gerados por escalas que mediram espiritualidade (70,4%) e 13 por escalas que aferiram grau de religiosidade. Outros dados de maior representatividade na amostra foram: América Latina (22,7%) e Oriente Médio (20,4%); pessoas em sofrimento (72,7%) e adultos saudáveis (79,5%). Em relação à qualidade dos estudos, 7 dos 34 (20,5%) foram considerados estudos de alta qualidade (NOS > 7).

Apenas dois estudos apresentaram correlação negativa entre espiritualidade/religiosidade e resiliência (Bhattarai, 2018, e Medeiros-a). O resultado da metanálise incluindo todos os estudos com avaliação de qualidade maior do que 5 (NOS > 5) indicou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre espiritualidade/religiosidade e resiliência ( $r = 0.4$  [IC 95% 0.32; 0.48],  $p < 0.01$ ). No entanto, o grau de heterogeneidade nessa amostra foi elevado ( $I^2 = 93\%$ ) (Figura 2). Os artigos com qualidade maior do que 7 (estudos bons pelos critérios do NOS) representaram 7 artigos do total incluso na análise final. A metanálise desses dados também indicou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre espiritualidade/religiosidade e resiliência ( $r = 0.37$  [IC95% 0.23; 0.49],  $p < 0.01$ ). A heterogeneidade nesta amostra de maior qualidade foi discretamente menor ( $I^2 = 87\%$ ) (Figura 3).

O resultado da análise do subgrupo de estudos que usaram escalas medindo espiritualidade e dos que usaram escalas medindo religiosidade apresentou resultado estatisticamente diferente entre si e maior a favor da correlação espiritualidade e resiliência (espiritualidade =  $0.46$  [0.37; 0.54] e religiosidade =  $0.24$  [0.11; 0.37]) (Figura 4). A associação encontrada entre espiritualidade e resiliência manteve-se inalterada ao excluir escalas de resiliência que continham elementos de E/R como parâmetros de medida. A análise dos países em que o estudo foi realizado apresentou diferenças, sendo a correlação mais fraca nas Américas, moderada na Europa, Oriente Médio e Ásia e moderada/forte na Oceania (apenas 1 estudo) (Figura 5). A análise de subgrupos idades (Figura 6) e população saudável *versus* em sofrimento (Figura 7) não apresentou diferenças.

Conforme revisão da literatura e metanálise descritos na dissertação, a hipótese 1 sobre a associação objetiva entre E/R e resiliência foi confirmada, indicando uma correlação moderada entre as variáveis. A hipótese 2 sobre espiritualidade como um fator de fortalecimento da resiliência também foi confirmada a partir da informação disponível sobre o tema na literatura e, principalmente, de estudos que testaram essa hipótese por meio de ensaio clínico randomizado,(80) conforme destacado pela revisão Cochrane.(66) Outros estudos de similar qualidade também avaliaram a hipótese de espiritualidade como fator promotor de resiliência,(125,126) porém não apresentaram resultados estatisticamente significativos para esse desfecho, mas sim para outros, como diminuição do estresse e da ansiedade e aumento do bem-estar.

## 9 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nesta revisão mostraram uma correlação moderada entre E/R e resiliência, e esses achados foram mantidos mesmo quando apenas estudos de alta qualidade foram incluídos na metanálise. Além disso, as subanálises revelaram que as medidas de espiritualidade parecem estar mais fortemente correlacionadas do que as medidas de religiosidade. O entendimento dessa associação pode ajudar pesquisadores, profissionais de saúde e administradores a desenvolverem estratégias preventivas para estimular a resiliência de seus pacientes e a projetar estudos futuros nessa área.

Muitos estudos avaliaram essa associação. Fangauf(127) avaliou 343 pessoas de 3 etnias diferentes, mostrando uma correlação entre E/R e resiliência de 0,53. Na China, Han e colaboradores(128) mediram essa associação em 898 voluntários Qiang após o terremoto de 2008, encontrando uma correlação de 0,4 (moderada). Nos EUA, Howel,(129) avaliando 321 estudantes vítimas de violência infantil, encontrou uma correlação entre E/R e resiliência de 0,38. Mesmo com diversos estudos disponíveis na literatura, até o momento, não foram identificadas revisões sistemáticas sobre o tema. O resultado da presente metanálise de revisão sistemática, indicando uma correlação moderada entre E/R e resiliência, que permaneceu mesmo nos estudos de mais alta qualidade, apoia a hipótese de uma potencial implicação clínica desses dados.

Embora os mecanismos dessa associação não estejam elucidados, ela pode ser explicada, ao menos em parte, pela existência de fatores comuns subjacentes à resiliência e à E/R, como otimismo, emoções positivas, apoio social e busca de significado e propósito. Além disso, o processo de transformação que pode ocorrer após eventos traumáticos/sofrimento, o crescimento pós-traumático, também está vinculado a ambos os conceitos.(93) Com base nessas considerações, fica mais claro como a espiritualidade, como força interior, e a resiliência podem ser entendidas como conceitos entrelaçados, embora distintos.(88) Apesar da associação existente, espiritualidade e resiliência são conceitos diferentes, cada um com sua própria característica. Smith e colaboradores(86) apresentaram que E/R pode aumentar a resiliência de pelo menos quatro maneiras: por meio de relacionamentos, valores da vida, significado pessoal e enfrentamento, concluindo que existem mais formas plausíveis de que a espiritualidade possa influenciar a resiliência e as emoções positivas do que o contrário. Assim, indivíduos resilientes podem ter baixa E/R, no entanto, pessoas com elevada E/R provavelmente serão resilientes.

A elevada heterogeneidade nas análises deve-se a aglomeração de estudos observacionais que já apresentam um grau de heterogeneidade de base, somado aos diferentes

instrumentos de aferição das variáveis E/R e resiliência, diferentes populações (culturas), idades e situações de saúde. Por esse motivo, foi utilizado o modelo aleatório (random effects model) para análise dos dados. A heterogeneidade estatística encontrada faz com que tenhamos que interpretar os resultados com cautela, mas não diminui a relevância da associação encontrada.

Em nossa subanálise, houve uma diferença significativa em favor de uma associação mais forte entre espiritualidade e resiliência do que religiosidade e resiliência. Como a literatura aponta o significado e o propósito como um dos componentes mais importantes do fortalecimento da resiliência,(86) o que, em geral, também é medido em escalas que abordam a espiritualidade, pode-se, ao menos em parte, explicar esse resultado. A religiosidade pode oferecer mais apoio social, a espiritualidade pode estar mais relacionada a fatores intrínsecos relacionados ao significado, por exemplo, mas todos estes se correlacionam com a resiliência. Os estudos que investigam a espiritualidade e a religiosidade geralmente não medem ou diferenciam com precisão as duas dimensões, sendo difícil obter uma imagem clara das complexas maneiras pelas quais a religião e a espiritualidade, individualmente, podem estar relacionadas à resiliência. Também deve-se considerar a heterogeneidade dos conceitos e medidas de espiritualidade (em comparação à religiosidade) o que dificulta precisar correlações. Porém, não há evidências suficientes de que o componente espiritual se sobreponha ao religioso. Um estudo recente aponta o contrário. As pessoas com níveis de religiosidade maiores apresentaram melhores desfechos de saúde, quando comparadas as que apresentavam apenas maiores níveis de espiritualidade.(130) Além disso, nesta revisão, a comparação entre as diferentes escalas acontece em populações distintas, devendo este fato ser considerado na avaliação do resultado, sendo necessários mais estudos para elucidar tais interações.

Estudos de muitos países de diferentes regiões, representando quase todos os continentes (exceto África), compuseram a presente revisão. Em todas as subanálises geográficas, foram mantidos os resultados favoráveis da relação entre E/R e resiliência, compondo a representatividade do tema e dos resultados.

A comparação entre idades não mostrou diferenças, o que mantém a situação anterior da literatura sobre o desfecho, que aponta essa variável como controversa no item resiliência.(61) No entanto, alguns estudos mostram aumento da resiliência com a idade. Uma metanálise que avaliou fatores de resiliência e saúde mental, com uma amostra de mais de 68.000 participantes, encontrou maior resiliência no grupo adulto em comparação à criança e ao adolescente.(71) É possível que memórias de experiências de vida contribuam para fortalecer a resiliência com a idade. O agrupamento de estudos desenvolvidos com populações saudáveis não mostrou diferença para correlação E/R e resiliência com aquele nas populações em

sofrimento (por doenças físicas, mentais ou vulneráveis). Cogitou-se, a partir de teorias que sugerem que a resiliência é maior entre as populações com maior risco de sofrer estresse ou trauma,(131) que a associação entre E/R e resiliência fosse maior no grupo em sofrimento, pois, de acordo com a revisão da literatura, resiliência se expressa nas adversidades. Assim, os dados apresentados nesta revisão, que incluíram estudos em que escalas de resiliência foram aplicadas a populações saudáveis, como estudantes, corroboram a hipótese de que os níveis de E/R se correlacionam com a resiliência igualmente na população geral e na população em sofrimento.

A resiliência é um recurso para lidar com as adversidades, o que aumenta a qualidade de vida e diminui as chances de adoecer. O fortalecimento da resiliência é uma estratégia que está sendo incorporada hoje a vários programas de saúde.(132) Uma melhor compreensão dos fatores que impulsionam a resiliência é importante para otimizar os recursos. As intervenções espirituais apontam resultados promissores,(80) mas ainda existem muitas limitações nos dados.(133)

As pessoas vivenciam a dimensão espiritual diariamente, e esta pode ser um recurso no enfrentamento dos problemas. Pargament(134) argumentou que as crenças espirituais são centrais para as preocupações de muitas pessoas e, como tal, a espiritualidade deve ser integrada ou explicada na terapia. Moberg(135) também observa pesquisas mostrando os benefícios de demonstrar explicitamente a atenção a questões espirituais nos cuidados clínicos. Além disso, as conclusões desta revisão sistemática apontam para espiritualidade como um dos caminhos para fortalecimento da resiliência, corroborando estudos que sugerem intervenções de resiliência direcionadas a atender às necessidades espirituais das pessoas.(136)

O tradicional enfoque biomédico centrado nos déficits e nas patologias, segundo Langer,(137) negligencia as forças salutogênicas de que as pessoas podem dispor. Estimular a resiliência, mobilizando recursos espirituais próprios, pode ser uma estratégia complementar custo-efetiva. Ao contrário de muitos outros recursos de enfrentamento, a religião está disponível para qualquer pessoa a qualquer momento, independentemente das circunstâncias financeiras, sociais, físicas, psíquicas.(33)

Além disso, as estratégias para melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar devem basear-se em intervenções nas quais o significado e a paz possam ser abordados e alcançados, independentemente de religião, crenças, práticas e experiências espirituais.(32) Como as práticas e crenças religiosas e espirituais são diversas e geralmente específicas de um indivíduo, as intervenções de espiritualidade precisam ser culturalmente apropriadas para serem inclusivas. Portanto, um fator crítico ao considerar como melhorar a aptidão espiritual é a adequação e a competência cultural – isto é, reconhecer a diversidade de crenças e,

consequentemente, projetar esforços para promover a resiliência.(136) O estímulo da autonomia foi um ponto ressaltado. Essa visão valoriza as intervenções como ferramentas para ampliar a capacidade dos indivíduos de enfrentar as adversidades e conflitos inerentes à sua existência,(138) podendo diminuir o uso da alopatia e mesmo a consequente sensação subjetiva de dependência. Destaca-se o papel das habilidades de comunicação,(139) com foco na pessoa,(140) para alcançar esse objetivo, uma vez que a relação do profissional com as pessoas é parte integrante do próprio processo terapêutico vivenciado por ambos.

Os achados sobre a associação E/R e resiliência permitem a hipótese de que abordagens terapêuticas com foco na espiritualidade poderiam resultar em fortalecimento da resiliência. São necessários estudos de intervenção, como Ensaios Clínicos Aleatorizados, para avaliar práticas terapêuticas de orientação espiritual visando a esse desfecho.

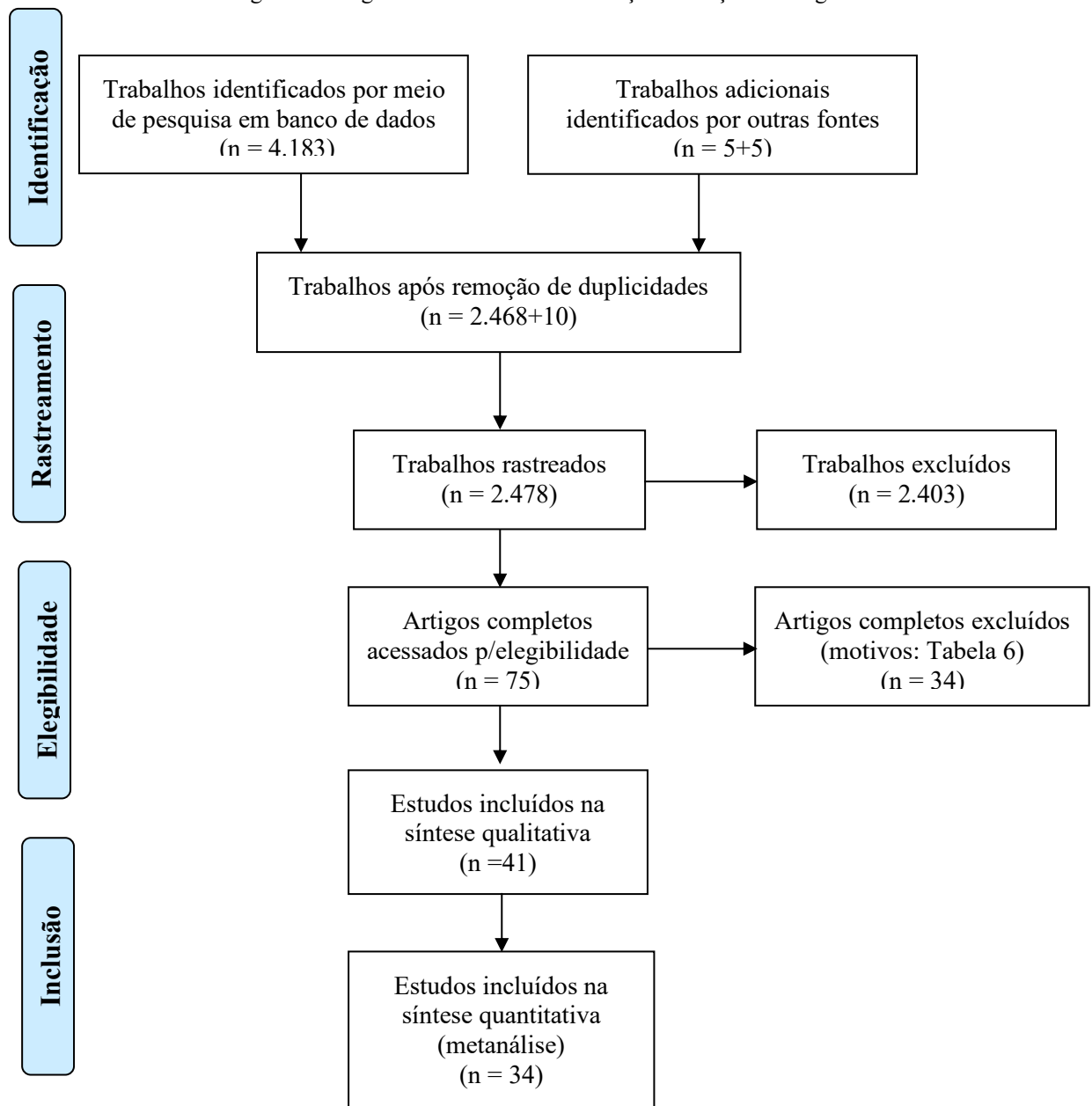
## 10 CONCLUSÃO

Como consequência para a conduta em saúde, o presente estudo confirma o grande volume de pesquisas que apontam para a necessidade de que, em sua prática clínica, os profissionais de saúde apreciem positivamente a espiritualidade e a religiosidade das pessoas, pois são fatores promotores de resiliência. Como consequência para a pesquisa em saúde, possibilita a hipótese de que mobilizar os recursos intrínsecos das pessoas, tratando da dimensão espiritual inata no ser humano, frente às situações de sofrimento, pode fortalecer a resiliência, seja pelo estímulo dos fatores da resiliência ou pela resignificação do sofrimento (ou do próprio “eu” frente ao sofrimento), estimulando a autonomia e a responsabilização pela saúde. Estudos de intervenção são necessários para avaliar adequadamente o papel da espiritualidade na promoção da resiliência.

## **11 FINANCIAMENTO**

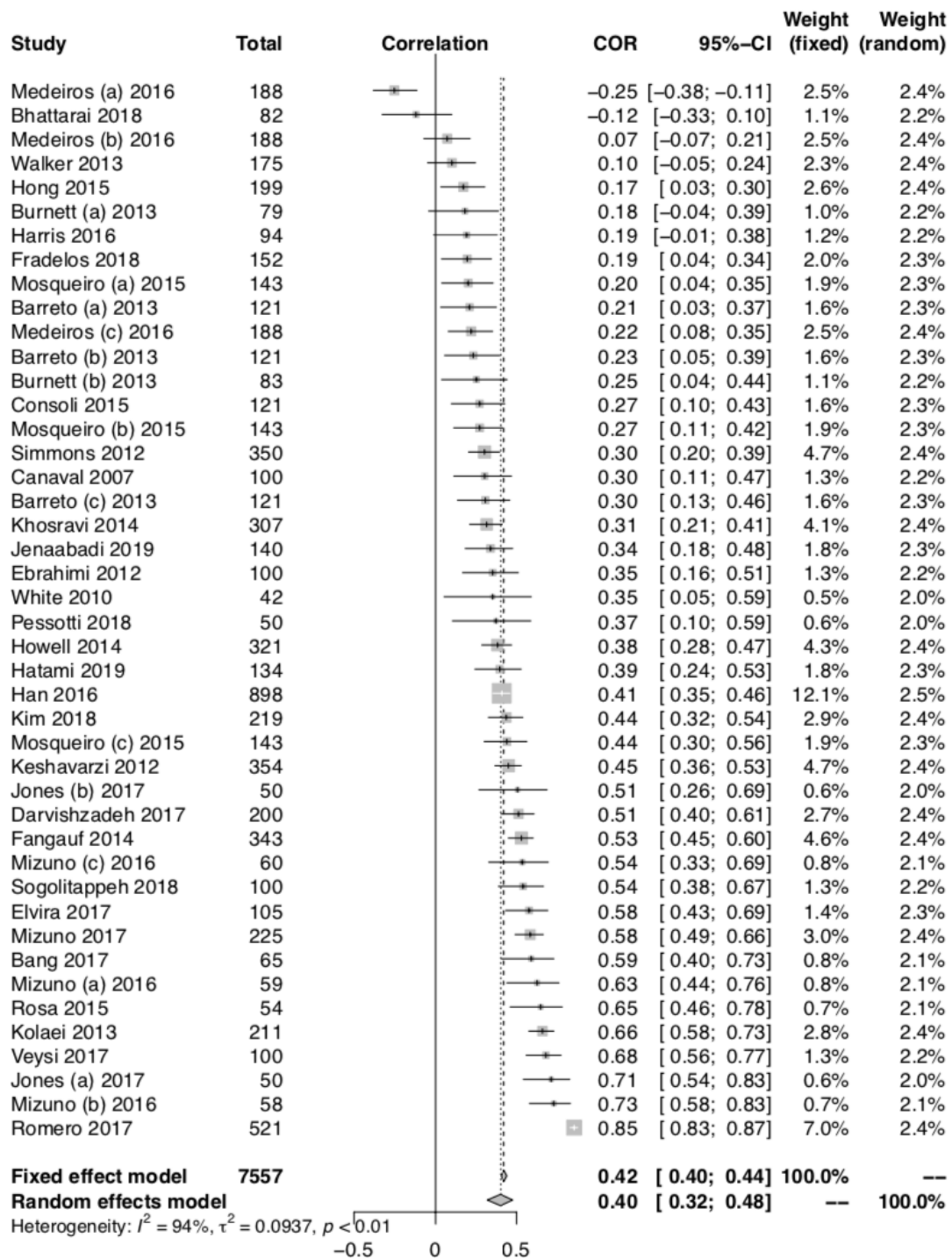
Este estudo faz parte das atividades do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola do Grupo Hospitalar Conceição, não tendo fontes externas de financiamento.

Figura 1– Diagrama de fluxo da identificação à seleção de artigos



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

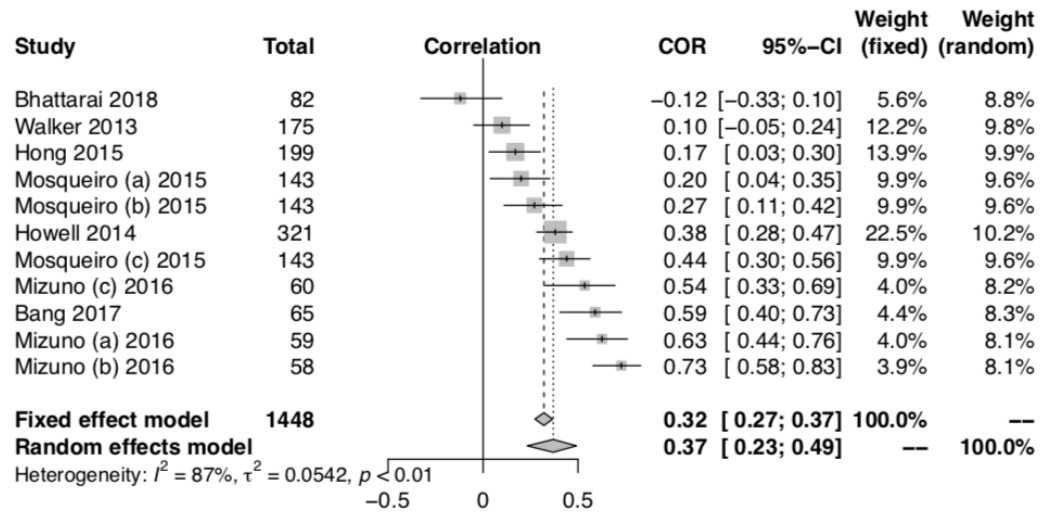
Figura 2 – Forest Plot demonstrando o resultado geral da metanálise para a correlação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência (NOS > 5)



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correção.

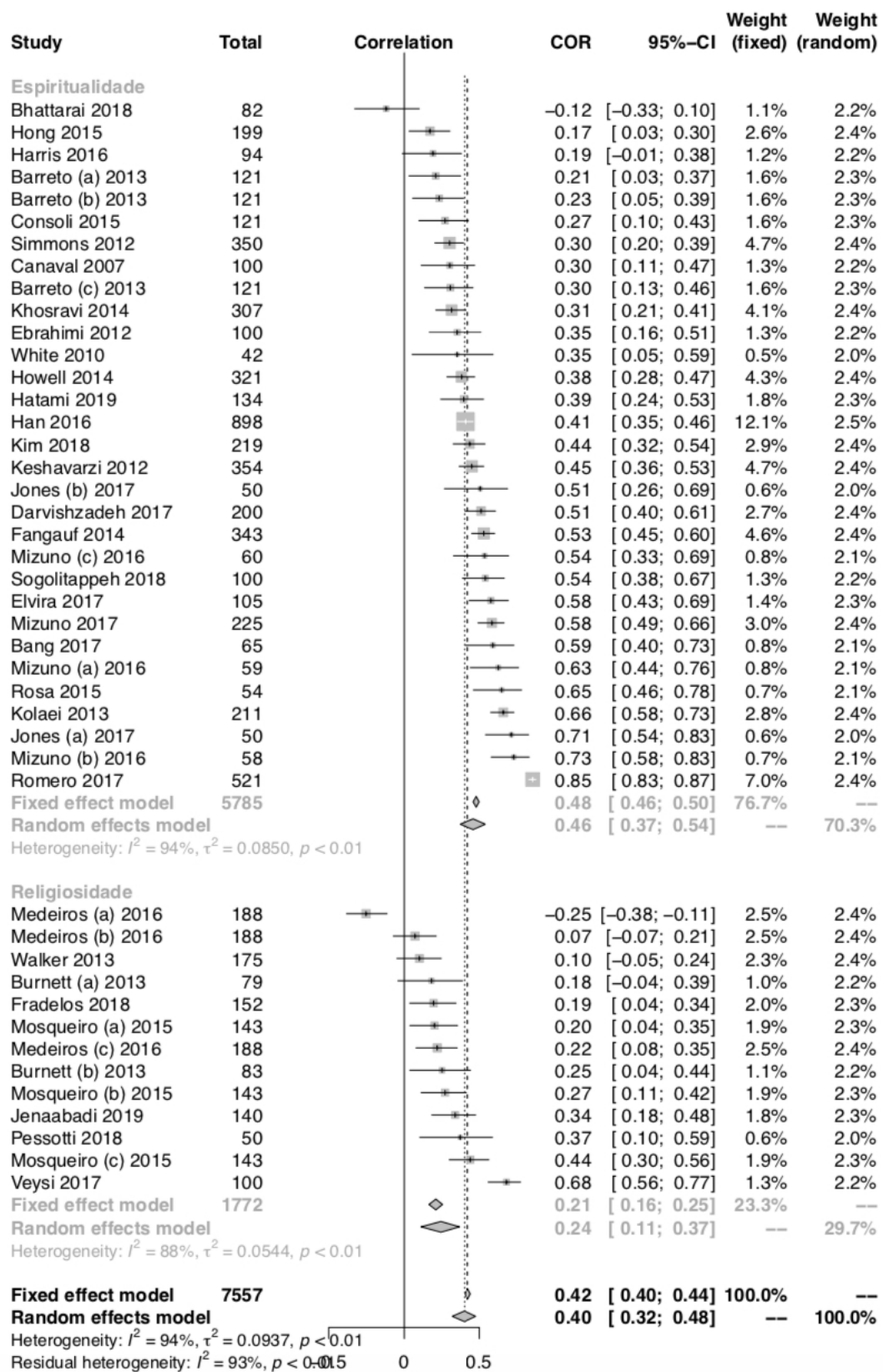
Figura 3 – Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência nos estudos de maior qualidade (NOS > 7)



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correção.

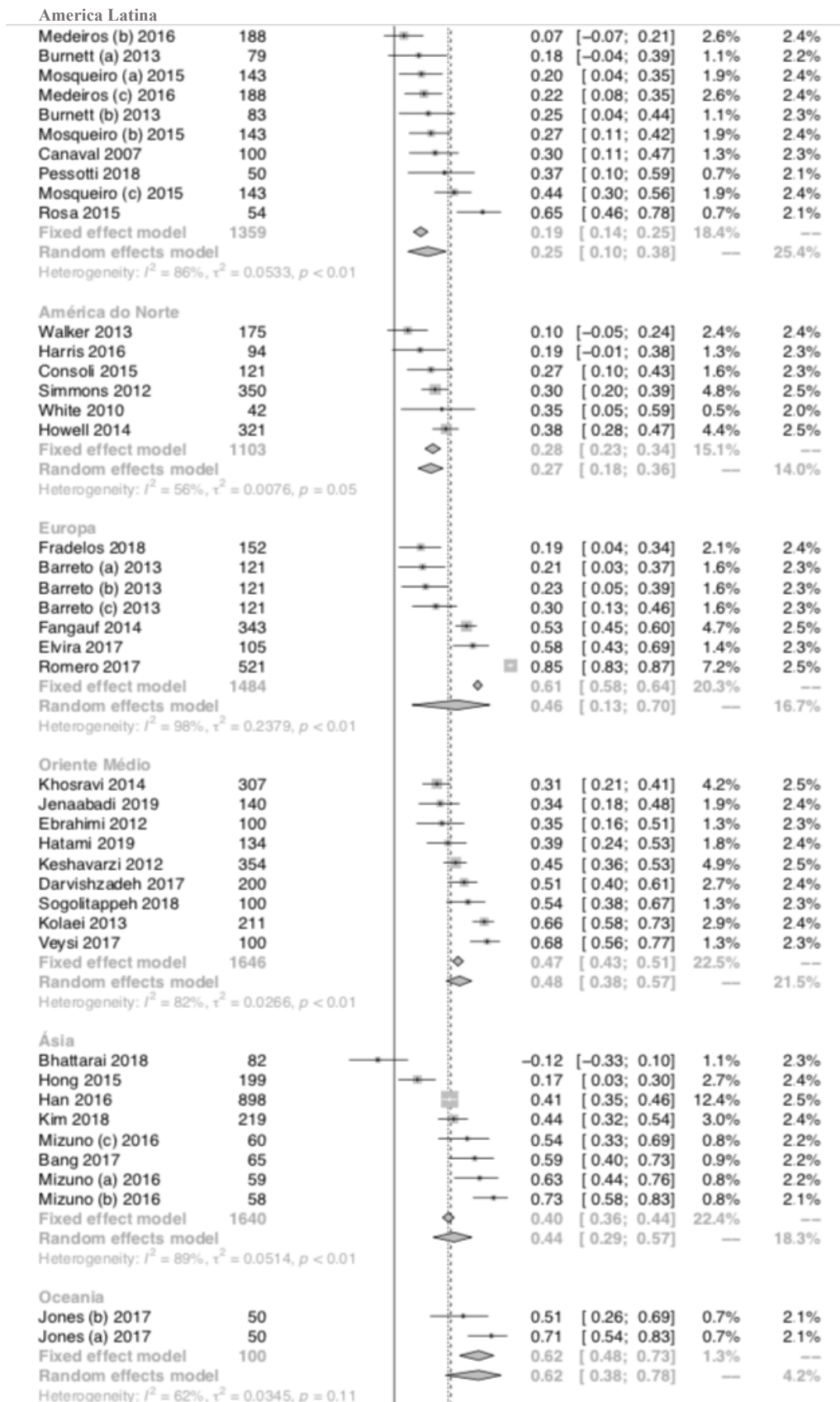
Figura 4 – Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre as diferentes escalas de espiritualidade/religiosidade e resiliência nos estudos gerais (NOS > 5)



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correlação.

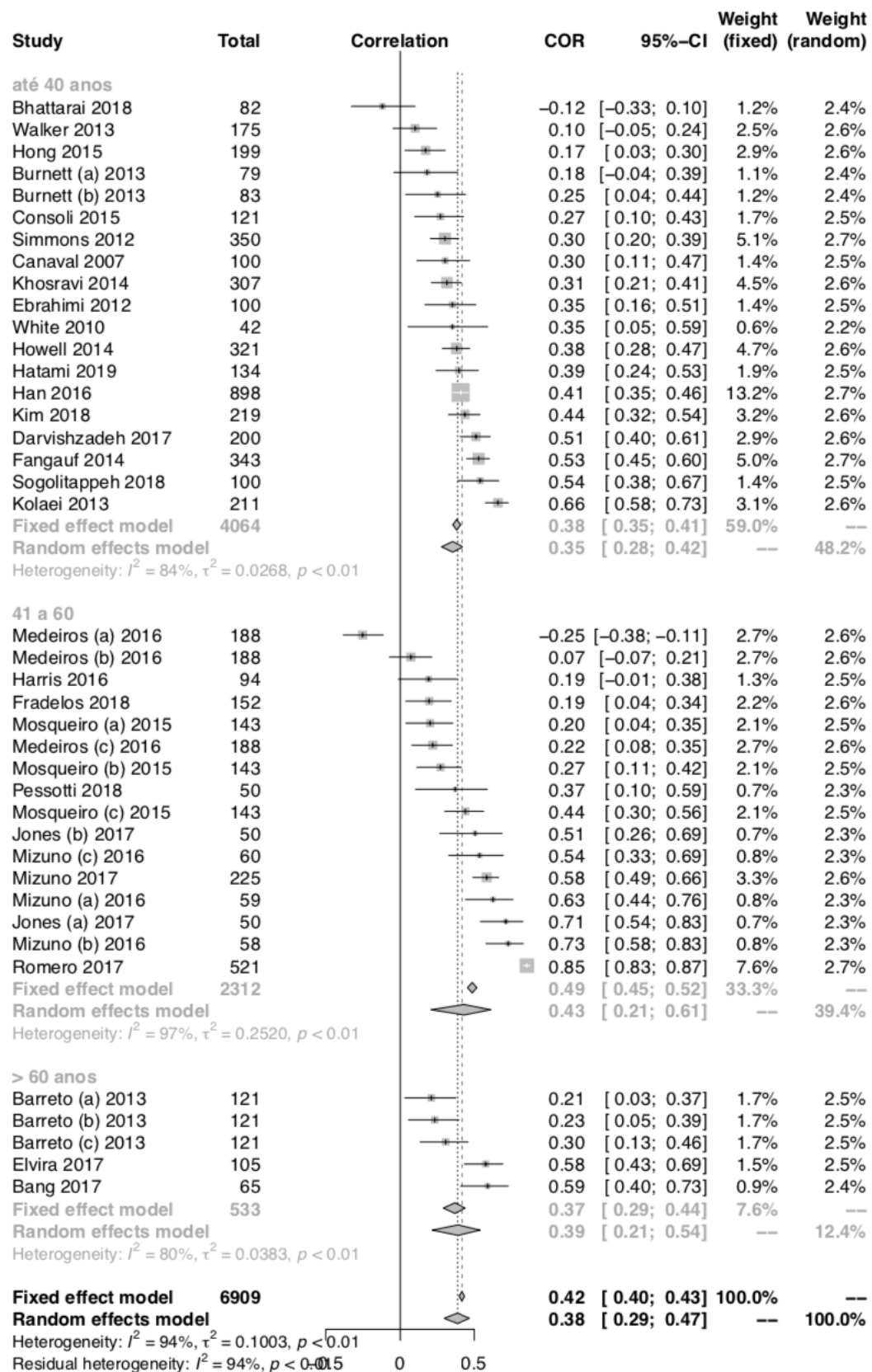
Figura 5 – Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência conforme o local da população do estudo (NOS > 5)



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correção.

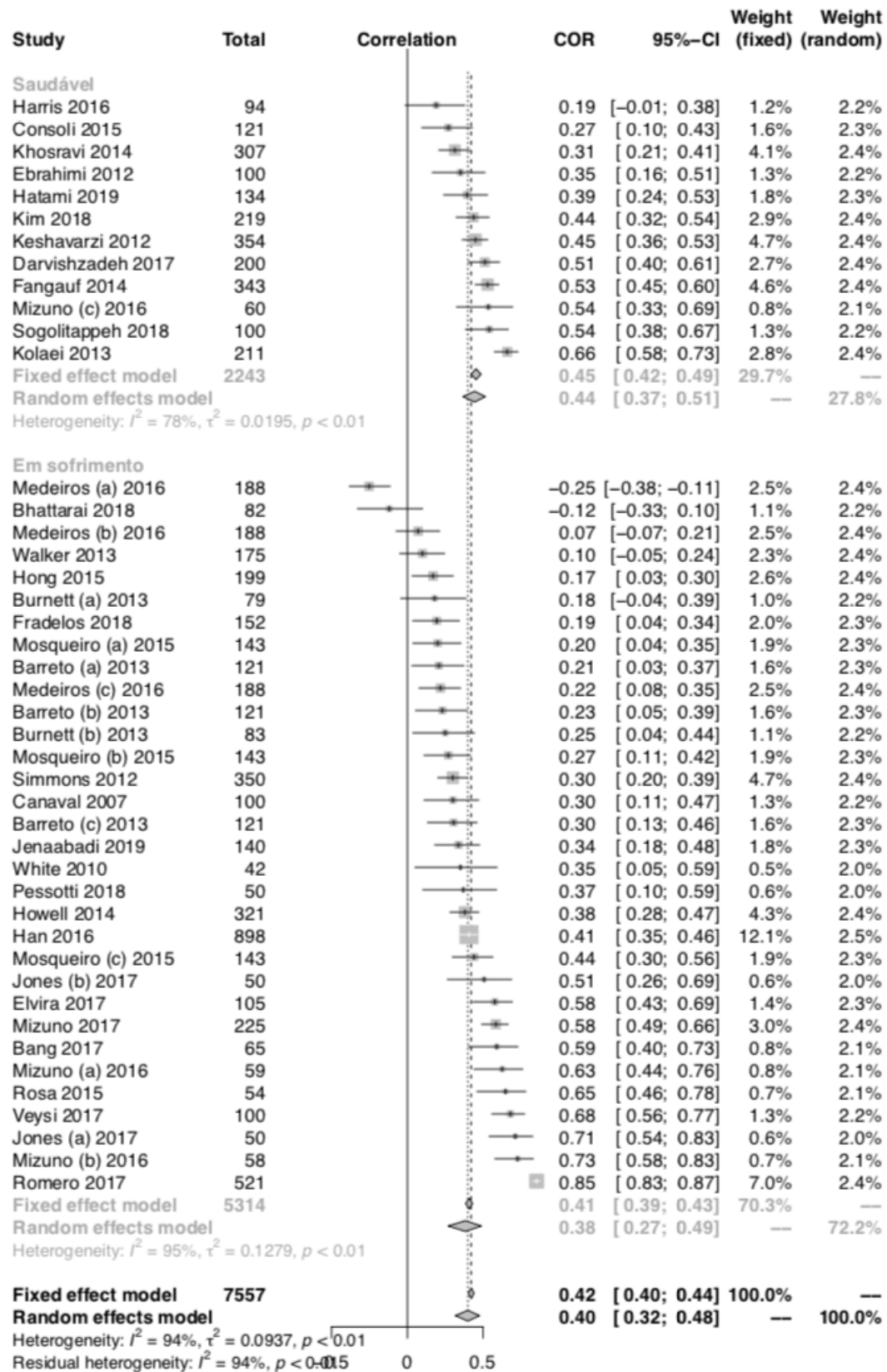
Figura 6 – Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre Espiritualidade/Religiosidade e Resiliência de acordo com a média das idades nos estudos (NOS > 5).



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correção.

Figura 7 – Forest Plot demonstrando o resultado da metanálise para a correlação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência nos grupos saudável e em sofrimento (NOS > 5)



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Obs.: Os resultados no lado direito do gráfico indicam os efeitos a favor da correção.

Tabela 1 – Base de dados e estratégias de busca

| Base de dados  | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Resultados |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| PUBMED         | ((("Religion"[Mesh] OR Religious Beliefs OR Beliefs, Religious OR Religious Belief OR Prayer* OR Religio* OR "Religion and Psychology"[Mesh] OR Psychology, Religion OR Religion, Psychology OR Psychology and Religion OR "Religion and Medicine"[Mesh] OR Medicine and Religion OR "Spirituality"[Mesh] OR Spiritual*)) AND ("Resilience, Psychological"[Mesh] OR Psychological Resilience OR Psychological Resiliences OR Resiliences, Psychological OR Resilienc* OR Resilient*))                                                         | 826        |
| EMBASE         | ('religion'/exp OR religio*) OR (religious AND belief* OR prayer*) OR spiritual* AND [embase]/lim AND ('psychological resilience'/exp OR 'psychological resilience') OR (resilienc* OR resilient*) AND [embase]/lim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 731        |
| WEB OF SCIENCE | Tópico: (Religio* OR Religious Belief* OR Prayer* OR "Religion and Psychology" OR "Religion and Medicine" OR Spiritual*) AND Tópico : (Psychological Resilience* OR Resilienc* OR Resilient*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1.332      |
| SCOPUS         | ( TITLE-ABS-KEY ( ( religio* OR religious AND belief* OR prayer* OR "Religion and Psychology" OR "Religion and Medicine" OR spiritual* ) ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( ( psychological AND resilience* OR resilienc* OR resilient* ) ) )                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 377        |
| PSYCINFO       | ((((MeSH: (Religion))) OR ((MeSH: (Religion)) AND (MeSH: (Psychology))) OR ((MeSH: (Religion)) AND (MeSH: (Medicine))) OR ((MeSH: (Spirituality))) OR (((Index Terms: (Religious Belief*)) OR (Index Terms: (Prayer*)) OR (Index Terms: (Religio*)) OR (Index Terms: (Spiritual*)))) AND ((MeSH: (Resilience Psychological)) OR (Index Terms: (Psychological Resilience)) OR Index Terms: (Resilienc*) OR Index Terms: (Resilient*)) OR (Index Terms: (Psychological Resilience)) OR Index Terms: (Resilienc*) OR Index Terms: (Resilient*))) | 422        |
| CINAHL         | MH religion OR MH ( religion and psychology ) OR MH ( religion and medicine ) OR MH spirituality OR AB ( Religious Belief OR Prayer* OR Religio* OR Spiritual* ) OR TI ( Religious Belief OR Prayer* OR Religio* OR Spiritual* ) AND AB ( resilience psychological OR Resilienc* OR Resilient* ) OR TI ( resilience psychological OR OR Resilienc* OR Resilient* )                                                                                                                                                                            | 454        |
| LILACS         | (religião OR religiosidade OR oração OR espiritualidade OR espiritual)(resiliência OR resiliente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 41         |

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Data de acesso em: 29.04.2019.

Tabela 2 – Extração e síntese de dados

| <b>Autor/Ano</b>   | <b>População do estudo</b>                | <b>N.</b> | <b>Escala Resiliência</b>      | <b>Escala Espiritualidade/Religiosidade</b> | <b>Local</b> | <b>Correção</b> | <b>Valor P</b> |
|--------------------|-------------------------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| Medeiros (a) 2016  | Hemodiálise                               | 188       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | -0.253          | < 0,001        |
| Bhattarai 2018     | Lesão medular                             | 82        | CD-RISC                        | Esp. Intrínseca (ISS)                       | Nepal        | -0.12           | NS             |
| Medeiros (b) 2016  | Hemodiálise                               | 188       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0.071           | NS             |
| Walker 2013        | População negra gay, lésbica ou bissexual | 175       | Wagnild e Young                | Santa Clara (SCSOF)                         | EUA          | 0.1             | NS             |
| Hong 2015          | Adolescentes com leucemia                 | 199       | Haase (coreano)                | Perspectiva espiritual de REED              | Korea        | 0.17            | 0,016          |
| Burnett (a) 2013   | Estudantes universitários                 | 79        | Wagnild e Young                | Escala Orientação Religiosa (ROS)           | Haiti        | 0.18            | NS             |
| Harris 2016        | População geral                           | 94        | Neill's                        | Perspectiva espiritual de REED              | EUA          | 0.19            | NS             |
| Fradelos 2018      | Câncer mama                               | 152       | CD-RISC                        | Centralidade religiosa (CRS-15)             | Grécia       | 0.194           | < 0,05         |
| Mosqueiro (a) 2015 | Depressão                                 | 143       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0.2             | 0,02           |
| Barreto (a) 2013   | Cuidados paliativos                       | 121       | Escala Breve Coping Resiliente | Questionário GES                            | Espanha      | 0.208           | < 0,05         |
| Medeiros (c) 2016  | Hemodiálise                               | 188       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0.218           | 0,002          |
| Barreto (b) 2013   | Cuidados paliativos                       | 121       | Escala Breve Coping Resiliente | Questionário GES                            | Espanha      | 0.231           | < 0,05         |
| Burnett (b) 2013   | Estudantes universitários                 | 79        | Wagnild e Young                | Escala Orientação Religiosa (ROS)           | Haiti        | 0.25            | 0,03           |
| Consoli 2015       | Estudantes latinos                        | 121       | CD-RISC                        | Transcendência Espiritual (STS)             | EUA          | 0.27            | < 0,01         |
| Mosqueiro (b) 2015 | Depressão                                 | 143       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0,27            | 0,02           |

| <b>Autor/Ano</b>   | <b>População do estudo</b>                    | <b>N.</b> | <b>Escala Resiliência</b>      | <b>Escala Espiritualidade/Religiosidade</b> | <b>Local</b> | <b>Correção</b> | <b>Valor P</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| Simmons 2012       | Oficiais e suboficiais alistados              | 350       | CD-RISC                        | Experiências espirituais diárias (DSES)     | EUA          | 0.3             | < 0,001        |
| Canaval 2007       | Mulheres maltratadas                          | 100       | Wagnild e Young                | Perspectiva espiritual (REED)               | Colômbia     | 0.301           | 0,004          |
| Barreto (c) 2013   | Cuidados paliativos                           | 121       | Escala Breve Coping Resiliente | Questionário GES                            | Espanha      | 0.305           | < 0,01         |
| Khosravi 2014      | Estudantes universitários                     | 307       | CD-RISC                        | Inventário inteligência espiritual (SISRI)  | Irã          | 0.313           | <= 0,01        |
| Jenaabadi 2019     | Hemodiálise                                   | 140       | CD-RISC                        | Questionário de confiança em Deus           | Irã          | 0.337           | 0,01           |
| Ebrahimi 2012      | Estudantes universitários                     | 100       | CD-RISC                        | Inteligência espiritual de Abdollah-Zadeh   | Irã          | 0.35            | < 0,01         |
| White 2010         | Trauma raquimedular                           | 42        | CD-RISC                        | Espiritualidade intrínseca (ISS)            | EUA          | 0.35            | < 0,05         |
| Pessotti 2018      | Cuidadores pacientes com demência             | 50        | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0.37            | < 0,05         |
| Howell 2014        | Estudantes que sofreram violência na infância | 321       | CD-RISC                        | Experiências espirituais diárias (DSES)     | EUA          | 0.38            | < 0,01         |
| Hatami 2019        | Mulheres grávidas                             | 134       | CD-RISC                        | Inteligência espiritual de King             | Irã          | 0.394           | < 0,05         |
| Han 2016           | Etnia Qiang após terremoto 2008               | 898       | CD-RISC                        | Crenças espirituais (SBQ)                   | China        | 0.407           | < 0,01         |
| Kim 2018           | Estudantes universitários                     | 219       | CD-RISC                        | Bem-estar e espiritual (SWB)                | Korea        | 0.437           | < 0,001        |
| Mosqueiro (c) 2015 | Depressão                                     | 143       | Wagnild e Young                | DUREL                                       | Brasil       | 0.44            | < 0,001        |
| Keshavarzi 2012    | Estudantes pós-graduados                      | 354       | Res. para adultos (Hjemdal)    | Inteligência espiritual de King             | Irã          | 0.45            | = 0,001        |

| Autor/Ano         | População do estudo                     | N.  | Escala Resiliência                    | Escala Espiritualidade/Religiosidade       | Local             | Correção | Valor P |
|-------------------|-----------------------------------------|-----|---------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|----------|---------|
| Jones (b) 2017    | Familiares de pacientes com TRM         | 50  | CD-RISC                               | FACIT-Sp                                   | Austrália         | 0.51     | < 0,01  |
| Darvishzadeh 2017 | Mulheres estudantes no curso superior   | 200 | Wagnild e Young                       | Inteligência Espiritual<br>(Abdollahzadeh) | Irã               | 0.512    | < 0,001 |
| Fangauf 2014      | Pop. geral de 3 etnias diferentes       | 343 | Wagnild e Young                       | Atitude e envolvimento espiritual (SAIL)   | Holanda           | 0.53     | < 0,01  |
| Mizuno (c) 2016   | Controle                                | 60  | Wagnild e Young                       | FACIT-Sp                                   | Japão             | 0.535    | < 0,001 |
| Sogolitapheh 2018 | Estudantes universitários               | 100 | CD-RISC                               | Inteligência espiritual de King            | Irã               | 0.54     | < 0,05  |
| Elvira 2017       | Cuidados paliativos                     | 105 | Escala breve <i>coping resiliente</i> | Questionário GES                           | Espanha           | 0,577    | < 0,01  |
| Mizuno 2017       | THB e esquizofrenia paranoide           | 225 | Wagnild e Young                       | FACIT-Sp                                   | Áustria/<br>Japão | 0.584    | < 0,001 |
| Bang 2017         | Idosos com câncer gástrico              | 65  | CD-RISC                               | Bem-estar espiritual (SWB)                 | Korea             | 0.59     | < 0,001 |
| Mizuno (a) 2016   | Esquizofrenia                           | 59  | Wagnild e Young                       | FACIT-Sp                                   | Japão             | 0.626    | < 0,001 |
| Rosa 2015         | Mulheres vítimas de violência doméstica | 54  | Wagnild e Young                       | Escala espiritualidade (SIWB)              | EUA               | 0.648    | < 0,001 |
| Kolaei 2013       | Gestantes                               | 211 | CD-RISC                               | Inteligência espiritual de King            | Irã               | 0.659    | < 0,001 |
| Veysi 2017        | Mãe de crianças com retardo mental      | 100 | CD-RISC                               | Busca Religiosa de Allport                 | Irã               | 0.68     | 0,001   |
| Jones (a) 2017    | Trauma raquimedular                     | 50  | CD-RISC                               | FACIT-Sp                                   | Austrália         | 0.712    | < 0,01  |
| Mizuno (b) 2016   | THB                                     | 58  | Wagnild e Young                       | FACIT-Sp                                   | Japão             | 0.728    | < 0,001 |
| Romero 2017       | Pacientes oncológicos                   | 521 | Wagnild e Young                       | Teste espiritualidade de Parsian e Dunning | Espanha           | 0.853    | < 0,001 |

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Tabela 3 – Escore de risco de viés dos estudos da revisão sistemática (Newcastle-Ottawa Scale – NOS)

| <b>Autor/Ano</b>      | <b>Seleção (5*)</b> | <b>Comparatibilidade(2*)</b> | <b>Desfecho(3*)</b> | <b>Total</b> |
|-----------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|--------------|
| Bang, 2017            | ****                | **                           | **                  | 8            |
| Hong, 2015            | ****                | **                           | **                  | 8            |
| Bhattarai, 2018       | ****                | **                           | **                  | 8            |
| Mizuno, 2016          | ****                | **                           | **                  | 8            |
| Howell, 2014          | ***                 | **                           | **                  | 7            |
| Mosqueiro, 2015       | ***                 | **                           | **                  | 7            |
| Walker, 2013          | ***                 | **                           | **                  | 7            |
| Sogolitappeh, 2018    | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Kolaei, 2013          | ****                |                              | **                  | 6            |
| Fradelos, 2018        | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Kim, 2018             | **                  | **                           | **                  | 6            |
| Mizuno, 2017          | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Han, 2016             | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Jenaabadi, 2019       | ****                |                              | **                  | 6            |
| Canaval, 2007         | ****                | *                            | *                   | 6            |
| Keshavarzi, 2012      | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Darvishzadeh, 2017    | ****                |                              | **                  | 6            |
| Consoli, 2015         | **                  | **                           | **                  | 6            |
| Romero, 2017          | ***                 | *                            | **                  | 6            |
| Khosravi, 2014        | ****                |                              | **                  | 6            |
| Simmons, 2012         | ****                |                              | **                  | 6            |
| Jones, 2017           | ****                |                              | **                  | 6            |
| Pessotti, 2018        | **                  | *                            | **                  | 5            |
| Hatami, 2019          | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Medeiros, 2017        | ***                 |                              | **                  | 5            |
| White, 2010           | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Barreto, 2015         | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Veysi, 2017           | ***                 | *                            | *                   | 5            |
| Rosa, 2015            | **                  | *                            | **                  | 5            |
| Ebrahimi, 2012        | ***                 | *                            | *                   | 5            |
| Redondo-Elvira, 2017  | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Burnett, 2013         | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Harris, 2016          | ***                 |                              | **                  | 5            |
| Fangaut, 2014         | **                  | *                            | **                  | 5            |
| Keshtegar, 2015       | ***                 |                              | *                   | 4            |
| Partovi, 2016         | ***                 |                              | *                   | 4            |
| Siddiq, 2018          | **                  |                              | **                  | 4            |
| Jaramillo-Vélez, 2005 | ***                 |                              | *                   | 4            |
| Shahbakhsh, 2013      | ***                 |                              | *                   | 4            |
| Javanmard, 2013       | ***                 |                              | *                   | 4            |
| Mehrinejad, 2015      | ***                 |                              | *                   | 4            |

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Quadro 2 – PRISMA checklist

| Seção/tópico                 | N. | Item do <i>checklist</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Relatado na página nº |
|------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>TÍTULO</b>                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| Título                       | 1  | Identifique o artigo como uma revisão sistemática, metanálise ou ambos.                                                                                                                                                                                                                                                           | 74                    |
| <b>RESUMO</b>                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| Resumo estruturado           | 2  | Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática. | 4                     |
| <b>INTRODUÇÃO</b>            |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| Racional                     | 3  | Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.                                                                                                                                                                                                                                                            | 29                    |
| Objetivos                    | 4  | Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, a intervenções, a comparações, a resultados e a desenho de estudo (PICOS).                                                                                                                                                          | 35                    |
| <b>MÉTODOS</b>               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| Protocolo e registro         | 5  | Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (p. ex., endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.                                                                                                                          | 37                    |
| Critérios de elegibilidade   | 6  | Especifique características do estudo (p. ex., PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (p. ex., anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.                                                                                               | 36                    |
| Fontes de informação         | 7  | Descreva todas as fontes de informação na busca (p. ex., base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.                                                                                                                                              | 35                    |
| Busca                        | 8  | Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.                                                                                                                                                                          | 54                    |
| Seleção dos estudos          | 9  | Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).                                                                                                                                                                   | 36                    |
| Processo de coleta de dados  | 10 | Descreva o método de extração de dados dos artigos (p. ex., formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.                                                                                                                                          | 36                    |
| Lista dos dados              | 11 | Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (p. ex., PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.                                                                                                                                                                                | 55                    |
| Risco de viés em cada estudo | 12 | Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.                                                                                                                 | 37                    |
| Medidas de sumarização       | 13 | Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (p. ex., risco relativo, diferença média).                                                                                                                                                                                                                             | 37                    |

| Seção/tópico                      | N. | Item do <i>checklist</i>                                                                                                                                                                                                                                     | Relatado na página nº |
|-----------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Síntese dos resultados            | 14 | Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (p. ex., $I^2$ ) para cada meta-análise.                                                                                   | 37                    |
| Risco de viés entre estudos       | 15 | Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (p. ex., viés de publicação, relato seletivo nos estudos).                                                                                                      | 37                    |
| Análises adicionais               | 16 | Descreva métodos de análise adicional (p. ex., análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.                                                                                    | 37,38                 |
| <b>RESULTADOS</b>                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |
| Seleção de estudos                | 17 | Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.                                                                         | 39                    |
| Características dos estudos       | 18 | Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (p. ex., tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.                                                                                                   | 39                    |
| Risco de viés em cada estudo      | 19 | Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).                                                                                                                                         | 39                    |
| Resultados de estudos individuais | 20 | Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta. | 39                    |
| Síntese dos resultados            | 21 | Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.                                                                                                                                              | 40                    |
| Risco de viés entre estudos       | 22 | Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).                                                                                                                                                                           | 39,40                 |
| Análises adicionais               | 23 | Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (p. ex., análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).                                                                                                                    | 39,40                 |
| <b>DISCUSSÃO</b>                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |
| Sumário da evidência              | 24 | Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (p. ex., profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).                                                    | 41                    |
| Limitações                        | 25 | Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (p. ex., risco de viés) e no nível da revisão (p. ex., obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).                                                                              | 41,42,43              |
| Conclusões                        | 26 | Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.                                                                                                                                        | 45                    |
| <b>FINANCIAMENTO</b>              |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |
| Financiamento                     | 27 | Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (p. ex., suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.                                                                                                 | 46                    |

Fonte: *PRISMA Statement*.

Quadro 3 - Estudos excluídos na fase de elegibilidade

| <b>Autores (ano da publicação)</b>                                           | <b>Título</b>                                                                                                                                               | <b>Periódico</b>                         | <b>Motivo para exclusão</b>                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Fombuena, Miguel Galiana, Laura Barreto, Pilar et al (2015)                  | Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience and social network                                                  | Journal of Health Psychology             | Dados duplicados                                                     |
| Vahia, Ipsit V Depp, Colin A Palmer, Barton W et al. (2011)                  | Correlates of spirituality in older women                                                                                                                   | Aging & Mental Health                    | Escala espiritualidade não validada                                  |
| Coates, E E Phares, V Dedrick, R F (2013)                                    | Psychometric properties of the connor-davidson resilience scale 10 among low-income, African American Men                                                   | Psychological Assessment                 | Escala espiritualidade não validada                                  |
| Wilks, Scott E Spurlock, Wanda R Brown, Sandra C et al. (2018)               | Examining spiritual support among African American and Caucasian Alzheimer's caregivers: A risk and resilience study.                                       | Geriatric Nursing                        | Não correlaciona variáveis diretamente, apenas análise multivariável |
| Carneiro, Élide Mara Navinchandra, Satyaki Afonso Vento, Lorene et al (2018) | Religiousness/Spirituality, Resilience and Burnout in Employees of a Public Hospital in Brazil.                                                             | Religion and Health                      | Não correlaciona variáveis diretamente, apenas subitens da escala    |
| Cherry, Katie E Sampson, Laura Galea, Sandro et al. (2018)                   | Spirituality, Humor, and Resilience After Natural and Technological Disasters.                                                                              | Journal of Nursing Scholarship           | Não correlaciona variáveis diretamente, apenas análise multivariável |
| Smith, B W Tooley, E M Christopher, P J et al. (2010)                        | Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource?                                                                        | The Journal of Positive Psychology       | Escala espiritualidade não validada                                  |
| Brown, Jennifer Silva (2017)                                                 | Predicting connectedness with nature among survivors of the Joplin Tornado.                                                                                 | Ecopsychology                            | Escala espiritualidade não validada                                  |
| Yu, B Marquine, M J Moore, R C et al. (2018)                                 | The impact of social support and spirituality on the association between stressful life events and resilience among older hispanics and non-hispanic whites | American Journal of Geriatric Psychiatry | Artigo completo não encontrado                                       |
| Womble, Melissa N Labbe, Elise E Cochran, C Ryan (2013)                      | Spirituality and personality: understanding their relationship to health resilience.                                                                        | Psychological reports                    | Escala espiritualidade não validada                                  |
| Ozawa, C Suzuki, T Mizuno, Y et al. (2017)                                   | Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study                                                   | Comprehensive Psychiatry                 | Não correlaciona variáveis diretamente, apenas análise multivariável |

| Autores (ano da publicação)                                      | Título                                                                                                                                                                              | Periódico                                             | Motivo para exclusão                                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Quiceno, Japcy Margarita<br>Vinaccia, Stefano (2013)             | Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide | Psicol. Caribe                                        | Não fornece valores de correlação direta das variáveis |
| Hanfstingl, B (2013)                                             | Ego and spiritual transcendence: Relevance to psychological resilience and the role of age                                                                                          | Evidence-based Complementary and Alternative Medicine | Escala espiritualidade não validada                    |
| Vinaccia, Stefano<br>Quiceno, Japcy M (2011)                     | Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC                                                | Ter. psicol.                                          | Não correlaciona espiritualidade e resiliência         |
| Hackbarth, Maria Pavkov, Thomas Wetchler, Joseph (2012)          | Natural disasters: an assessment of family resiliency following Hurricane Katrina.                                                                                                  | Journal of marital and family therapy                 | Não utiliza escala de resiliência                      |
| Narayanan, Annalakshmi Jose, Tony P (2011)                       | Spiritual intelligence and resilience among Christian youth in Kerala.                                                                                                              | Journal of the Indian Academy of Applied Psychology   | Artigo completo não encontrado                         |
| Baron, L Eisman, H Scuella, M et al (1996)                       | Stress resilience, locus of control, and religion in children of Holocaust victims.                                                                                                 | The Journal of psychology                             | Não utiliza escala de resiliência                      |
| Ghoshal, Mnayitre Mehrotra, Sakshi (2017)                        | Maternal spiritual health as a predictor of psychological well-being and resilience of her young adult offspring.                                                                   | Mental Health, Religion & Culture                     | Não correlaciona as variáveis na mesma amostra         |
| Beauvais, Audrey M Stewart, Julie G DeNisco, Susan et al. (2014) | Factors related to academic success among nursing students: a descriptive correlational research study.                                                                             | Nurse education today                                 | Não correlaciona as variáveis na amostra               |
| Min, Jung-Ah Jung, Young-Eun Kim, Dai-Jin (2013)                 | Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders.                                                                                | Qual Life Res                                         | Não correlaciona diretamente as variáveis              |
| Bell, Hope Jacobson, Lameria Zeligman, Melissa et al. (2015)     | The role of religious coping and resilience in individuals with dissociative identity disorder.                                                                                     | Counseling and Values                                 | Avalia <i>coping</i> religioso, e não espiritualidade  |
| Anderson, Kim M Renner, Lynette M Danis, Fran S (2012)           | Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence.                                                                                                              | Violence against women                                | Não utiliza escala de espiritualidade                  |
| Connor, K M Davidson, J R T Lee, L C (2003)                      | Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: A Community Survey                                                                                              | Journal of Traumatic Stress                           | Não correlaciona diretamente as variáveis              |

| <b>Autores (ano da publicação)</b>                                 | <b>Título</b>                                                                                                                                                                                                     | <b>Periódico</b>                                       | <b>Motivo para exclusão</b>                                          |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| McGinnis, D (2018)                                                 | Resilience, Life Events, and Well-Being During Midlife: Examining Resilience Subgroups                                                                                                                            | Journal of Adult Development                           | Não utiliza escala espiritualidade/ religiosidade                    |
| Vinaccia, S<br>Quiceno, J M<br>Remor, E (2012)                     | Resilience, illness perception of disease, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the health-related quality of life in chronic colombian patients                                                 | Anales De Psicologia                                   | Não correlaciona diretamente as variáveis                            |
| AP, Greeff<br>C, Du Toit<br>Greeff, A et al. (2009)                | Resilience in remarried families.                                                                                                                                                                                 | American Journal of Family Therapy                     | Não utiliza medida direta de resiliência nem espiritualidade         |
| Aloba, Olutayo<br>Olubisi, Oluseyi<br>Aloba, Tolulope (2016)       | The 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale: Factorial Structure, Reliability, Validity, and Correlates Among Student Nurses in Southwestern Nigeria.                                                            | Journal of the American Psychiatric Nurses Association | Estudo de validação de escala                                        |
| Smith, Laura Bailey<br>Lenz, A Stephen<br>Strohmer, Douglas (2017) | Differential prediction of resilience among individuals with and without a history of abuse.                                                                                                                      | Counseling and Values                                  | Não fornece dado da correlação direta das variáveis                  |
| Ghoshal, Mnayitre<br>Mehrotra, Sakshi (2017)                       | Maternal spiritual health as a predictor of psychological well-being and resilience of her young adult offspring.                                                                                                 | Mental Health, Religion & Culture                      | Não correlaciona as variáveis na mesma amostra                       |
| Hackbarth, Maria<br>Pavkov, Thomas<br>Wetchler, Joseph (2012)      | Natural disasters: an assessment of family resiliency following Hurricane Katrina.                                                                                                                                | Journal of marital and family therapy                  | Utiliza medidas indiretas de resiliência                             |
| Robb, S L<br>Burns, D S<br>Stegenga, K A (2014)                    | Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant: A report from the Children's Oncology Group  | Cancer                                                 | Não correlaciona as variáveis diretamente                            |
| Ocampo, J<br>Valdez-Medina, J L<br>González-Arratia, N I (2011)    | Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama                                                                                                                          | Revista Argentina de Clinica Psicologica               | Não correlaciona as variáveis diretamente                            |
| Rigi, Ali Sharif<br>Bassaknezad, Soodabeh (2018)                   | The role of Emotional Maturity, Ego-resiliency and Spiritual Intelligence in the Prediction of Adjustment to College with Control of Cognitive Flexibility in Nursing and Midwifery Students of Ahvaz Jundishapur | Qom Univ Med Sci                                       | Não correlaciona variáveis diretamente, apenas análise multivariável |
| Lopes, Katia (2014)                                                | O Bem-Estar Espiritual e Resiliência em doentes oncológicos                                                                                                                                                       | Dissertação de Mestrado                                | Não correlaciona E/R diretamente, apenas subitens da escala          |

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

## REFERÊNCIAS

1. RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. Capítulo 9. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. 2018.
2. MERHY, E. E. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. ISBN: 85-271-0580-2
3. KOENIG, H.; McCULLOUGH, M. E.; DB, L. **Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed**. 2001.
4. LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica : o que o clínico deve saber ? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.
5. PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. **J Palliat Med**, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.
6. BENITO, E.; BARBERO, J.; DONES. M. **Espiritualidad en Clínica**. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. v. 6. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. 2014. p. 1-289.
7. PUCHALSKI, C; LARSON, D. **Developing Curricula in Spirituality and Medicine**. 1998.
8. ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **Int J Nurs Stud**, v. 32, n. 5, p. 457-68, 1995.
9. STAUNER, N.; EXLINE, J.; PARGAMENT, K. Religious and Spiritual Struggles as Concerns for Health and Well-Being Conflitos Religiosos / Espirituais como Questões para a Saúde e o Bem-Estar. **Horizonte Relig Heal**, v. 14, n. 41, p. 48-75, 2016.
10. ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. **Am Fam Physician**, v. 63, p. 81-9, 2001.
11. VANDERWEELE, T. J.; BALBONI, T. A.; KOH, H. K. Health and spirituality. **JAMA - J Am Med Assoc**, v. 318, n. 6, p. 519-20, 2017.
12. KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. 2nd ed. New York, NY, US: Oxford University Press, 2012. 1169p.
13. COBB, M. R.; PUCHALSKI, C. M.; RUMBOLD, B. **Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare**. 2012.

14. KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, n. 278730, p. 1-33, Dec 2012.
15. SCHUSTER, M. A. et al. A national survey of stress reactions after the september 11, 2001, terrorist attacks. **N Engl J Med**, v. 345, n. 20, p. 1507-12, Nov 2001.
16. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). **Int J Psychiatry Med**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
17. DAMIANO, R. F. et al. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health.” **Rev Psiquiatr Clin**, v. 43, n. 1, p. 11-6, 2016.
18. LI, S. et al. Association of religious service attendance with mortality among Women. **JAMA Intern Med**, v. 176, n. 6, p. 777-85, 2016.
19. COHEN, R.; BAVISHI, C.; ROZANSKI, A. Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. **Psychosom Med**, v. 78, n. 2, p. 122-33, 2016.
20. LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 28, n. 1, p. 103-28, 2013.
21. PHAM, T. V. et al. Spirituality, Coping, and Resilience Among Rural Residents Living with Chronic Kidney Disease. **J Relig Health**, [Internet], n. 0123456789, 2019. Available from: [http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00892-w?utm\\_source=researcher\\_app&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=MKEF\\_USG\\_Researcher\\_inbound](http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00892-w?utm_source=researcher_app&utm_medium=referral&utm_campaign=MKEF_USG_Researcher_inbound).
22. TEPPER, L. et al. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. **Psychiatr Serv**, v. 52, n. 5, p. 660-5, 2001.
23. BRAAM, A. W.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. **J Affect Disord**, [Internet], v. 257, n. April, p. 428-38, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>.
24. REDONDO-ELVIRA, T.; IBANEZ-DEL-PRADO, C.; BARBAS-ABAD, S. Spiritually resilient. Relationship between spirituality and resilience in palliative care. **Clin Y Salud**, v. 28, n. 3, p. 117-21, 2017.
25. BARRETO, P. et al. Emotional and spiritual well-being at the end of life. **Med Paliativa**, [Internet], v. 22, n. 1, p. 25-32, 2015. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52561199>.
26. BAYÉS, R. Morir en paz: Evaluación de los factores implicados. **Med Clin (Barc)**, [Internet], v. 122, n. 14, p. 539–41, 2004. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74299-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74299-2).
27. BARBERO, J. **El Apoyo Espiritual en Cuidados Paliativos**. v. 263. Labor Hospitalaria. 2002. p. 5-24.

28. BALBONI, M.; PETEET, J. **Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice**. New York, NY: Oxford University Press, 2017.
29. STEINHORN, D. M.; DIN, J.; JOHNSON, A. Healing, spirituality and integrative medicine. **Ann Palliat Med**, v. 6, n. 3, p. 237-47, Jul 2017.
30. VANDERWEELE, T. J. **Religion and Health: A Synthesis**. In: *Spirituality and Religion within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice* New York, NY: Oxford University Press Religion. 2016. p. 1-39.
31. PERES, M. F. P. et al. Optimism, Pessimism, and Migraine: A Cross-Sectional, Population-Based Study. **Headache**, v. 59, n. 2, p. 205-14, 2019.
32. PERES, M. F. P. et al. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. **J Relig Health**. 2017.
33. KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. **Can J Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-91, 2009.
34. PARGAMENT, K. I. et al. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. **J Health Psychol**, v. 9, n. 6, p. 713-30, 2004.
35. RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Dev Psychopathol**, v. 24, n. 2, p. 335-44, 2012.
36. CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). **Depress Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.
37. GREENE, R. R.; GALAMBOS, C.; LEE, Y. **Resilience Theory**. v. 1359, n. November 2013, p. 37-41, 2008
38. FRASER, M.; GALINSKY, M.; RICHMAN, J. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework. **Soc Work Res**, v. 3, n. 23, p. 131-42, 1999.
39. MASTEN, A. S. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In: **Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects**. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1994. p. 3-25.
40. HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. M. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. **J Am Geriatr Soc**, v. 52, n. 2, p. 257-62, 2004.
41. WERMELINGER ÁVILA, M. P.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 32, n. 3, p. 237-46, 2017.
42. SIMÃO, M. J. P.; SALDANHA, V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade TT - Resilience and transpersonal psychology: enhancing values, action and spirituality. **Mundo Saúde**, (Impr) [Internet], v. 36, n. 2, p. 291-302, 2012. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/93/art04.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/93/art04.pdf).

43. MILAM, J. Posttraumatic Growth and HIV Disease Progression. **J Consult Clin Psychol**, v. 74, n. 5, p. 817-27, 2006.
44. CALHOUN LAWRENCE, G.; TEDESCHI, R. G. **Handbook of posttraumatic growth research and practice**. Lawrence erlbaum associates. Publishers. London: 2006.
45. LEE, J. H. et al. Resilience: A meta-analytic approach. **J Couns Dev**, v. 91, n. 3, p. 269-79, 2013.
46. LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D.; BECKER, B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. **Child Dev**, v. 71, n. 3, p. 543-62, 2000.
47. GRAFTON, E.; GILLESPIE, B.; HENDERSON, S. Resilience: the power within. **Oncol Nurs Forum**, v. 37, n. 6, p. 698-705, Nov 2010.
48. EARVOLINO-RAMIREZ, M. Resilience: A Concept Analysis. **J Nurs**. 2007.
49. RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. **J Clin Psychol**, v. 58, n. 3, p. 307-21, 2002.
50. WAGNILD, G.; YOUNG, H. Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**, v. 1, n. 2, p. 165-78, 1993.
51. GILLESPIE, B. M.; CHABOYER, W.; WALLIS, M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. **Contemp Nurse**, v. 25, n. 1-2, p. 124-35, 2007.
52. MASTEN, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. **Am Psychol**, v. 56, n. 3, p. 227-38, 2001.
53. GREENE, R. R. et al. Holocaust survivors: three waves of resilience research. **J Evid Based Soc Work**, v. 9, n. 5, p. 481-97, 2012.
54. STEWART, D. E.; YUEN, T. A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. **Psychosomatics**, [Internet], v. 52, n. 3, p. 199-209, 2011. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L364687176>.
55. YI, J. P. et al. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol**, v. 13, n. Pt2, p. 311-25, 2008.
56. BRIX, C. et al. The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. **J Psychosom Res**, [Internet], v. 65, n. 6, p. 541-8, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.010>.
57. FRAIN, M. P. et al. Family resiliency, uncertainty, optimism, and the quality of life of individuals with HIV/AIDS. **Rehabil Couns Bull**, v. 52, n. 1, p. 16-27, 2008.

58. JOHNSTON-BROOKS, C. H.; LEWIS, M. A.; GARG, S. Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with Type I diabetes. **Psychosom Med**, v. 64, n. 1, p. 43-51, 2002.
59. WRIGHT, L. J.; ZAUTRA, A. J.; GOING, S. Adaptation to Early Knee Osteoarthritis: The Role of Risk, Resilience, and Disease Severity on Pain and Physical Functioning. **Ann Behav Med**, v. 36, n. 1, p. 70-80, 2008.
60. ARREBOLA-MORENO, A. L. et al. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. **Int J Clin Heal Psychol**, [Internet], v. 14, n. 2, p. 111-9, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70044-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70044-4).
61. GHANEI GHESHLAGH, R. et al. A Systematic Study of Resilience in Patients with Chronic Physical Diseases. **Nurs Midwifery Stud**, v. 6, n. 2, 2016.
62. CHAN, I. W. S.; LAI, J. C. L.; WONG, K. W. N. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. **Psychol Heal**, v. 21, n. 3, p. 335-49, 2006.
63. SCHUMACHER, A. et al. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 2, p. 487-93, 2014.
64. FARBER, E. W. et al. Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. **Psychosomatics**, v. 41, n. 2, p. 140-6, 2000.
65. MA, L. C. et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. **Sci World J**, 2013.
66. HELMREICH, I. et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults ( Protocol ). **Cochrane Database Syst Rev**, n. 2, 2017.
67. EICHER, M. et al. Resilience in adult cancer care: An integrative literature review. **Oncol Nurs Forum**, v. 42, n. 1, p. E3-16, 2015.
68. RUTTEN, B. P. F. et al. Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. **Acta Psychiatr Scand**, [Internet], v. 128, n. 1, p. 3-20, 2013. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52499116>.
69. ALBUQUERQUE, C. et al. Protective resilience factors in institutionalised portuguese adolescents. In: BEKIROGULLARI, Z.; MINAS, M. Y. editors. **5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology**. Coimbra, Portu: Elsevier Science Bv, 2015. p. 276-83. (Procedia Social and Behavioral Sciences; vol. 171).
70. KALISCH, R.; MÜLLER, M. B.; TÜSCHER, O. **Behavioral and Brain Sciences (forthcoming) A conceptual framework for the neurobiological study of resilience**. 2014. p. 1-2.

71. HU, T.; ZHANG, D.; WANG, J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. **Pers Individ Dif**, [Internet], v. 76, p. 18-27, 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>.
72. RO, S.; DEVAMANI, K. A Comparative Study on Resilience, Perceived Social Support and Hopelessness Among Cancer Patients Treated with Curative and Palliative Care. **Indian J Palliat Care**, p. 135-40, 2016.
73. SEILER, A.; JENEWEIN, J. Resilience in cancer patients. **Front Psychiatry**, v. 10, April 2019..
74. MANCINI, A. D.; GEORGE, A. Bonanno. Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. **J Pers**, v. 77, n. 6, p. 1805-32, 2009.
75. NEWMAN, R. APA's resilience initiative. **Prof Psychol Res Pract**, v. 36, n. 3, p. 227-9, 2005.
76. BECK, A. T. Thinking and Depression. **Arch Gen Psychiatry**, p. 561-71, 1964.
77. HJEMDAL, O. et al. Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 91-104, 2007.
78. ROBERTSON, I. T. et al. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. **J Occup Organ Psychol**, v. 88, n. 3, p. 533-62, 2015.
79. VANHOVE, A. J. et al. Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. **J Occup Organ Psychol**, v. 89, n. 2, p. 278-307, 2016.
80. SOOD, A. et al. Stress management and resilience training among department of medicine faculty: A pilot randomized clinical trial. **J Gen Intern Med**, v. 26, n. 8, p. 858-61, 2011.
81. LLOYD, M. Resilience promotion--its role in clinical medicine. **Aust Fam Physician**, v. 35, n. 1-2, p. 63-4, 2006.
82. MOLINA, Y. et al. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. **Clin J Oncol Nurs**, v. 18, n. 1, p. 93-101, 2014.
83. KASS, J. D. Person-Centered Spiritual Maturation: A Multidimensional Model. **J Humanist Psychol**, v. 55, n. 1, p. 53-76, 2014.
84. DE OLIVEIRA, J. A. C. et al. Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method. **J Relig Health**, v. 58, n. 1, p. 109-18, 2019.
85. RAFTOPOULOS, M.; BATES, G. "It's that knowing that you are not alone": the role of spirituality in adolescent resilience. **Int J Child Spiritual**, v. 16, n. 2, p. 151-67, 2011.

86. SMITH, B. W. et al. **Spirituality, Resilience, and Positive Emotions**. The Oxford handbook of psychology and spirituality. New York, NY, US: Oxford University Press, 2012. p. 437-54. (Oxford library of psychology.).
87. MANNING, L. K. Navigating hardships in old age: exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. **Qual Health Res**, v. 23, n. 4, p. 568-75, Apr 2013.
88. VIEIRA, S. P. Resiliência como força interna TT - Resilience as inner strength. **Rev Kairós**, [Internet], v. 13, n. 7 esp, p. 20-30, 2010. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3919/2559>.
89. HUNTER-HERNÁNDEZ, M. et al. Missed Opportunity: Spirituality as a Bridge to Resilience in Latinos with Cancer. **J Relig Health**, [Internet], v. 54, n. 6, p. 2367-75, Dec 2015. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84942503527&doi=10.1007%2Fs10943-015-0020-y&partnerID=40&md5=1502b0861f434754067fbff050c343cf>.
90. KASEN, S. et al. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. **Psychol Med**, v. 42, n. 3, p. 509-19, Mar 2012.
91. HODGES, P. J. The essence of life purpose. **Crit Care Nurs Q**, v. 32, n. 2, p. 163-70, 2009.
92. SCHAEFER, F. C.; BLAZER, D. G.; KOENIG, H. G. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. **Int J Psychiatry Med**, v. 38, n. 4, p. 507-24, 2008.
93. GALL, T. L.; CHARBONNEAU, C.; FLORACK, P. The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. **Psychol Heal**, v. 26, n. 3, p. 287-305, 2011.
94. CHOW, E. O. W.; NELSON-BECKER, H. Spiritual distress to spiritual transformation: Stroke survivor narratives from Hong Kong. **J Aging Stud**, v. 24, n. 4, p. 313-24, 2010.
95. OLSON, E. T. **The Relationship Between Spirituality, Resilience and Anxiety Among Baccalaureate Nursing Students**. Relatsh Between Spirituality, Resil Anxiety Among Baccalaureate Nurs Students [Internet]. 2018. 1. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=131792036&lang=pt-br&site=ehost-live>.
96. BEAUVAIS, A. M. et al. Factors related to academic success among nursing students: a descriptive correlational research study. **Nurse Educ Today**, v. 34, n. 6, p. 918-23, Jun 2014.
97. VAHIA, I. V. et al. Correlates of spirituality in older women. **Aging Ment Health**, v. 15, n. 1, p. 97-102, Jan 2011.
98. KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; TITUS, P. Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. **J Am Geriatr Soc**, v. 52, n. 4, p. 554-62, 2004.

99. FATONE, A. M. et al. Urban voices: The quality-of-life experience among women of color with breast cancer. **Palliat Support Care**, v. 5, n. 2, p. 115-25, 2007.
100. VINUEZA, M. A. A. The role of spirituality in building up the resilience of migrant children in Central America: bridging the gap between needs and responses. **Int J Child Spiritual**, v. 22, n. 1, p. 84-101, 2017.
101. WALSH, F. Spiritual diversity: multifaith perspectives in family therapy. **Fam Process**, v. 49, n. 3, p. 330-48, Sep 2010.
102. CHEQUINI, M. C. M. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. **Psicol Rev**, [Internet], v. 16, n. 1/2, p. 93-117, 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-658604>.
103. DUNCAN, G. Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say? **J Med Philos**, v. 25, n. 4, p. 485-513, 2000.
104. PUCHALSKI, C. M. et al. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. **Palliat Support Care**, v. 1, n. 1, p. 7-13, 2003.
105. HO, R. T. H.; SING, C. Y.; WONG, V. P. Y. Addressing holistic health and work empowerment through a body-mind-spirit intervention program among helping professionals in continuous education: A pilot study. **Soc Work Health Care**, v. 55, n. 10, p. 779-93, 2016.
106. TUCK, I.; ANDERSON, L. Forgiveness, flourishing, and resilience: the influences of expressions of spirituality on mental health recovery. **Issues Ment Health Nurs**, v. 35, n. 4, p. 277-82, Apr 2014.
107. GOUZMAN, J. et al. Resilience and Psychosocial Adjustment in Digestive System Cancer. **J Clin Psychol Med Settings**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2015.
108. RUINI, C.; VESCOVELLI, F.; ALBIERI, E. Post-traumatic growth in breast cancer survivors: New insights into its relationships with well-being and distress. **J Clin Psychol Med Settings**, v. 20, n. 3, p. 383-91, 2013.
109. GROTBORG, E. H. **La resiliencia en el mundo de hoy. The Resilience in Today's World: Como Superar Las Adversidades**. 2005.
110. PARGAMENT, K. I. **Religion and Coping: The Current State of Knowledge**. The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. 2012. p. 1-38.
111. HINTON, D. E.; KIRMAYER, L. J. The Flexibility Hypothesis of Healing. **Cult Med Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 3-34, Mar 2017.
112. FAULL, K.; HILLS, M. D. The role of the spiritual dimension of the self as the prime determinant of health. **Disabil Rehabil**, [Internet], v. 28, n. 11, p. 729-40, 2006. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L43753528>.

113. MASLOW, A. H. **Introdução à Psicologia do Ser**. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado Tijuca, s/d.
114. FRANKL, V. E. **Em Busca de Sentido Um Psicólogo no Campo de Concentração**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2010.
115. FRANKL, V. E. **Um Sentido para a Vida: Psicoterapia e Humanismo**. Aparecida, SP: Santuário. 2005.
116. DETHLEFSEN, D. T. **A Doença como Caminho**. v. V. 1993. p. 241-60
117. JOBST, K. A.; SHOSTAK, D.; WHITEHOUSE, P. J. Diseases of meaning, manifestations of health, and metaphor. **J Altern Complement Med**, v. 5, n. 6, p. 495-502, 1999
118. JUNG, C. G. **A Dinâmica do Inconsciente**. 1998.
119. KÜBLER-ROSS, E. **O Túnel e a Luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte**. 2003.
120. HEGEL, G. W. F. **Fenomenologia do Espírito - Parte I**. 2011.
121. SALDANHA, V. **Psicologia Transpessoal: abordagem integrativa: um conhecimento emergente em psicologia da consciência**. Ijuí: Editora Ijuí, 2008.
122. MODESTI, P. A. et al. Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 11, n. 1, p. e0147601, 2016.
123. HERZOG, R. et al. Are healthcare workers intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, 2013.
124. BRASIL. Ministério da Saúde. **Dretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília, DF: 2014.
125. SOOD, A. et al. Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among department of radiology faculty: A pilot randomized clinical trial. **Explor J Sci Heal**, [Internet], v. 10, n. 6, p. 358-63, 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2014.08.002>.
126. LOPRINZI, C. E. et al. Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. **Clin Breast Cancer**, [Internet], v. 11, n. 6, p. 364-8, 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.008>.
127. FANGAUF, S. V. **Spirituality and Resilience : New Insights Into Their Relation With Life Satisfaction and Depression**. 2014;135-50.

128. HAN, L.; BERRY, J. W.; ZHENG, Y. The relationship of acculturation strategies to resilience: The moderating impact of social support among qiang ethnicity following the 2008 Chinese earthquake. **PLoS One**, [Internet], v. 11, n. 10, 2016. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L612828913>.
129. HOWELL, K. H.; MILLER-GRAFF, L. E. Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. **Child Abuse Negl**, [Internet], v. 38, n. 12, p. 1985-94, 2014. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L600854973>.
130. VITORINO, L. M. et al. The association between spirituality and religiousness and mental health. **Sci Rep**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2018.
131. MANCINI, A. D.; BONANNO, G. A. Resilience to potential trauma: Toward a lifespan approach. In: **Handbook of Adult Resilience**. In J. W. R. New York, NY: Guilford Press, 2010. p. 258-80.
132. JOYCE, S. et al. Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. **BMJ Open**, v. 8, n. 6, p. 1-9, 2018.
133. LEPPIN, A. L. et al. The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. **PLoS One**, v. 9, n. 10, 2014.
134. PARGAMENT, K. I. **Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred**. New York City, New York, 2007.
135. MOBERG, D. O. Research in Spirituality, Religion, and Aging. **J Gerontol Soc Work**, [Internet], v. 4, n. 1, p. 11-40, 2005. [http://dx.doi.org/10.1300/J083v45n01\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J083v45n01_02).
136. YEUNG, D.; MARTIN, M. T. Spiritual Fitness and Resilience: A Review of Relevant Constructs, Measures, and Links to Well-Being. **Rand Heal Q**, v. 3, n. 4, p. 8, 2014.
137. LANGER, N. Resiliency and Spirituality: Foundations of Strengths Perspective Counseling with the Elderly. **Journal Educational Gerontology**, v. 30, n. 7, p. 611-7, 2004.
138. SORATTO, M. T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Saude e Pesquisa**, [Internet], v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n1p53-63>.
139. CARRIÓ, F. B. **Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
140. STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

## ANEXO A - NEWCASTLE-OTTAWA SCALE (NOS) ADAPTADA PARA ESTUDOS TRANSVERSAIS<sup>1</sup>

### SELEÇÃO: (Máximo 5 estrelas)

- 1- Representatividade da amostra:
  - a. Verdadeiramente representativo da média na população-alvo. \* (todos os sujeitos ou amostragem aleatória).
  - b. Um pouco representativo da média no grupo-alvo. \* (amostragem não aleatória).
  - c. Grupo selecionado de usuários.
  - d. Nenhuma descrição da estratégia de amostragem.
  
- 2- Tamanho da amostra:
  - a. Justificado e satisfatório. \*
  - b. Não justificado.
  
- 3- Não respondentes:
  - a. A comparabilidade entre as características dos respondentes e dos não respondentes é estabelecida e a taxa de resposta é satisfatória. \*
  - b. A taxa de resposta é insatisfatória ou a comparabilidade entre os entrevistados e os não respondentes é insatisfatória.
  - c. Nenhuma descrição da taxa de resposta ou das características dos respondedores e os não respondedores.
  
- 4- Determinação da exposição (fator de risco):
  - a. Ferramenta de medição validada. \*\*
  - b. Ferramenta de medição não validada, mas a ferramenta está disponível ou descrita.\*
  - c. Nenhuma descrição da ferramenta de medição.

### COMPARATIBILIDADE: (Máximo 2 estrelas)

- 1- Os sujeitos em diferentes grupos de resultados são comparáveis, com base no desenho do estudo ou análise. Fatores de confusão são controlados.
  - a. O estudo controla o fator mais importante (selecione um). \*
  - b. O controle do estudo para qualquer fator adicional. \*

### RESULTADO: (Máximo 3 estrelas)

- 1- Avaliação do resultado:
  - a. Avaliação cega independente. \*\*
  - b. Registro. \*\*
  - c. Autorrelato. \*
  - d. Sem descrição

- 2- Teste estatístico:
  - a. O teste estatístico usado para analisar os dados está claramente descrito e apropriado, e a medição da associação é apresentada, incluindo intervalos de confiança e o nível de probabilidade (valor de p). \*
  - b. O teste estatístico não é apropriado, não descrito ou incompleto.

### **Escore para estudos transversais:<sup>2</sup>**

Estudos muito bons: 9-10 pontos

Estudos bons: 7-8 pontos

Estudos satisfatórios: 5-6 pontos

Estudos insatisfatórios: 0 a 4 pontos

### **Referências:**

- 1- Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. Ethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(1):e0147601.
- 2- Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. BMC Public Health. 2013;13(1).