

Cuidados paliativos oncológicos e cuidado espiritual para mulheres no contexto hospitalar: *scoping review*

Palliative oncology care and spiritual care for women in the hospital context: *scoping review*

Atención oncológica paliativa y atención espiritual a la mujer en el contexto hospitalario: *scoping review*

Recebido: 30/08/2022 | Revisado: 18/09/2022 | Aceitado: 19/09/2022 | Publicado: 26/09/2022

Verônica Carneiro Ferrer

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5753-2348>
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil
veronicaferrer.to@gmail.com

Claudia Cardoso Gomes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6314-0711>
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
klaw.bsb@gmail.com

Aline Mizusaki Imoto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8318-4658>
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
alinem.imoto@gmail.com

Resumo

Objetivos: Identificar estudos que evidenciem abordagem da espiritualidade em cuidados paliativos em mulheres com câncer, realizadas por equipes multiprofissionais e/ou interdisciplinares em contexto hospitalar. **Método:** *Scoping Review* baseada nas recomendações do Joanna Briggs Institute e reportada pelo PRISMA-ScR *Extension for Scoping Review*. As buscas foram realizadas em seis bases de dados, a partir dos descritores: mulheres, neoplasias, espiritualidade, cuidados paliativos, equipe de assistência ao paciente e atenção terciária à saúde; sem restrições de idioma e ano de publicação. **Resultados:** Dos 801 artigos analisados 4 foram incluídos, publicados de 2014 a 2020. O total de participantes foi de 1.532, com 733 do sexo feminino e 433 do masculino. Só um estudo teve como participantes 366 cuidadores/familiares, sendo 62% do sexo feminino e 38% do masculino. Idade mínima variou entre 18 e 21 anos. **Conclusões:** Os resultados apontam que o foco das intervenções do Cuidado Espiritual (CE) em cuidados paliativos hospitalares foi a atenção direta ao paciente e seus cuidadores/familiares, tendo como ferramentas: avaliação das necessidades de cuidado; proposta/plano de cuidado; manejo de sintomas/ajustes do tratamento; educação em saúde voltada para o Bem-Estar Espiritual (BEE); preparação para a morte e o morrer digno. Diante da complexidade de abordagem, os profissionais de saúde paliativistas necessitam aprofundar a discussão sobre a própria espiritualidade em ambiente de trabalho, o que facilitaria o entendimento da transculturalidade das experiências religiosas/espirituais com segurança e qualidade do CE, a fim de promover o BEE de pacientes oncológicos e seus cuidadores/familiares.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados paliativos; Mulheres; Neoplasias; Equipe de assistência ao paciente.

Abstract

Objectives: The identification of studies that show an approach to spirituality in palliative care in women with cancer, carried out by multidisciplinary and/or interdisciplinary teams in a hospital context. **Method:** *Scoping Review* based on the Joanna Briggs Institute's recommendations and reported by the PRISMA-ScR *Extension for Scoping Review*. Searches were carried out in six databases, considering the descriptors: women, neoplasms, spirituality, palliative care, patient care, and tertiary health care; there were no restrictions of language or publication year. **Results:** Of the 801 articles analyzed 4 were included, published from 2014 to 2020. The total number of participants was 1,532, with 733 females and 433 males. Only one study has 366 caregivers/family members as participants, where 62% are female and 38% male. The minimum age ranged from 18 to 21 years. **Conclusions:** The results indicate that the focus of Spiritual Care (SC) interventions in hospital palliative care was direct attention to the patient and their caregivers/family members, using the following tools: assessment of care needs; care proposal/plan; symptom management/treatment adjustments; health education focused on Spiritual Well-Being (SWB); preparation for death and dignified death. Faced with the complexity of the approach, palliative health professionals need to deepen the discussion about their spirituality in the work environment. It would facilitate understanding of the transcultural nature of religious/spiritual experiences with safety and quality of SC, promoting SWB in cancer patients and their caregivers/family members.

Keywords: Spirituality; Palliative care; Women; Neoplasms; Patient care teams.

Resumen

Objetivos: Identificar estudios que muestren un abordaje de la espiritualidad en cuidados paliativos en mujeres con cáncer, realizados por equipos multidisciplinarios y/o interdisciplinarios en contexto hospitalario. **Método:** Scoping Review basado en las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs e informado por PRISMA-ScR *Extension for Scoping Review*. Se realizaron búsquedas en seis bases de datos, a partir de los descriptores: mujer, neoplasias, espiritualidad, cuidados paliativos, equipo de atención al paciente y atención terciaria en salud; sin restricciones de idioma y año de publicación. **Resultados:** De los 801 artículos analizados, se incluyeron 4, publicados entre 2014 y 2020. El número total de participantes fue de 1.532, siendo 733 mujeres y 433 hombres. Solo un estudio tuvo 366 cuidadores/familiares como participantes, 62% mujeres y 38% hombres. La edad mínima osciló entre 18 y 21 años. **Conclusiones:** Los resultados indican que el enfoque de las intervenciones de Cuidado Espiritual (CE) en cuidados paliativos hospitalarios fue la atención directa al paciente y sus cuidadores/familiares, utilizando las siguientes herramientas: evaluación de las necesidades de cuidado; propuesta/plan de cuidados; manejo de síntomas/ajustes de tratamiento; educación en salud enfocada en el Bienestar Espiritual (BE); preparación para la muerte y el morir digno. Ante la complejidad del abordaje, los profesionales de la salud paliativa necesitan profundizar la discusión sobre la propia espiritualidad en el ambiente de trabajo, lo que facilitaría la comprensión de la transculturalidad de las experiencias religioso/espirituales con seguridad y calidad de lo CE, con el fin de promover el BE de pacientes con cáncer y sus cuidadores/familiares.

Palabras clave: Espiritualidad; Cuidados paliativos; Mujeres; Neoplasias, Grupo de atención al paciente.

1. Introdução

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo e seu acometimento está em crescimento preocupante. Segundo a World Health Organization (WHO, 2022), as estimativas em 2020 foram de 20 milhões de pessoas com diagnóstico de câncer e 10 milhões morreram. Tais dados, refletem as desigualdades e iniquidades do mundo atual, onde a disponibilidade de tratamento abrangente abarca mais de 90% dos países de alta renda, porém menos de 15% nos países de baixa renda. Na maioria dos países de alta renda, a sobrevivência ao câncer de mama cinco anos após o diagnóstico excede 80%, em comparação com 66% na Índia e apenas 40% na África do Sul WHO (2022).

A Pan American Health Organization (PAHO, 2022), estimou que 4 milhões de pessoas foram recentemente diagnosticadas (57%) e 1,4 milhão (47%) de pessoas morreram de câncer em 2020, com 69 anos ou menos nas Américas. Para esta Organização, o câncer do colo do útero é considerado problema de saúde pública e afeta essencialmente mulheres jovens e desfavorecidas socioeconomicamente nos países em desenvolvimento. Entendendo ser este um importante determinante das desigualdades de gênero e socioeconômicas, lançou no mesmo ano, a *Estratégia para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero*, com metas de: 90% das meninas totalmente vacinadas contra o Papilomavírus Humano (HPV) aos 15 anos, 70% das mulheres rastreadas com teste de alto desempenho aos 35 anos e 45 anos novamente, e 90% das mulheres com doença cervical recebendo tratamento. No ano seguinte, introduziu a *Iniciativa Global de Câncer de Mama* focada em três pilares: promoção de saúde, diagnóstico oportuno e, tratamento abrangente incluindo cuidados de suporte, com objetivo de reduzir a carga do câncer de mama e sua mortalidade em 2,5% ao ano. Tal iniciativa, fortalece o cuidado à saúde das mulheres e corrobora para modificar a estimativa de 2,5 milhões de mortes até 2040, por ser este câncer, o mais frequente em todo o mundo e na região das Américas. Tendências futuras para a carga de câncer global, apontam o aumento aproximado de 60% nas próximas décadas, o que sobrecarregaria ainda mais os sistemas de saúde, as pessoas e as comunidades PAHO (2022).

Relevantes recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021) e o *Human Reproduction Programme* (HRP) orientam os países a avancarem de forma rápida e equitativa no rastreio e tratamento do câncer de colo do útero, uma doença devastadora para muitas mulheres em todo o mundo. Em 2020, a incidência do câncer de colo do útero alcançou a marca de mais de meio milhão de casos e aproximadamente 342 mil mulheres morreram, a maioria nos países mais pobres OPAS (2021). Para o triênio 2022-2025, a comunidade global no combate ao câncer fortalece suas ações com o slogan “Feche a lacuna de cuidados”, com ações para melhorar o acesso a cuidados de qualidade, triagem, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos PAHO (2022).

A segunda edição do Atlas Global de Cuidados Paliativos lançado pela World Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA, 2020) em parceria com a WHO, apontou que mais de 56,8 milhões de pessoas no mundo, incluindo 31,1 milhões antes e 25,7 milhões próximas ao fim da vida, têm necessidade de cuidados paliativos todos os anos devido ao envelhecimento da população mundial, ao aumento do câncer e de outras doenças não transmissíveis (Knaul et al., 2020). Embora o progresso esteja sendo feito para atender à necessidade não atendida de cuidados paliativos em todo o mundo, a lacuna restante no acesso aos cuidados é inaceitável (Connor et al., 2020). Para 2060, a expectativa é de que a necessidade de cuidados paliativos no final da vida duplique e o ônus do sofrimento grave de saúde ocorra com aumentos mais rápidos em países de baixa renda (Sleeman et al., 2019). A WHPCA (2020) refere que mais de um quarto dos adultos que necessitam de cuidados paliativos (26,8%) vive na região do Pacífico Ocidental, seguida pela região da África (20,2%), Europa (17,9%) e Sudeste Asiático (17,1%). Os números para as regiões das Américas e do Mediterrâneo Oriental são de 14,1% e 4,0%, respectivamente. No entanto, a Região África tem o maior número de adultos necessitados de cuidados paliativos por 100.000 adultos, seguido pela Europa e as regiões das Américas. A proporção de adultos que necessitam de Cuidados Paliativos (CP) para o câncer é relativamente alta em todas as regiões do mundo. A necessidade total foi de 52.883.093 e distribuída quase igualmente por gênero (feminino 49%) (Knaul et al., 2020).

Os CP podem ser considerados uma abordagem diferenciada do tratamento modificador da doença, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2018), sendo parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, o que demanda a atuação de equipe multiprofissional de saúde, que contemple a multiplicidade e integralidade dos aspectos envolvidos no processo de adoecimento, desde o acolhimento da demanda até o processo de luto familiar (Arrieira et al., 2017; Kavalieratos et al., 2016; WHO, 2020a). Se utilizado com método, os CP podem, significativamente, melhorar qualidade de vida, melhorar controle de sintomas e reduzir custos (ANCP, 2018).

São relevantes a identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais, de acordo com a definição de CP da WHO durante uma abordagem que, mais acima de promover qualidade de vida de pacientes e seus familiares, contribui no enfrentamento de doenças avançadas e com risco de vida WHO (2020a). Essa atuação em CP considera a complexidade humana e completude do cuidado (Fonseca & Ferrer, 2019). Dentro dos princípios de CP, a espiritualidade é considerada uma dimensão vital, e o sofrimento espiritual representa uma questão de saúde integral, a qual deve ser abordada como qualquer outra dimensão humana (Saporetti et al., 2012). Ao longo do tempo, o constructo espiritualidade tem sido discutido pela OMS e articulado com noções de cultura, religião, direitos e bem-estar (Toniol, 2019). Nessa perspectiva, aliviar o sofrimento grave relacionado à saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, se converte em uma responsabilidade ética global WHO (2020b).

A espiritualidade engloba variadas acepções, sendo referida como um fator intercultural que contribui para a saúde em todas as sociedades. Na perspectiva do autoconhecimento, pode ser entendida como uma busca pelo sentido maior de conexão com tudo que é significativo e sagrado nas experiências humanas (Puchalski et al., 2009), sendo também instrumental para enfrentar com (*coping*) as adversidades e o sofrimento, seja ele físico, moral ou espiritual (Santos, 2009).

Apesar de frequentemente confundidas, espiritualidade e religiosidade guardam diferenças entre si. As evidências científicas trazem forte relação entre esses constructos e os processos de saúde, adoecimento e cura, que em conjunto com os fatores psicossociais, abarcariam uma visão integral do ser humano, o que forneceria suporte empírico ao bem-estar espiritual (Arrieira et al., 2017; Fonseca & Ferrer, 2019; McClain et al., 2003; Puchalski et al., 2009). Na concepção de Koenig (2013, 2014, 2017), religião é um sistema organizado que aproxima o indivíduo do transcendente ou Divino, por meio da institucionalização de crenças, práticas e símbolos que compreendam as relações e responsabilidades de uma pessoa com os outros que vivem em comunidade (Lucchese & Koenig, 2013; Moreira-Almeida et al., 2014; Steinhäuser et al., 2017). Então, a religiosidade se refere a dogmas, crenças, ritos, celebrações que podem direcionar ao alcance da espiritualidade (Puchalski et al.,

2009). Ao passo que a espiritualidade propriamente dita seria a procura na caminhada da vida por sentido e significado transcendentais e, assim, está relacionada às experiências singularizadas de cada indivíduo (Koenig, 2005). Sendo assim, a espiritualidade abarcaria um campo maior da existência humana, que pode ou não estar relacionada a determinada religião ou vivência religiosa.

Considerando que o cuidado espiritual é um componente fundamental dos CP de qualidade (Puchalski et al., 2009) e que negligenciar a dimensão espiritual é como abandonar o ambiente psicossocial do sujeito adoecido, o que resultaria em falha ao tratar a pessoa de forma integral (Koenig, 2005), é importante conhecer como as equipes de cuidados paliativos têm oferecido esse cuidado.

Mapear os estudos disponíveis sobre espiritualidade em cuidados paliativos oncológicos de mulheres, e além disso, como as equipes de CP realizam essa abordagem no processo de trabalho em saúde, pode ser útil para se identificar o que já está sendo feito em diferentes partes do mundo, bem como as fronteiras de conhecimento existentes, e assim, ampliar as discussões sobre a implementação de diretrizes assistenciais em CPs em serviços locais.

Neste contexto, esta revisão de escopo teve como objetivo identificar estudos que evidenciem a abordagem da espiritualidade em CPs em mulheres com câncer, realizados por equipes multiprofissionais e/ou interdisciplinares em contexto hospitalar.

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma *Scoping Review*, com base na metodologia JBI (Peters et al., 2020), e reportada conforme as diretrizes PRISMA-ScR para revisões de escopo (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018). A pesquisa foi conduzida em consonância com Arskey e O'Malley (2005), obedecendo as etapas: (1) identificar a questão de pesquisa, (2) identificar estudos relevantes, (3) seleção do estudo, (4) mapear os dados e (5) agrupar, resumir e relatar os resultados. O protocolo desse estudo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) para pesquisa científica colaborativa (<http://osf.io/>), do Center for Open Science (COS), em março de 2021, sob o registro 10.17605/OSF.IO/S7VHX.

2.2 Pergunta da Pesquisa

Definiu-se a questão de pesquisa por meio da estratégia mnemônica *Participants-Concept-Context* (PCC) (Peters et al., 2020), onde: “P” referiu-se a mulheres adultas com câncer; “C” remeteu-se a espiritualidade em cuidados paliativos oncológicos; e “C” fez relação às equipes multiprofissionais e interdisciplinares na atenção hospitalar. Tais definições levaram ao norte das perguntas: Quais intervenções estão sendo realizadas no contexto da espiritualidade, para mulheres adultas em cuidados paliativos oncológicos? Quais instrumentos de avaliação espiritual são utilizados por equipe multiprofissional/interdisciplinar na abordagem da espiritualidade na atenção paliativa oncológica?

2.3 Critérios de Inclusão dos Estudos

Para tentar responder às perguntas, os critérios utilizados para inclusão de estudos foram: ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais do tipo coorte, caso-controle e/ou estudos qualitativos, estudos transversais e revisões sistemáticas que tivessem como foco de intervenção, mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de quaisquer tipos de câncer, em qualquer parte do corpo, em qualquer estágio de doença, sendo ou não metastático. Dentro desse escopo, consideramos apenas estudos com intervenções que abordassem a espiritualidade enquanto relacionamento do ser humano com a dimensão do

sagrado/transcendência, com uso de instrumentos de avaliação espiritual no contexto de cuidados paliativos realizados por equipes multiprofissionais/interdisciplinares referidas em abordagens da atenção hospitalar.

Foram excluídos dessa pesquisa, os estudos que associassem em seu arcabouço outras doenças, que relacionassem crenças ou práticas religiosas como intervenções em cuidados paliativos e que contemplassem intervenções fora do cenário da atenção hospitalar.

2.4 Identificação, triagem e seleção dos estudos

Na condução dessa revisão de escopo, a busca ocorreu nas seguintes bases de dados eletrônicas: *National Library of Medicine* (PubMed); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *The Cochrane Library* (*Cochrane Central Register of Controlled Trials*); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Embase da Elsevier. Visando ampliar as buscas, a literatura cinzenta também consultada por meio da plataforma *Google Scholar*. Não houve restrições quanto ao idioma nem ao ano de publicação dos estudos.

A estratégia de busca foi construída a partir da identificação de descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>), no MeSH (*Medical Subject Headings* - <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) e termos similares na intenção de abarcar maior quantidade de estudos relevantes para esta revisão. Foram utilizados os seguintes termos como referência na busca: “Mulheres”; “Women”; “Neoplasias”; “Neoplasms”; “Espiritualidade”; “Spirituality”; “Cuidados Paliativos”; “Palliative Care”; “Equipe de Assistência ao Paciente”; “Patient Care Team”; “Atenção Terciária à Saúde”; “Tertiary Healthcare”. Para refinar a busca nas bases de dados, foram combinados os operadores booleanos ‘OR’ e ‘AND’ com os referidos descritores e seus ‘entry terms’.

A Figura 1 detalha as estratégias de busca efetuadas em cada base de dados, bem como o número de publicações encontradas. Foram encontrados 03 estudos adicionais na busca manual das referências dos artigos.

Figura 1. Estratégias de busca em base de dados na combinação de descritores utilizados.

| Base de dados | Estratégia de busca | Estudos encontrados |
|-----------------------------------|---|---------------------|
| PubMed/ MEDLINE Termos Mesh | #1 "Women"[Mesh] or (Girls) or (Girl) or (Woman) or (Women's Groups) or (Women Groups) or (Women's Group) AND "Neoplasms"[Mesh] or (Neoplasia) or (Neoplasias) or (Neoplasm) or (Tumors) or (Tumor) or (Cancer) or (Cancers) or (Malignancy) or (Malignancies) or (Malignant Neoplasms) or (Malignant Neoplasm) or (Neoplasm, Malignant) or (Neoplasms, Malignant) or (Benign Neoplasms) or (Neoplasms, Benign) or (Benign Neoplasm) or (Neoplasm, Benig) AND "Palliative Care"[Mesh] or (Care, Palliative) or (Palliative Treatment) or (Palliative Treatments) or (Treatment, Palliative) or (Treatments, Palliative) or (Therapy, Palliative) or (Palliative Therapy) or (Palliative Supportive Care) or (Supportive Care, Palliative) or (Palliative Surgery) or (Surgery, Palliative) #2 "Spirituality"[Mesh] or (Spiritualities) #3 "Patient Care Team"[Mesh] or (Care Team, Patient) or (Care Teams, Patient) or (Patient Care Teams) or (Team, Patient Care) or (Teams, Patient Care) or (Medical Care Team) or (Care Team, Medical) or (Care Teams, Medical) or (Medical Care Teams) or (Team, Medical Care) or (Teams, Medical Care) or (Interdisciplinary Health Team) or (Health Team, Interdisciplinary) or (Health Teams, Interdisciplinary) or (Interdisciplinary Health Teams) or (Team, Interdisciplinary Health) or (Teams, Interdisciplinary Health) or (Healthcare Team) or (Healthcare Teams) or (Team, Healthcare) or (Teams, Healthcare) or (Health Care Team) or (Care Team, Health) or (Care Teams, Health) or (Health Care Teams) or (Team, Health Care) or (Teams, Health Care) or "Tertiary Healthcare"[Mesh] or (Healthcare, Tertiary) or (Tertiary Care) or (Care, Tertiary) #1 + #2 + #3 | 705 |
| BVS LILACS Termos DeCS | #1 "Mulheres" or (Meninas) or (Mulher) or (MH:M01.975\$) or (MH:SP3.001.004.080\$) or (MH:SP4.127.413.649\$) AND "Neoplasias" or (Câncer) or (Neoplasia) or (Neoplasia Benigna) or (Neoplasia Maligna) or (Neoplasias Malignas) or (Neoplasmas) or (Tumor) or (Tumor Maligno) or (Tumores) or (Tumores Malignos) or (MH:C04\$) or (MH:SP4.046.452.698.879.165\$) AND "Cuidados Paliativos" or (Assistência Paliativa) or (Cuidado Paliativo) or (Cuidado Paliativo de Apoio) or (Tratamento Paliativo) or (MH:E02.760.666\$) or (MH:N02.421.585.666\$) #2 "Espiritualidade" or (MH:F02.880.705\$) or (MH:K01.844.664.500\$) | 0 |

| | | |
|--|---|------------------|
| | <p>#3 "Equipe de Assistência ao Paciente" or (Equipe Interdisciplinar de Saúde) or (Equipe Multiprofissional) or (Equipe de Assistência Médica) or (Equipe de Cuidados de Saúde) or (Equipe de Saúde) or (Equipes de Saúde) or (MH:N04.590.715\$) or "Atenção Terciária à Saúde" or (Atendimento Terciário de Saúde) or (Atenção Terciária) or (Atenção Terciária de Saúde) or (Cuidados Médicos Terciários) or (Cuidados Terciários de Saúde) or (Terceiro Nível de Assistência) or (Terceiro Nível de Atendimento) or (Terceiro Nível de Atenção) or (Terceiro Nível de Atenção à Saúde) or (Terceiro Nível de Cuidado) or (Terceiro Nível de Cuidados) or (MH:N04.452.758.849.887\$) or (MH:N05.300.787\$) or (MH:SP2.001.012\$)</p> <p>#1 + #2 + #3</p> | |
| <p>Cochrane Termos Mesh</p> | <p>#1 MeSH descriptor: [Women] explode all trees</p> <p>#2 (Girls) or (Girl) or (Woman) or (Women's Groups) or (Women Groups) or (Women's Group)</p> <p>#3 #1 or #2</p> <p>#4 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees</p> <p>#5 (Neoplasia) or (Neoplasias) or (Neoplasm) or (Tumors) or (Tumor) or (Cancer) or (Cancers) or (Malignancy) or (Malignancies) or (Malignant Neoplasms) or (Malignant Neoplasm) or (Neoplasm, Malignant) or (Neoplasms, Malignant) or (Benign Neoplasms) or (Neoplasms, Benign) or (Benign Neoplasm) or (Neoplasm, Benig)</p> <p>#6 #4 or #5</p> <p>#7 MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees</p> <p>#8 (Care, Palliative) or (Palliative Treatment) or (Palliative Treatments) or (Treatment, Palliative) or (Treatments, Palliative) or (Therapy, Palliative) or (Palliative Therapy) or (Palliative Supportive Care) or (Supportive Care, Palliative) or (Palliative Surgery) or (Surgery, Palliative)</p> <p>#9 #7 or #8</p> <p>#10 #3 AND #6 AND #9</p> <p>#11 MeSH descriptor: [Spiritualism] explode all trees</p> <p>#12 (Spiritualities)</p> <p>#13 (Spiritualities)</p> <p>#14 MeSH descriptor: [Patient Care Team] explode all trees</p> <p>#15 (Care Team, Patient) or (Care Teams, Patient) or (Patient Care Teams) or (Team, Patient Care) or (Teams, Patient Care) or (Medical Care Team) or (Care Team, Medical) or (Care Teams, Medical) or (Medical Care Teams) or (Team, Medical Care) or (Teams, Medical Care) or (Interdisciplinary Health Team) or (Health Team, Interdisciplinary) or (Health Teams, Interdisciplinary) or (Interdisciplinary Health Teams) or (Team, Interdisciplinary Health) or (Teams, Interdisciplinary Health) or (Healthcare Team) or (Healthcare Teams) or (Team, Healthcare) or (Teams, Healthcare) or (Health Care Team) or (Care Team, Health) or (Care Teams, Health) or (Health Care Teams) or (Team, Health Care) or (Teams, Health Care)</p> <p>#16 #14 or #15</p> <p>#17 MeSH descriptor: [Tertiary Healthcare] explode all trees</p> <p>#18 (Healthcare, Tertiary) or (Tertiary Care) or (Care, Tertiary)</p> <p>#19 #17 or #18</p> <p>#20 #16 or #19</p> <p>#21 #10 AND #13 AND #20</p> | <p>0</p> |
| <p>EMBASE</p> | <p>('female'/exp OR 'female' OR 'females' OR 'woman' OR 'women' OR 'women, working') AND ('neoplasm'/exp OR 'acral tumor' OR 'acral tumour' OR 'embryonal and mixed neoplasms' OR 'germ cell and embryonal neoplasms' OR 'glandular and epithelial neoplasms' OR 'hormone-dependent neoplasms' OR 'neoplasia' OR 'neoplasm' OR 'neoplasms' OR 'neoplasms by histologic type' OR 'neoplasms, cystic, mucinous, and serous' OR 'neoplasms, embryonal and mixed' OR 'neoplasms, germ cell and embryonal' OR 'neoplasms, glandular and epithelial' OR 'neoplasms, hormone-dependent' OR 'neoplasms, post-traumatic' OR 'neoplastic disease' OR 'neoplastic entity' OR 'neoplastic mass' OR 'post-traumatic neoplasms' OR 'tumor' OR 'tumoral entity' OR 'tumoral mass' OR 'tumorous entity' OR 'tumorous mass' OR 'tumour' OR 'tumoural entity' OR 'tumoural mass' OR 'tumorous entity' OR 'tumorous mass') AND ('palliative therapy'/exp OR 'palliation' OR 'palliative care' OR 'palliative consultation' OR 'palliative medicine' OR 'palliative radiotherapy' OR 'palliative surgery' OR 'palliative therapy' OR 'palliative treatment' OR 'symptomatic treatment') AND ('religion'/exp OR 'church' OR 'prayer' OR 'religion' OR 'religion and medicine' OR 'religion and psychology' OR 'religion and science' OR 'religion and sex' OR 'religious belief' OR 'religious scruple' OR 'spirituality') AND ('tertiary health care'/exp OR 'tertiary care' OR 'tertiary health care' OR 'tertiary healthcare' OR 'tertiary medical care' OR 'patient care'/exp OR 'care, continuity of' OR 'continuity of care' OR 'continuity of patient care' OR 'episode of care' OR 'patient care' OR 'patient care management' OR 'patient care team' OR 'patient centered care' OR 'patient helper' OR 'patient management' OR 'patient navigation' OR 'patient-centered care')</p> | <p>90</p> |

| | | |
|-----------------------|--|-----|
| <i>Google Scholar</i> | (Women AND Neoplasms AND Spirituality AND Palliative Care AND Patient Care Team AND Tertiary Healthcare) | 03 |
| TOTAL | | 798 |

Fonte: Autores.

As buscas eletrônicas foram realizadas em março de 2021 e atualizadas em 24 de novembro do mesmo ano e abril de 2022. Todas as referências encontradas pelas buscas foram organizadas com auxílio do *Software EndNote Basic® online* - <http://www.myendnoteweb.com> (Estorniollo, 2018), como gerenciador de referências bibliográficas da Clarivate Analytics, com acesso gratuito e, a seguir, foi utilizada a Plataforma *online Rayyan QCRI (Rayyan Qatar Computing Research Institute* - <https://rayyan.qcri.org>) (Ouzzani et al., 2016) como ferramenta para a triagem e seleção de estudos. A plataforma Rayyan disponibiliza interface com a exposição de títulos e resumos para cada revisor e depois indica quais foram os estudos que apresentaram divergências na análise para serem consensualmente resolvidas entre os revisores, o que garante maior precisão metodológica.

A triagem e seleção dos estudos foi executada, de forma independente, por duas revisoras (VF e CS). Inicialmente, foram analisados o título e o resumo dos textos. Os estudos triados na etapa anterior seguiram para a avaliação dos textos na íntegra e a definição daqueles que comporiam a revisão. As divergências sobre a inclusão ou exclusão de determinado estudo foram discutidas pelas revisoras até alcançarem um consenso.

O processo de descrição da seleção dos estudos desta revisão de escopo foi realizado com base no *PRISMA Flow Diagram* (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>) (Page et al., 2021), e está representado na Figura 1.

2.5 Extração e mapeamento dos dados

A etapa de extração de dados dos estudos selecionados foi realizada de maneira independente por duas pesquisadoras (VF e CS), utilizando-se planilha de Excel, para extração dos seguintes dados: autoria, ano de publicação, título, país de origem, objetivo, população do estudo e tamanho, desenho do estudo, tipo de intervenção/comparador, duração da intervenção e conclusão. Em seguida foi realizada checagem entre as duas pesquisadoras para confirmação das informações coletadas dos estudos.

2.6 Desfechos de interesse

O cuidado espiritual oferecido pelas equipes de assistência em CP oncológicos pode ser devidamente planejado após avaliação dos estados de Necessidade Espiritual (NE), Bem-estar espiritual (BEE) e Qualidade de Vida (QV) dos pacientes. O impacto desse tipo de cuidado na saúde desses pacientes também pode ser verificado utilizando-se os mesmos indicadores após a intervenção.

Quanto aos desfechos analisados pelos estudos incluídos, foram empregados instrumentos diferentes como medidas de avaliação para aferir os mesmos construtos. Para avaliar a Necessidade/ Bem-estar espiritual e qualidade de vida, os autores optaram pelas seguintes escalas: *Spiritual Well-Being (SWB)* (Kao et al., 2014); *Subescala de SWB COH-QOL-FCG* (Sun et al., 2016); *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure (FACT-G)* (Grudzen et al., 2016); *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure and QOL (FACIT-G QOL)* (Farrell, 2020) e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* (Sun et al., 2016 e Farrell, 2020).

Os estudos incluídos também apresentam a avaliação de sintomas físicos: *Symptom Distress Scale* (Kao et al, 2014), *Patient Health Questionary – 9 (PHQ-9)* (Grudzen et al., 2016) e *Eastern Oncology Cooperative Group score (ECOG)* (Grudzen et al., 2016); sintomas psicológicos: *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Kao et al., 2014) e *Psychological Distress Scale* (Farrell, 2020); além de sintomas sociais: *The Social Support Scale (SSS)* apenas no (Kao et al., 2014).

2.7 Síntese de resultados

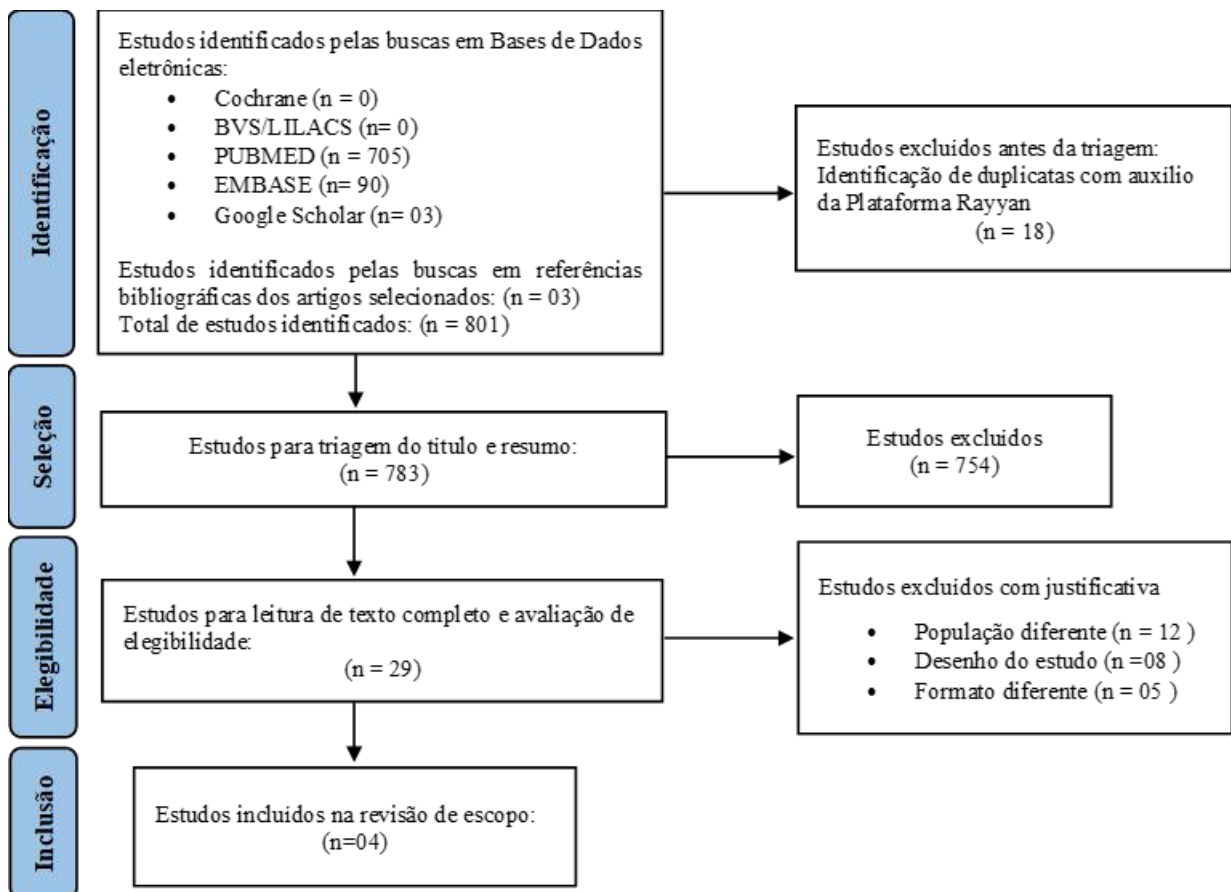
Os resultados encontrados foram descritos por meio de síntese narrativa e as características gerais dos estudos, consideradas relevantes para esta revisão, são apresentadas resumidamente na Tabela 1.

3. Resultados

A Figura 2 sumariza o processo de seleção dos estudos incluídos nesta revisão de escopo. A estratégia de busca nas bases de dados identificou 798 estudos, além de 03 (três) estudos identificados em busca ativa de referências bibliográficas. Após exclusão de 18 artigos duplicados, com auxílio da plataforma *Rayyan*, restaram 783 estudos para triagem a partir da leitura dos títulos e resumos. Esse processo eliminou 754 estudos, restando 29 estudos para leitura integral de texto e avaliação quanto à elegibilidade.

A partir dessa análise, verificou-se que 25 estudos não atendiam aos critérios de inclusão, pelas seguintes justificativas: a) desenho do estudo (08); b) outras populações (12); c) não atender aos objetivos da pesquisa (03); d) conferência/resumos/artigos de opinião (02). Dessa forma, ao final da triagem, foram selecionados quatro estudos para a inclusão na revisão de escopo e extração dos dados.

Figura 2. Processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos de acordo com o Diagrama de fluxo PRISMA-ScR.



Fonte: Autoria própria (2022).

3.1 Características dos estudos incluídos

As características gerais dos estudos incluídos estão resumidas na Tabela 1. Os quatro estudos incluídos nesta revisão, Kao et al. (2014), Sun et al. (2016), Grudzen et al. (2016) e Ferrell (2020), foram publicados no período de 2014 a 2020, sendo

que três deles foram publicados nos últimos seis anos. Em relação à origem, três estudos (Sun et al., 2016; Grudzen et al., 2016; Farrell, 2020) são norte-americanos e 1 asiático (Kao et al., 2014). Todos foram publicados em língua inglesa.

3.2 Categorização dos objetivos dos estudos incluídos

Quanto aos objetivos dos estudos, observou-se o enfoque na relação dos cuidados paliativos e necessidades espirituais/religiosas e o sofrimento existencial no enfrentamento do câncer avançado, assim como, das relações de equipes multiprofissionais junto às intervenções dessa população, sendo possível dividi-los em duas grandes categorias:

1) *Espiritualidade, Religiosidade, Enfrentamento Espiritual, Bem-Estar/Dor Espiritual e Qualidade de Vida (QV)* na observância de intervenções focadas em pacientes que estavam no avanço de doença, com sintomas exacerbados e preocupações existenciais que impactavam na qualidade de vida e o BEE. Esses elementos do cuidado são apontados como dimensão importante para a QV e questão central da oncologia de qualidade e dos cuidados paliativos nos estudos (Sun et al., 2016; Grudzen et al., 2016; Ferrell, 2020); e

2) *Avaliação da Equipe de Cuidados Paliativos e Percepção do Paciente / Familiar sobre o Cuidado Espiritual* a partir de abordagens paliativistas e multiprofissionais de CP em ambiente hospitalar, que impactaram positivamente no manejo de sintomas e BEE, por meio de programas de treinamentos em hospices que tornaram os profissionais em especialistas. Além disso, os resultados dos estudos apoiam a multidimensionalidade do BEE na construção do significado e fé, potencialidades para QV e necessidades espirituais de pacientes e cuidadores/familiares com ou sem afiliações religiosas em (Kao et al., 2014; Sun et al., 2016).

3.3 Característica dos participantes dos estudos

A população dos estudos incluídos abrangeu o total de 1.532 participantes. Deste total, 1.166 eram pacientes com câncer sendo 733 (62,9%) do sexo feminino e 433 (37,1%) do masculino. Um dos estudos incluídos (Sun et al., 2016) também teve como participantes 366 cuidadores/familiares, sendo 227 (62%) do sexo feminino e 139 (38%) do masculino. A idade mínima para inclusão nos estudos variou entre 18 e 21 anos e transitou por todas as etapas da vida, de acordo com o avançar do adoecimento por câncer até a finitude existencial.

De acordo com o diagnóstico e tipicidade do câncer, a prevalência nos estudos incluídos foi de: tumores sólidos (41%), pulmão (28%), câncer de mama (2,7%), colorretal (2,7%). O câncer avançado esteve presente em (53,4%) dos estudos incluídos. Salienta-se que o câncer em estágio inicial e metastático foi prevalente (83,1%) em um único estudo incluído.

Quanto ao desenho metodológico dos estudos incluídos, temos: um estudo de desenho quase experimental (Kao et al., 2014), um ensaio clínico quase experimental (Grudzen et al., 2016), dois ECRs (Sun et al., 2016) e (Farrell, 2020).

3.4 Avaliação dos desfechos

Os desfechos avaliados pelos estudos incluídos foram: (a) necessidade/bem-estar espiritual/qualidade no fim de vida (Kao et al., 2014; Sun et al., 2016; Grudzen et al., 2016; Ferrell, 2020), (b) controle de sintomas físicos (Sun et al., 2016; Ferrell, 2020), (c) controle de sintomas psicológicos (Sun et al., 2016; (Kao et al., 2014; Ferrell, 2020) e (d) controle de sintomas sociais (Kao et al., 2014) no contexto do adoecimento pelo câncer.

3.5 Característica das intervenções da dimensão espiritual

Quanto às intervenções das equipes de CP, observou-se a presença do tema “espiritualidade” na abordagem do cuidado direto aos pacientes acometidos pelo câncer (Kao et al., 2014), bem como de seus cuidadores familiares (Kao et al., Sun et al., 2016, Grudzen et al., 2016 e Ferrell, 2020), tanto no enfrentamento de diagnóstico (Estudos Sun et al., 2016 e Grudzen et

al.,2016), avanço de doença (Estudos Grudzen et al., 2016 e Ferrell, 2020), quanto na preparação para a finitude (Kao et al., 2014). Em todos os estudos comparou-se os cuidados habituais com a intervenção em CP.

Destaca-se no estudo de Kao et al., (2014), a abordagem com avaliação das necessidades de cuidados; conselhos sobre medicamentos; treinamento de habilidades para aliviar sintomas físicos; apoio e suporte emocional às famílias e preparação para a morte.

No estudo de Sun et al., (2016), a intervenção interdisciplinar abrangia avaliação da QV, incluindo BEE, de pacientes e Cuidadores Familiares; plano de CP personalizado, que incluía uma seção para educação em saúde no tema BEE e preparação para o morrer digno; reuniões semanais de atendimento interdisciplinar; encaminhamentos para capelania e outros serviços de cuidados de suporte e recursos comunitários disponíveis.

O estudo de Grudzen et al., (2016), se diferencia pelo acesso à equipe de CP iniciada no pronto-socorro, com avaliação e tratamento dos sintomas; construção de metas de cuidados e planos de cuidados avançados; planejamento e gestão da transição dos objetivos do atendimento; condução de discussões sobre novos objetivos ou mudança nos cuidados e ajustes proporcionais nos tratamentos, juntamente com assistentes sociais e familiares; comunicação de más notícias; e encaminhamento ao ambulatório de CP, em caso de necessidades de CP contínuos após a alta.

A intervenção em CP do estudo de Ferrell (2020) contou com avaliação abrangente da QV, planejamento de cuidados por equipe interdisciplinar de CP e duas sessões de educação para pacientes e famílias, abordando os tópicos: espiritualidade, bem-estar psicológico, físico e social.

Quanto ao tipo de serviço, no contexto hospitalar, o único estudo que identificou o cenário de pronto socorro foi o Estudo de Grudzen et al. (2016). Todas as equipes estudadas eram multiprofissionais em (Kao et al., 2014; Grudzen et al., 2016) ou interdisciplinares nos estudos de (Sun et al., 2016; Ferrell, 2020).

Tabela 1. Características gerais dos estudos incluídos.

| Autor(es) / Ano de publicação/ País de origem | Desenho do estudo | Participantes | Intervenção | Controle | Desfechos analisados/ Escalas utilizadas | Composição da Equipe | Resultados/ conclusões |
|---|---------------------------|---|--|--------------------|---|---|--|
| A Kao CY et al, (2014) Taiwan | Estudo quase experimental | Pacientes com câncer em condições de finalizar a avaliação inicial, sem probabilidade de morrer ou receber alta em 24h. N= 60 (I=30/C=30) F = 23 (I=10 / C=13) M=37 (I=20/ C=17) | Cuidados habituais + Visitas da equipe de CP hospitalar: a) Avaliação das necessidades de cuidados; b) Conselhos sobre medicamentos; c) Treinamento de habilidades para aliviar sintomas físicos; d) Apoio e suporte emocional às famílias; e) Preparação para a morte. | Cuidados habituais | 1. Avaliação de sintomas de físicos: <i>The Symptom Distress Scale</i> ; 2. Avaliação de ansiedade e depressão: <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> ; 3. Avaliação do bem-estar espiritual: <i>The Spiritual Well-Being (SWB)</i> ; 4. Suporte social: <i>The Social Support Scale</i> . | - Médicos - Enfermeiras - Assistentes Sociais - Capelães treinados. | 1. Indicação de equipe de CP para melhorar o atendimento de pacientes com câncer avançado (sintomas físicos e bem-estar espiritual); 2. Recomendação de encaminhamento precoce para CP; 3. Aponta a abordagem paliativista hospitalar como modelo de atendimento que vale a pena implementar na prática clínica em Taiwan. |
| B Sun V et al, (2016) EUA | Ensaio quase experimental | Pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão de células não pequenas nos estágios I-IV. N=857* *Pacientes = 491 F=302 (I=173 / C=129) | Intervenção interdisciplinar CP: a) Avaliação da QV, incluindo BEE, de pacientes e Cuidadores Familiares; b) Plano de CP personalizado, que incluía uma seção de bem-estar espiritual; c) Reuniões semanais de atendimento interdisciplinar; | Cuidados habituais | 1. Bem-estar espiritual do paciente e grupo de CFs: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)</i> ; 2. Bem-estar espiritual dos CFs: <i>Spiritual Well-Being subscale of the City of Hope FCG QOL Tool (COH-QOL-FCG)</i> . | - Enfermeiras - Clínicos de medicina paliativa - Cirurgiões torácicos - Oncologistas - Oncologista geriátrico - Pneumologista - Assistente Social - Capelão - Nutricionista | 1. Reforça a importância do BEE em oncologia e como um componente central dos CP e QV geral; 2. Os resultados apoiam a multidimensionalidade do BEE e o impacto potencial na QV de pacientes com câncer de pulmão e CFs, além da inclusão de conteúdo de BEE em intervenções de CP que visam as |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------|--|--|--|
| | | M=189 (I=99 / C=90) *Cuidadores familiares = 366. | d) Encaminhamentos para capelania e outros serviços de cuidados de suporte e recursos comunitários disponíveis. | | | - Fisioterapeuta | necessidades espirituais de pacientes e CFs. |
| C Grudzen CR et al. (2016) EUA | Ensaio Clínico Randomizado (ECR) simples-cego. | Pacientes com câncer conhecido e avançado (Mama, Colorretal, Pulmão e outros) internados no PS. N=136 F=136 (I=69 / C=67) | Consulta em Cuidados paliativos no pronto-socorro: a) Avaliação e tratamento dos sintomas; b) Metas de cuidados e planos de cuidados avançados, planejamento e gestão da transição dos objetivos do atendimento; c) Discussões sobre novos objetivos ou mudança nos cuidados e ajuste nos tratamentos; d) Comunicação de más notícias; e) Encaminhamento ao ambulatório de CP, em caso de necessidade. | Cuidados habituais | 1. Desempenho funcional: <i>Eastern Oncology Cooperative Group (ECOG)</i> ; 2. Qualidade de Vida: <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure (FACT-G)</i> . 3. Depressão: <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i> . | - Médico - Enfermeira - Assistente Social - Capelão | A Consulta de CP iniciada pelo departamento de emergência melhora a qualidade de vida em pacientes com câncer avançado. |
| D Ferrell B, (2020) Estudo Extra EUA | Ensaio Clínico Randomizado quali-quantitativo. | Pacientes com tumores sólidos que estavam em transição para os tratamentos de investigação de Fase I. N=479 F=272 M=207 | Cuidados paliativos: a) Avaliação abrangente da QV; b) Planejamento de cuidados da equipe interdisciplinar; c) 2 sessões de educação do paciente / família, abordando os tópicos: espiritualidade, bem-estar físico, psicológico e social. | Cuidados habituais | 1. Bem-estar espiritual: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACT Sp12)</i> ; 2. Sofrimento Psicológico: <i>Psychological Distress Scale</i> ; 3. Qualidade de vida: Avaliação da QV com inclusão de subescalas para o Físico, Social, Emocional Bem-Estar Funcional e QV geral (<i>FACT-G QOL</i>). | - Médicos - Enfermeiras - Oncologistas | 1. Os resultados demonstraram uma relação positiva entre espiritualidade e domínios da QV e uma relação negativa com sofrimento; 2. Pacientes gravemente enfermos, requerem cuidados que atendam às necessidades espirituais. |

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Na composição das equipes, um estudo (Kao et al., 2014) teve equipe de CP formada por médicos, enfermeiras, assistentes sociais e capelães treinados; dois estudos (Grudzen et al., 2016 e Farrell, 2020) apresentaram equipes formadas por médicos e enfermeiras oncologistas; e o estudo (B) apresentou uma equipe maior, composta por enfermeiras, clínicos de medicina paliativa, cirurgiões torácicos, médicos oncologistas geriátricos, pneumologista, assistente social, capelão, nutricionista, fisioterapeuta.

Em síntese, cada estudo selecionado para essa revisão traz um resultado que reforça a importância do cuidado espiritual para o BEE e para a QV de pacientes oncológicos, no contexto dos CP hospitalar.

O artigo de Kao et al. (2014) recomenda a indicação de equipe de CP, e encaminhamento precoce, para melhorar o atendimento de pacientes com câncer avançado, no gerenciamento de sintomas físicos e bem-estar espiritual; além de apontar a abordagem paliativista hospitalar como um bom modelo de atendimento que vale a pena ser implementado na prática clínica local (Taiwan). O estudo de Sun et al. (2016) reforça a importância do BEE em oncologia, como um componente central dos CP e QV geral. Seus resultados apoiam a multidimensionalidade do BEE e o impacto potencial na QV tanto de pacientes com câncer de pulmão quanto dos Cuidadores Familiares (CFs), além da inclusão de conteúdo de BEE em intervenções de CP que visam as necessidades espirituais de pacientes e CFs. O estudo de Grudzen CR et al. (2016) traz para discussão o fato de que consulta de CP iniciada no pronto-socorro pode melhorar a qualidade de vida em pacientes com câncer avançado e, os resultados do estudo

de Ferrell et al. (2020) demonstraram uma relação positiva entre espiritualidade e domínios da QV, e uma relação negativa com sofrimento. Assim como os outros, reforça que pacientes gravemente enfermos requerem cuidados que atendam às necessidades espirituais.

4. Discussão

Apesar do pequeno número de estudos incluídos, as perguntas da pesquisa foram respondidas, já que foi possível fazer um mapeamento tanto das intervenções, quanto dos instrumentos/escalas de avaliação espiritual, utilizados por equipe multiprofissional/interdisciplinar, para abordagem da espiritualidade na atenção paliativa oncológica de mulheres. Os participantes das pesquisas incluídas, tiveram investigadas as necessidades espirituais e a qualidade de vida em 100% dentre os desfechos avaliados nos estudos mapeados para significado e propósito na vida; relacionamento com os outros e com a natureza; apoio de um ser supremo por meio das escalas *Spiritual Well-Being (SWB)* e *Subescala de SWB COH-QOL-FCG*, *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure (FACT-G)* e *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure and QOL (FACIT-G QOL)*. Salienta-se que, a *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* teve representatividade de 50% nas intervenções dos estudos incluídos, como avaliação de BEE direto à pacientes e cuidadores/familiares.

Os objetivos desta revisão de escopo circularam em torno de dois eixos: 1) Cuidados Paliativos Oncológicos de mulheres na atenção hospitalar e 2) Intervenções em CP realizadas por equipes multiprofissionais e/ou interdisciplinares, incluindo a utilização de instrumentos/escalas de avaliação da dimensão espiritual e cuidado espiritual.

Quanto aos Cuidados Paliativos Oncológicos de mulheres na atenção hospitalar observou-se que do total de pacientes dos estudos incluídos nesta revisão, 62,9% eram mulheres. Este resultado apresenta porcentagem maior que os 49% que a WHPCA (2020) apresenta como proporção de mulheres que necessitam de CP para câncer no mundo. Essa diferença pode ser justificada pelo número reduzido de estudos incluídos, os quais não abrangem a realidade global, tratando-se de estudos de apenas dois continentes América do Norte (Sun et al., 2016; Grudzen et al., 2016; Ferrell, 2020) e Ásia (Kao et al., 2014).

O cenário de pesquisa dos estudos incluídos foi a atenção hospitalar, tendo apenas o estudo de Grudzen et al. (2016) abordado os CP em Pronto Socorro (PS).

O PS pode ser um cenário importante para o início da intervenção, oferecendo a oportunidade de abordar os CP precocemente. O estudo de Grudzen et al. (2016) observou que a consulta em CP iniciada no departamento de emergência melhora a QV em pacientes com câncer avançado. A pesquisa de Qureshi et al. (2019) discute a questão da importância de uma abordagem precoce para os pacientes que necessitam de CP, já que esses cuidados precoces implicariam em menos procedimentos invasivos, menos internações hospitalares e melhor QV do paciente em fim de vida. Segundo Bakitas et al. (2015), o CP que é ofertado tardiamente impede que os pacientes recebam todos os benefícios potenciais que o CP precoce tem a oferecer. Nesse contexto, o CP precoce fornece orientação antecipada sobre o gerenciamento de sintomas e discussões ponderadas sobre planejamento de cuidados avançados e objetivos de cuidados que envolvem os indivíduos a considerar seus valores e preferências de cuidados.

Em relação às Intervenções em CP, os estudos incluídos apresentam abordagens que descrevem tanto o cuidado direto ao paciente quanto de seus cuidadores/familiares. As intervenções têm em comum os seguintes tópicos: 1) Avaliação das necessidades de cuidado; 2) Proposta/plano de cuidado e 3) Manejo de sintomas/ajustes do tratamento. Além disso, 2 estudos (Sun et al., 2016; Ferrell, 2020) trouxeram a educação em saúde voltada para o Bem-Estar Espiritual (BEE) como parte da intervenção. Apenas os estudos de Sun et al. (2016) e de Grudzen et al. (2016) citam os encaminhamentos (aos ambulatórios de CP, capelania, recursos comunitários disponíveis) como parte integrante da intervenção em CP.

O cuidado espiritual ao redor mundo se configura pelas diversas nuances culturais em relação a aceitação desse tipo de cuidado. Na concepção de Delgado-Guay, (2014) as diferentes crenças religiosas também influenciam como determinadas sociedades lidam com as intervenções em CP, que abrangem questões de religiosidade/espiritualidade. Ademais, esclarece que as intervenções religiosas seriam mais estruturadas, cognitivas, denominacionais, externas, ritualísticas e públicas, enquanto as intervenções espirituais seriam mais transculturais, afetivas, transcendentais e experienciais (Delgado-Guay, 2014). Nesse sentido, o foco das intervenções deve estar pautado na perspectiva de cada paciente, adaptando o cuidado às suas necessidades.

Nesse contexto transcultural do cuidado espiritual direto aos cuidadores/familiares, o consenso na literatura é de que as intervenções em ambientes de CP são fundamentais para a manutenção de QV e promoção de cuidados cultural e espiritualmente sensíveis, particularmente para grupos nos quais a espiritualidade desempenha um papel proeminente (Balboni et al., 2017). No estudo de Sun et al. (2016), o bem-estar espiritual dos cuidadores/familiares estava relacionado ao propósito e significado da vida (54%), esperança (49%) e redefinição de si mesmo e prioridades (39%). Balboni et al. (2017), corroborou com esta percepção onde as necessidades e lutas espirituais são frequentes para o coping religiosos/espiritual dessa população. Estudo sul-africano aponta que receber cuidados espirituais está relacionado à redução da dor e preocupação da família (Ratshikana-Moloko et al., 2020). Nessa direção, Borneman et al. (2015) enfoca o processo de intervenção educacional sob domínio da QV tanto para pacientes como para cuidadores familiares. As recomendações desse estudo foram pautadas em sessões de educação com plano de cuidados paliativos individualizado e intervenção personalizada com base em temas escolhidos por cada participante. “O processo educacional do cuidador/familiar refletiu o processo do paciente”. Os cuidadores familiares optaram pelos temas de fadiga, preocupação e medo, comunicação e propósito e significado na vida. Assim, o plano de autocuidado dos cuidadores/familiares incluiu exercícios, nutrição, gerenciamento da própria saúde, recomendações de vida saudável e apoio externo. Salienta-se nessa pesquisa, que as recomendações, avaliações de acompanhamento, reavaliações e revisões de plano de cuidados foram desempenhadas por equipe interdisciplinar de CP (Borneman et al., 2015).

As equipes de CP descritas nos estudos incluídos nesta revisão são heterogêneas quanto à sua composição. Tais equipes são formadas basicamente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e capelães, embora o estudo de Sun et al. (2016) inclua outros profissionais como nutricionista e fisioterapeuta, além de outras especialidades médicas (clínicos de medicina paliativa, cirurgião torácico, oncologistas, oncologistas geriátricos, pneumologista). Sun et al. (2016) e Ferrell, (2016) apresentam intervenções interdisciplinares, onde o planejamento de cuidado é realizado por equipe interdisciplinar. Isto reforça a importância da interdisciplinaridade enquanto possibilidade de integração equipe-paciente-família na oferta de um cuidado de maior qualidade. Quanto a abordagem multidisciplinar nos CP, a literatura sobre o assunto recomenda que essa abordagem seja pautada na interdisciplinaridade, levando em consideração a horizontalidade das relações, a boa comunicação, a cooperação e a troca entre profissionais de diferentes categorias, o acolhimento das diferenças para articulação de saberes e fazeres, e a participação de toda a equipe na tomada de decisões (Almeida et al., 2019; Carvalho, 2012; Cloyes et al., 2016; Cardoso et al., 2013). Nesse sentido, a integralidade na assistência paliativa inclui a boa comunicação no rol de habilidades necessárias às relações entre profissional-profissional e profissional-paciente-família. Assim, espera-se que a interdisciplinaridade contribua para o sucesso do tratamento com melhoria da QV, alívio do sofrimento e garantia da integralidade dos cuidados (Almeida et al., 2019; Carvalho, 2012; Cloyes et al., 2016; Cardoso et al., 2013).

A oferta do cuidado espiritual gerou a necessidade de se buscar instrumentos que facilitem a avaliação das necessidades espirituais bem como a resposta desse cuidado de forma mais objetiva. Há um número crescente de instrumentos confiáveis e validados que podem ser utilizadas como ferramentas de auxílio às equipes de CP (Piderman et al., 2015). Nos estudos incluídos, as equipes avaliaram o BEE dos participantes utilizando os seguintes instrumentos: SWB – Kao et al. (2014), FACIT-Sp-12 – Sun et al. (2016) e Ferrell, (2020), FACIT G – Grudzen et al. (2016), COH-QOL-FCG – Sun et al. (2016) e FACIT G-QOL – Ferrell, (2020). Este fato responde parcialmente à pergunta de quais instrumentos têm sido utilizados na abordagem do cuidado

espiritual na atenção paliativa oncológica, devido ao fato dos resultados encontrados não serem suficientes para uma generalização. Embora os resultados sejam corroborados pela Revisão Sistemática de Piderman et al. (2015), a qual destaca que a Avaliação Funcional da Terapia-Espiritual para Doenças Crônicas (FACIT-Sp) e sua versão expandida (FACIT-Sp-Expanded) foram os instrumentos de escolha utilizados para mensurar o BEE em pesquisas com pacientes com câncer.

Um dos pontos fortes dessa revisão foi a busca ampla, sem restrições de tempo e idioma, como garantia de mapear o máximo possível de estudos que pudessem responder aos objetivos da revisão. Outro ponto forte foi a identificação do estado da arte sobre o tema, caracterizado por literatura limitada, o que também representa que ainda há lacunas de conhecimento sobre o tema.

A principal limitação dessa revisão de escopo foi a pergunta de pesquisa ter gerado uma estratégia de busca específica para a atenção hospitalar, o que restringiu as opções de avaliação de artigos que contemplassem equipes que trabalham em outros níveis de atenção à saúde. Além da atenção hospitalar, os níveis de atenção são muito diferentes em sua capilaridade, tendo opções como hospícios, ambulatorios dentro e fora dos hospitais e atenção domiciliar. Esses níveis de atenção variam de acordo com o país e o tipo de prestação de serviços de saúde incorporadas às políticas de saúde locais. Desse modo, não foi possível comparar como as equipes de CP de diferentes níveis de atenção trabalham. Outra limitação, foi o número reduzido de artigos incluídos, já que com o número maior de artigos talvez fosse possível realizar uma discussão mais ampliada sobre o tema. O que se propôs para esta revisão foi tentar encontrar, entre as iniciativas já experimentadas pelas equipes de CP hospitalares, um formato de intervenção sistematizada e confiável a ponto de ser reproduzida. Apesar de ter havido um crescimento nas publicações sobre o CE integrado aos CP, poucos estudos apresentaram esse formato.

Pesquisas futuras devem avançar no fornecimento de orientações sobre a prática clínica, com resultados adquiridos a partir da avaliação das intervenções realizadas pelas equipes de CP no tocante ao CE, de maneira a orientar as equipes a contemplar a espiritualidade dos pacientes oncológicos.

5. Conclusão

Os resultados obtidos apontam que intervenções que abrangem o CE no contexto dos CP são utilizadas no cenário hospitalar, por equipes multi/inter na assistência de pacientes oncológicos. Para tanto, essas equipes lançam mão de intervenções que abordam tanto o cuidado direto ao paciente, quanto de seus cuidadores/familiares, utilizando ferramentas como: Avaliação das necessidades de cuidado; Proposta/plano de cuidado; Manejo de sintomas/ajustes do tratamento; Educação em saúde voltada para o Bem-Estar Espiritual (BEE); preparação para a morte e o morrer digno.

A dimensão espiritual denota complexidade de abordagem para os profissionais de saúde em qualquer parte do mundo. Por este motivo, tanto no cenário internacional como no nacional, os profissionais de saúde paliativistas necessitam aprofundar a discussão sobre a própria espiritualidade em ambiente de trabalho. Essa necessidade poderia facilitar o entendimento da transculturalidade das experiências religiosas/espirituais na oferta segura e qualificada de CE, para promover o BEE de pacientes oncológicos e seus cuidadores/familiares assistidos na perspectiva dos princípios e filosofia de CP na prática clínica da atenção hospitalar.

Incentiva-se o desenvolvimento de novas pesquisas, principalmente no âmbito nacional, para se abraçar o atendimento espiritual por parte dos profissionais que acorrem pacientes sob cuidados paliativos.

Contribuição das autoras

Todas as autoras compartilharam do desenho deste estudo, da construção do protocolo de revisão, das estratégias de busca, da análise e interpretação dos dados coletados, da redação do artigo, da revisão crítica do conteúdo intelectual e da aprovação da versão final a ser publicada.

Conflito de interesse

Nenhuma das autoras possui conflitos de interesse em relação a esta revisão de escopo.

Financiamento

Este estudo não obteve financiamento.

Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2018). Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil. *ANCP*, 2–29. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf.
- Almeida, C. S. L., Marcon, S. S., Matsuda, L. M., Kantorski, L. P., Paiva, B. S. R., & Sales, C. A. (2019). Atuação de um serviço de cuidados paliativo hospitalar: avaliação de quarta geração. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 383–90. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0848>.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
- Arrieira, I. C. O., Thofehn, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., & Jacondino, M. B. (2017). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 52, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
- Bakitas, M., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., & Ahles, T. A. (2015). Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology*, 33(13), 1438–1445.
- Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Steinhauser, K. E. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 441–453.
- Borneman, T., Sun, V., Williams, A. C., Fujinami, R., Ferraro, C. D., Burhenn, P. S., Irish, T., Zachariah, F., van Zyl, C., & Buga, S. (2015). Support for Patients and Family Caregivers in Lung Cancer: Educational Components of an Interdisciplinary Palliative Care Intervention. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 17(4), 309–318. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000165>.
- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Arrieira, I. C. O. (2013). Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. *Texto Contexto Enfermagem, Out-Dez* 22(4), 1134–41.
- Carvalho, R. T. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e Atualizado* (2a ed.). ANCP, 11–585.
- Cloyes, K. G., Rosenkranz, S. J., Berry, P. H., Supiano, K. P., Routt, M., Shannon-Dorcy, K., & Llanque, S. M. (2016). Essential elements of an effective and sustainable prison hospice program. *American journal of hospice and palliative care*, May 33(4), 390–402. doi:10.1177/1049909115574491.
- Connor, S., Morris, C., & Brennen, F. (2020). Introduction. In S. R. Connor (Ed.), *Global Atlas of Palliative Care* (2nd ed., pp. 12–16). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
- Connor, S. R. (Ed.). (2020). *Global Atlas of Palliative Care* (2nd ed., pp. 2–119). *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
- Delgado-Guay, M. O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current opinion in supportive and palliative care*, 8(3), 308–313. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000079>.
- Estormiolo, J., Filho. (2018). *EndNote basic: guia de uso* [Slides de powerpoint]. Biblioteca. Centro de Informação e Referência. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. USP. http://www.biblioteca.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2018/03/EndNote_basic_12.pdf.
- Ferrell, B., Chung, V., Koczywas, M., Borneman, T., Irish, T. L., Ruel, N. H., Azad, N. S., Cooper, R. S., & Smith, T. J. (2020). Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. *Psycho-oncology*, 29(6), 1077–1083. <https://doi.org/10.1002/pon.5380>.
- Fonseca, F. N., & Ferrer, V. C. (2019). Espiritualidade e cuidados paliativos. In T. L. V. Zoccoli, M. G. Ribeiro, F. N. Fonseca, & V. C. Ferrer (Orgs.), *Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar* (Cap. 5, pp. 80–93). Oxigênio.
- Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Johnson, P. N., Hu, M., Wang, B., Ortiz, J. M., Kistler, E. A., Chen, A., & Morrison, S. (2016). Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA oncology*, 2(5), 591–598. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.5252>.
- Kao, C. Y., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2014). Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: an evaluation study. *International journal of nursing studies*, 51(2), 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.008>.
- Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L., & Schenker, Y. (2016). Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 316(20), 2104–2114. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>.
- Knaul, F., Radbruch, L., Connor, S., de Lima, L., Arreola-Ornelas, H., Carniado, O. M., Kwete, X. J., Bhadelia, A., Downing, J., & Krakauer, E. L. (2020). How many adults and children are in need of palliative care Worldwide? In S. R. Connor (Ed.), *Global Atlas of Palliative Care*, (2nd ed., pp. 17–32). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

- Koenig, H. G. (2005). *Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê*. FE.
- Lucchese, F. A., & Koenig, H. G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular*, 28(1), 103-28. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361(9369), 1603-7. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13310-7.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Brazilian journal of psychiatry*, 36(2), 176-82. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1255.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *Novas recomendações de rastreio e tratamento para prevenir o câncer do colo do útero*. <https://www.paho.org/pt/noticias/6-7-2021-novas-recomendacoes-rastreio-e-tratamento-para-prevenir-cancer-do-colo-do-utero>.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). *Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews*. *Systematic Reviews*, 5(1), 1-10. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Ghanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Pan American Health Organization. (2022). *World Cancer Day 2022: Close the care gap*. <https://www.paho.org/en/campaigns/world-cancer-day-2022-close-care-gap>.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020 version). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris, & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Piderman, K. M., Kung, S., Jenkins, S. M., Euerle, T. T., Yoder, T. J., Kwete, G.M., & Lapid, M. I. (2015). Respecting the spiritual side of advanced cancer care: a systematic review. *Current oncology reports*, 17(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11912-014-0429-6>.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
- Qureshi, D., Tanuseputro, P., Perez, R., Pond, G. R., & Seow, H-Y. (2019). Early initiation of palliative care is associated with reduced late-life acute-hospital use: A population-based retrospective cohort study. *Palliative medicine*, 33(2), 150-159. <https://doi.org/10.1177/0269216318815794>.
- Ratshikana-Moloko, M., Ayeni, O., Tsitsi, J. M., Wong, M. L., Jacobson, J. S., Neugut, A. I., Sobekwa, M., Joffe, M., Mmoledi, K., Blanchard, C. L., Mapanga, W., Ruff, P., Cubasch, H., O'Neil, D. S., Balboni, T. A., & Prigerson, H. G. (2020). Spiritual Care, Pain Reduction, and Preferred Place of Death Among Advanced Cancer Patients in Soweto, South Africa. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), 37-47. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.01.019>.
- Santos, F. S. (2009). Espiritualidade & Saúde Mental. Espiritualidade na prática clínica. *Zen Review*, 4, 1-7. http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/S_autores/SANTOS_Franklin_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf.
- Saporetta, L. A., Andrade, L., Sachs, M. F. A., & Guimarães, T. V. V. (2012). Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In R. T. Carvalho, & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado* (2a ed., pp. 42-53). <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
- Sleeman, K. E., De Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The lancet global health*, 7(7), e883-92. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X).
- Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Balboni, M. D. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 428-440. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>.
- Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., & Klein, L. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology*, 25(12), 1448-1455. <https://doi.org/10.1002/pon.3987>.
- Toniol, R. (2019). *Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade*. *Anuário Antropológico*, 42(2):267-299. <https://journals.openedition.org/aa/2330>.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garratty, C., Lewin, S., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- World Health Organization. (2020a). Palliative care. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- World Health Organization. (2020b). Palliative Care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- World Health Organization. (2022). World Cancer Day: close the care gap. <https://www.who.int/news/item/03-02-2022-world-cancer-day-closing-the-care-gap>.