



CURSO DE MEDICINA

MARIA NEVES SILVA DE AZEVEDO

**O QUE DETERMINA UMA BOA MORTE ?
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

SALVADOR – BA

2022

MARIA NEVES SILVA DE AZEVEDO

**O QUE DETERMINA UMA BOA MORTE ?
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina

Orientadora: Milena Pondé.

SALVADOR

2022

1. INTRODUÇÃO

Difícilmente o homem encara a possibilidade da própria morte. De modo inevitável e especial, no entanto, as doenças incuráveis orientam o olhar humano à contemplação da sua finitude na terra, revelando nitidamente a corruptibilidade do corpo deles, esgotadas as possibilidades de prolongamento da vida através de intervenções médicas. Quando acometido por uma doença terminal, a maioria dos pacientes enfrenta o morrer por meio de cinco estágios emocionais. O primeiro deles é a negação associada ao isolamento; segue-se a raiva, a barganha, a depressão e, por fim, a aceitação (Ross, 1969). A elaboração dessas etapas não é necessariamente linear e sequer finalizada por todos: muitos pacientes falecem antes de aceitarem sua finitude. O contrário disso significa não apenas aceitar confortavelmente, mas, inclusive, participar esperançoso do ritual do próprio morrer, ao que chamamos aqui de “boa morte”. Nesse entendimento, para ser uma boa morte pouco importa o modo como ela ocorre – se durante o sono ou durante uma RCP no hospital; se em casa ou num contexto trágico como o de um assassinato. Vimos aqui que o decisivo para um morrer esperançoso é, na verdade, a abertura cotidiana ao transcendente, o qual pode ser entendido como abertura ao outro. Assim, a morte é tão somente o termo de toda uma existência vivida, dia após dia, com motivação e sentido – e a boa morte tão somente a esperança possível, diante dessa transcendental abertura cotidiana, no momento final. (Paccini, 2017).

Um dos aspectos íntima e especialmente associado à aceitação da finitude face uma doença terminal é a religiosidade (Tracy A. Balboni, 2013). A religiosidade pode ser definida como a natureza original do homem, suas perguntas fundamentais e as respostas as estas perguntas (Luigi Giussani, 1957). É tida como a prática propriamente humana pois o concebe em sua autenticidade vital, a saber: exprimir, até a exaustão, as perguntas últimas - o “porque” e “para que” da sua existência, capacidade mesma que o distingue dos outros viventes. A palavra Deus, por sua vez, pode ser entendida aqui tão simplesmente como o objeto próprio desse insaciável e humanamente inegociável desejo; desse sentido último ao qual ele persegue. Portanto, a religiosidade é um modo de sobrepôr o homem à dimensão tempo-espço, e posicioná-lo diante de um outro plano que a venceu – a eternidade. Em outros termos, o “senso religioso” possibilita a humanidade dizer: “nascemos e jamais morreremos”; ou dizer que tem algo em sua existência, em detrimento do corpo, de incorruptível e imortal. Essa compreensão de uma vida futura não atribui ao sofrimento terreno a uma condição acidental inevitável, mas a uma razão de ser; isto é : tal entendimento é de grande utilidade ao moribundo diante da morte, em quem,

simultaneamente, estão o desejo de sentido e o padecimento mais evidentes que nunca, devendo contribuir, pois, na assistência médica, especialmente no cuidado paliativo. (Ross, 1969).

Tendo em vista a relevância do senso religioso, o neuropsiquiatra Victor Frankl desenvolveu a logoterapia, abordagem terapêutica que objetiva orientar o homem na busca de um sentido para a vida quando diante de situações trágicas, como a iminência da morte (Constantino, 2020). Ele próprio vivenciou uma experiência especialmente excruciante, sendo submetido a 4 campos de concentração nazista como judeu perseguido no holocausto. Embora essa abordagem não utilize recursos da teologia ascética e mística, Frankl reconhece a religião como o mais poderoso caminho para o encontro do sentido da vida, e por isso explica didaticamente a busca do sentido por meio da Via Crúcis cristã. Segundo o seu modelo experimental, a interpretação cristã da resignificação e mortificação da dor, da esperança diante da morte e do padecimento sem desespero é necessário para melhor compreensão do significado último da própria existência (Victor Sales, 2021). Nesse sentido, a logoterapia é um poderoso instrumento de auxílio à religião para direcionar o paciente terminal ao encontro de respostas satisfatórias diante do seu fim último (Breitbart, 2004).

A dimensão espiritual tem sido apontada como elemento crucial na atenção à saúde de pacientes terminais, visto que o uso tão somente da Ciência Contemporânea - medicamentos, procedimentos tecnológicos e evidências divulgadas em artigos científicos - já mostraram-se insuficientes no que diz respeito às questões centrais da vida, sendo capaz de tratar apenas suas questões periféricas (Marsilli, 2020).

Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo realizar uma revisão de escopo para indicar como a religiosidade contribui na boa morte dos pacientes com doença terminal.

Algumas doenças incuráveis lançam o ser humano diante da própria finitude, esgotadas as possibilidades de prologar a existência através de intervenções médicas. Quando a vida está ameaçada por uma doença, a maioria dos pacientes passa por alguns estágios emocionais. O primeiro deles é a negação associada ao isolamento, segue-se a raiva, a barganha, a depressão e, por fim, a aceitação (REF Ross, ano). A elaboração dessas etapas não é linear e nem sempre os pacientes conseguem elaborar as diferentes etapas para aceitarem o processo da própria

morte, podendo abandonar a existência de uma forma confortável, que chamaremos aqui de "boa morte".

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Revisar a literatura científica sobre a influência da religião e espiritualidade no tratamento médico de pacientes ~~com risco de suicídio~~ e doença ~~em estado~~ terminal.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o escopo da influência religiosa na medicina paliativa no tratamento de pacientes com doença em estado terminal.
- Descrever o escopo da influência da espiritualidade na psiquiatria no tratamento de pacientes em situações na iminência de morte, especificamente pacientes suicidas.
- Identificar estudos científicos e literários que analisam a contribuição ~~influência~~ da espiritualidade e da religiosidade no encontro de uma motivação vital que resulta em uma morte esperançosa, embora sofrida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para Victor Frankl, a pessoa humana tem que se defrontar com o sentido da vida. Em outros termos, isso significa encontrar uma resposta em primeira pessoa para os questionamentos feitos pela vida em “experiências limite” – a tríade dor, culpa e morte. Tais experiências são comuns a todos, e o próprio neuropsiquiatra vivenciou uma, especialmente excruciante, sendo submetido a 4 campos de concentração nazista como judeu perseguido no holocausto, onde presenciou o assassinato de seu pai, mãe, amigos e de sua esposa grávida.^{5 6}

Como médico neuropsiquiatra Victor Frankl foi aluno de Sigmund Freud e Alfred Adler em um momento de ebulição intelectual de Viena. Relata que quando tinha 14 anos, um dos seus professores afirmou ser a natureza do homem um conjunto de respostas a mecanismos fisiológicos de combustão e exaustão; ser o homem um aglomerado de reações a estímulos instintivos objetivando homeostase. Nesse momento, ele o perguntou qual o sentido da vida, e o professor dele respondeu prontamente : “a ciência não responde”.⁴

Ainda estudante começou a trabalhar com jovens em situação de depressão e em risco de suicídio. Ele percebeu que a capacidade de resistir a tristeza, melancolia, fracasso e morte não dependia de um determinante genético, hereditário, econômico, social... mas de uma “chama que permanecia viva”, a qual Frankl denominou de o sentido da vida.⁹

Nesse sentido, Victor Frankl fundou a Logoterapia e a Terapia Existencial, isto é, a terceira escola vienense de psicologia e uma ferramenta de auxílio à busca do analisando pelo sentido da vida – o qual, portanto, pode apenas ser encontrado individualmente, sendo tal dialética decisiva para o drama da liberdade humana na perspectiva dele.⁶

Além disso, Frankl também foi formado em filosofia, posicionando a psicologia no intermédio entre a filosofia e a medicina: entre o corpo, com seus impulsos libidinais, e a alma, meio de transcendê-los.⁶

Para o neuropsiquiatra, o modo que o homem se porta depende dos conceitos universais formados e adquiridos por ele e da abordagem terapêutica a qual é submetido, haja vista que ela o conduz a determinada auto interpretação específica. Ademais, em sua perspectiva, a psicanálise de Freud e a psicologia individual de Adler estão parcialmente incompletas, se propondo por isso a desenvolver uma abordagem ontológica mais ampla. De acordo com o neuropsiquiatra, enquanto Freud superestima a motivação fundamental humana como a vontade de prazer de origem sexual, Adler demasiado a enfatiza como a vontade de poder e os respectivos complexos de superioridade e inferioridade elaborados por ele. Em resposta, no entanto, Victor conclui não ser o prazer, o poder, ou sequer a felicidade e o sucesso os principais combustíveis para plena realização humana, mas encontrar o sentido da própria vida.⁵

No século setenta, o contista brasileiro Caio Fernando Abreu escreve ao final do conto “ Os sobreviventes” o trecho “Mapa algum” - uma reflexão acerca da falta de sentido do homem contemporâneo. Nesse trecho, o contista evidencia a atualidade e prevalência da questão existencial proposta por Frankl, demonstrando não ser a Logoterapia uma abordagem exclusiva ao contexto de guerra da Viena do século 20.⁶

“Mapa algum” é uma representação literária do niilismo – corrente existencial que nega a essência humana, considerando-a desprovida de qualquer amparo do que fazer e ausente de critérios que atribuam sentido a vida. Isso evidencia-se em inúmeros trechos do conto, como o seguinte:

Já li tudo, cara, já tentei macrobiótica, psicanálise, drogas, acupuntura, suicídio, ioga, dança, natação, Cooper, astrologia, patins, marxismo, candomblé, boate gay, ecologia, sobrou só esse nó no peito, agora o que faço? Não é plágio do Pessoa, mas em cada canto do meu quarto tenho uma imagem de Buda, uma de mãe Oxum, outra de Jesusinho, um pôster de Freud, às vezes acendo vela, faço reza, queimo incenso, tomo banho de arruda, jogo sal grosso nos cantos, não te peço solução nenhuma... claro que deve haver alguma espécie de dignidade nisso tudo, a questão é onde, não nesta cidade escura, não neste planeta podre e pobre, dentro de mim? Ora não me venhas com autoconhecimentos-redentores, já sei tudo de mim, tomei mais de cinquenta ácidos, fiz seis anos de análise, já pirei de clínica, lembra? ... depois acordo e passo uma semana a ban-chá e arroz integral, absolutamente santa, absolutamente pura, absolutamente limpa, depois tomo outro porre, cheiro cinco gramas, bato o carro numa esquina ou ligo para o CVV às quatro da madrugada e alugo a cabeça dum panaca qualquer choramingando coisas do tipo preciso-tanto-de-uma-razão-para-viver-e-sei-que-esta-razão-só-está-dentro-de-mim-bababá-bababá, até o sol pintar atrás daqueles edifícios, não vou tomar nenhuma medida drástica, a não ser continuar, tem coisa mais destrutiva que insistir sem fé nenhuma? ... te desejo uma fé enorme, em qualquer coisa, não importa o quê. Referencia: trecho do conto “Os sobreviventes”, do Caio Fernando Abreu.

Nele, há a representação do vazio existencial de uma geração que de algum modo se renova; de uma geração cuja liberdade é, contraditória e drasticamente, suprimida pela possibilidade infinita de possibilidades.

Diante desse personagem confuso, perdido, esvaziado de sentido e símbolo do homem contemporâneo do conto de Caio Fernando Abreu, Victor Frankl diria-lhe que devesse escolher um só ideal e vivê-lo completamente, cumprindo uma missão; que ao não se preocupar com o prazer, o sucesso, mas ao criar um valor objetivo a partir do sentido eleito por ele próprio, integrado na sua existência, isso acabaria por levá-lo ao encontro do sentido e inevitavelmente ao prazer, a felicidade, ao poder; no entanto, ao buscá-los por si mesmos o personagem, a pessoa não se satisfaz jamais e torna-se cativa de um ciclo vicioso hedonista, constantemente submetida a insatisfação.⁶

Na perspectiva do neuropsiquiatria, a filosofia do personagem do conto “Os sobreviventes” é profundamente pessimista, negativista, relativista, assim como a de Martin Heidegger, Friedrich Nietzsche, Paul Sartre e Sigmund Freud, autores que Frankl estudava psiquicamente e que acusou de uma contradição profunda : embora eles presumissem desmascarar o sentido oculto dos pensamentos humanos, desconheciam a própria natureza humana; Para Victor, tais filósofos defenderam uma liberdade tão absurda que acabara por se tornar uma prisão, haja vista, em meio a infinitas possibilidades, não haveria o que se fazer com ela.⁶

Na perspectiva de Victor Frankl, devemos aceitar que há sentido na vida independente da circunstância – desde um cenário de pandemia, morte, doença ou até mesmo no fim de um relacionamento. Frankl tem um “otimismo trágico” pois sabe que as contradições são inerentes a estrutura mesma da vida, estando sempre presentes. Ele percebeu que enquanto os prisioneiros sem um ideal sucumbiam, outros que os possuíam dançavam, conversavam... e, para além de sobreviverem, surpreendentemente viveram nos campos de concentração.⁵

Na época de seus estudos, Frankl vivia em uma sociedade plena materialmente, e mesmo diante de abundância material, percebeu que havia suicídio e depressão, reforçando que há algo interior – a liberdade de acessar o sentido independente das circunstâncias, como também elucida o filme denominado “ A felicidade não se compra “.⁵

A proposta de Frankl pode ser melhor compreendida por meio do entendimento vocacional. A vocação está ligada ao amor, que para ele é um valor objetivo de comunhão, serviço. Amar é um dever, assim como existir é sair de si, é a capacidade de não estar preso em si mesmo. Existência vem do latim EX-SISTERE, que significa ser conduzido ao exterior, a auto transcendência, embora filósofos niilistas e relativistas estivessem estritamente preocupados com o sentido individual da existência – por isso critica ferrenhamente o individualismo, obstáculo a integração, assimilação, submissão a um valor objetivo, a uma missão, a uma vocação. Assim, uma vez conduzido ao exterior e encontrado o sentido, o homem não mais padeceria das neuroses de massa e do reducionismo que limita a natureza humana aos aspectos

fisiológicos e psicológicos, os quais as consequências seriam o isolamento social, o abuso de drogas, a prática da violência, o desespero e o suicídio.⁵

Para Frankl, há também uma dimensão espiritual no homem. Ele a denomina “dimensão noológica” por não se referir a dimensão religiosa e haver confusão social com o termo “espiritual”. O vocábulo “noológico” deriva da palavra grega “noos”, que significa intuição superior, sabedoria para transcender as determinações biológicas e sociais, uma vez que o destino não é fatalístico e superá-las consiste propriamente na liberdade humana.¹⁰

Nesse sentido, as experiências excruciantes nos 4 campos de concentração nazista durante o holocausto fizeram Frankl reconhecer a religião como o mais poderoso sentido da vida, embora não o atribua a ela, haja vista indivíduos agnósticos e ateus também podem encontrar e obedecer a um ideal, por exemplo. Nesse sentido, embora fosse judeu, Frankl explica didaticamente a busca do sentido por meio da Via Crúcis cristã. Isso porque, para ele, a interpretação cristã da resignificação e mortificação da dor, da esperança diante da morte e do padecimento sem desespero é necessária para melhor compreensão da Logoterapia, a qual propõe o encontro de sentido no sofrimento e não ser o pior a dor ou a morte, mas o próprio desespero que comumente manifesta-se no indivíduo como um transtorno depressivo.¹⁰

Diante disso, o transtorno depressivo maior, representante da condição clássica do grupo de transtornos depressivos, é diagnosticado pelo DSM-5 de acordo com os seguintes critérios:

Devem estar presente 5 ou mais dos seguintes sintomas, ao longo de duas semanas, devendo um deles ser (1) ou (2) :¹

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Além disso, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Ademais, pode ser de ordem somatogênica ou psicogênica quanto a etiologia, enquanto no que tange a prevalência o transtorno depressivo maior possui acentuadas diferenças por faixa etária, sendo a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos três vezes maior do que aquela em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência.

4 METODOLOGIA

4.1 – Tipo de Estudo

O estudo é uma *Scoping Review*, uma revisão sistematizada, exploratória, que objetivou identificar produção científica relevante numa determinada área. O protocolo utilizado para a revisão foi o PRISMA para Scoping Review - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews. ¹¹

4.2 - Critérios de elegibilidade

Estabeleceram-se como critérios de inclusão artigos escritos nos idiomas inglês e português; estudos de caráter quantitativo e qualitativo e estudos que abordaram o papel e ou intervenções da religião e espiritualidade no tratamento médico de pacientes com ~~com risco de suicídio e~~ doença ~~em estado~~ terminal; estudos que abordaram o papel e ou intervenções da abordagem logoterapêutica na psiquiatria no tratamento de pacientes na iminência de morte, depressivos e ansiosos, potenciais suicidas. A relação entre eles é verificar o espócio da influência religiosa e espiritual no alcance de uma vida com sentido e, assim, de um bom morrer.

~~com risco de suicíd~~

4.3 - Fontes de informação

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados eletrônicas MEDLINE\Pubmed e nos Portais de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Embase através da busca pela combinação dos descritores em saúde, evidenciados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e Medical Subject Headings (MeSH), com inclusão dos trabalhos em inglês e português. Os termos pesquisados, seguindo a estratégia PICO¹¹ como base para a revisão de escopo, foram: com relação a população de interesse (Resistant depression), (paliative care), relacionados a intervenção (Religion and Medicine) , (Spirituality) , (religion) , (Medical Care) , (Logotherapy,

Logotherapy AND death. Logotherapy AND depression). A pesquisa mais recente foi executada em Agosto de 2022.

4.4 – Pesquisa

A completa estratégia de pesquisa eletrônica na coleta de dados foram os termos spirituality; religion; paliative care; logotherapy; Depression; Logotherapy (and) depression; spirituality (and) paliative care; religion (and) medicine; (Medical Care).

4.5 - Processo de mapeamento de dados:

Os dados foram mapeados a partir de um formulário contendo itens para guiar a obtenção das informações relacionadas as características gerais dos artigos, bem como dados da metodologia utilizada (relato de casos, série de casos, estudo aberto ou estudo controlado) e variáveis listadas no item 4.7. Foi obtido de forma independente, por dois revisores e depois comensurados e confrontados os itens divergentes.

Os métodos de mapeamento de dados das fontes de evidência incluídas e os processos de obtenção e confirmação de dados dos investigadores foram avaliados de acordo com as escalas ou inventários utilizados em cada estudo (Por exemplo, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). O mapeamento de dados ocorreu a partir da elaboração de um formulário previamente validado pelas pesquisadoras composto pelos itens descritos no tópico 4.7.

4.6 - Itens de dados (variáveis)

Variáveis de Cuidado Espiritual

Apoio espiritual das comunidades religiosas e Cuidado espiritual da equipe médica

Ambas as variáveis foram mensuradas através das opções “de modo nenhum”, “em pequena medida”, “em medida moderada”, “em grande medida” ou “completamente apoiado” e foram dicotomizados em: apoio espiritual baixo (“de forma alguma”, “em pequena medida” ou “em grau moderado”) e alto (“em grande medida” ou “completamente apoiado”).

Variáveis Religiosas

Religião (classificadas pelos pacientes) = “nada”, “um pouco” ou “muito importante”.

Variáveis do Pargament's Brief RCOPE (questionário validado utilizado), que mensurou o coping religioso positivo quando > 12 pontos (em um intervalo de pontuação, 0-21).

Outras variáveis

Idade, sexo, raça/etnia (brancos não hispânicos vs minorias raciais/étnicas)

Educação e status de seguro

Subescalas: *suporte físico, psicológico, geral, existencial e social* (do questionário McGill QoL, instrumento validado, projetado para medir a qualidade de vida em todos os estágios de doença)

Relação médico-paciente = avaliada com 5 itens medindo confiança, respeito mútuo (como 2 itens), sentir-se visto como uma pessoa inteira e conforto ao fazer perguntas sobre o cuidado (variação de pontuações possíveis, 0-5).

Discussão de fim de vida com seu médico = sim/não.

Documentação de diretivas antecipadas = sim/não

Questão validada pelo SUPORTE (Estudo para entender prognósticos e preferências para desfechos e riscos de tratamento) = em relação aos pacientes - preferências para cuidados agressivos versus conforto.

Pontuação da Karnofsky Performance Status Scale = obtida por avaliação médica.

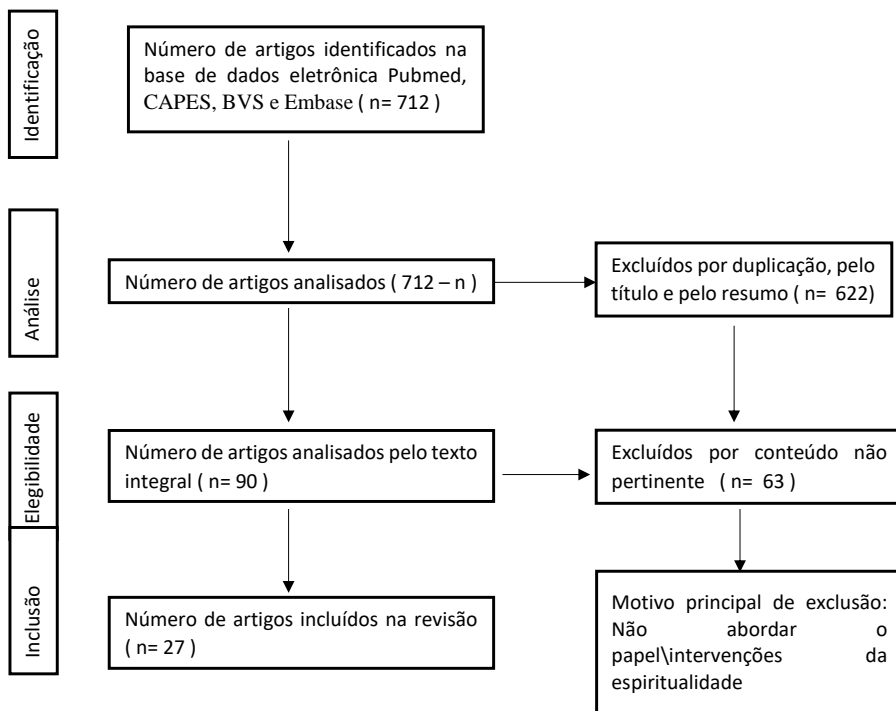
4.7 - Síntese de resultados

Os dados foram apresentados de forma descritiva, em quadros, organizados segundo os tópicos estudados (características dos artigos, aspectos das metodologias dos estudos) para apresentação das sínteses dos resultados identificados, e apresentando os pontos fortes e fracos do ponto de vista metodológico de cada artigo.

5 RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados estudos. As etapas seguidas até eleição dos que compuseram amostra deste estudo estão descritos no Fluxograma 1.

Figura 1 – Etapas da Elegibilidade dos Artigos.



O confronto com a morte: de onde venho, para onde vou ?

Há uma passagem bíblica cuja mulher, porque estava sendo oprimida, foge para o deserto. Nesse local solitário a mulher escuta a voz de um anjo, que lhe questiona: “serva, de onde vens e para onde vais?”. [Ref\(Gn 16, 8; Bíblia de Jerusalém\)](#). Com efeito: esse questionamento é levantado pelo homem desde o princípio; é, inclusive, o objetivo último de qualquer filosofia, de acordo com o filósofo espanhol Julián Marías. Uma resposta satisfatória para essa questão é decisiva para o indivíduo no confronto com a morte. Diante disso, o filósofo propõe o desenvolvimento de uma medicina chamada bioiatria, na qual o objeto de cura não é o cérebro ou o coração, mas a própria biografia humana, pois visa realizar uma correção de lesões biográficas naqueles indivíduos cuja narrativa vital está fragmentada, sem unidade ou, simplesmente, sem sentido.³

Nos doentes terminais, devido ao confronto inevitável com a finitude, a percepção desse desvio biográfico é ainda mais evidente. Por isso, o principal arrependimento de pacientes moribundos é ter realizado escolhas que não são autenticamente suas - escolhas baseadas enganosamente no interesse de terceiros mas que perceberam, na verdade, não terem sido solicitadas por ninguém (Arantes, 2016). Por exemplo, pode-se tomar a história de uma freira que apenas no momento final sinceramente percebe que decidiu entrar no convento por motivações inferiores, como vaidade e validação familiar, arrependendo-se e confessando, antes de sua morte, o desejo original de ser médica. [\(Ross, 1969\)](#)

Quando a morte se dispõe diante de uma pessoa — seja por causa de uma doença terminal, [de razões](#) circunstanciais, ~~como a morte de um ente querido,~~ ou de confrontos existenciais -, ela é convidada a responder a pergunta daquele anjo e, portanto, a se abrir para o encontro do sentido da sua existência, como quem diz: “ratifico ou retifico o que escrevi na narrativa da minha história até aqui?”. A resposta para essa questão se deve a uma abertura, de fato: existência vem do latim EX-SISTERE, que significa ser conduzido ao exterior, a auto transcendência, para além de si.

Essa projeção para a realidade significa estar presente para vida, estar a sua disposição; em outros termos: questionar-se não o que eu espero dela, mas o que ela espera de mim. Na luz do entendimento vocacional, é entendida como a verdadeira descoberta de si: uma escuta de si mesmo que equivale, de fato, a escuta do outro. E como qualquer escuta, a vocação pede um assentimento que, num esforço único para sair de si, escuta e assente. Para Victor Frankl, a vocação está ligada ao amor, que para ele é um valor objetivo de comunhão e serviço ao próximo. Portanto, é a percepção desse impulso secreto que visa, em nós, não sei que resultado distante que a consciência ignora (Sertillanges, 1921), que ajuda na compreensão do que o neuropsiquiatra Victor Frankl propõe ao nos sugerir a busca do sentido para vida.

Com isso, um dos pacientes entrevistados num estudo sobre a morte e o morrer declarou que, para ele, a morte significa “encerrar uma atividade válida”, o que ele entende como atuar no trabalho comunitário, cantando no coral e ensinando na escola dominical, por exemplo. Em outros termos: no momento de sua morte o paciente moribundo significa, em detrimento de qualquer outro, um ato de serviço ordinário e cotidiano. (Ross, 1969)

Diante disso, para Frankl, o sentido da vida pode ser entendido como uma “chama que permanece viva”. Ainda estudante começou a trabalhar com jovens em situação de depressão e em risco de suicídio. Ele percebeu que a capacidade de resistir a tristeza, melancolia, fracasso e morte não dependia de um determinante genético, hereditário, econômico, social... mas precisamente dessa chama.⁹

5.1 Cuidado espiritual x suicídio: religiosidade e motivação vital

Quando a pessoa se confronta com a questão “de onde venho, para onde vou?”, e não encontra uma resposta satisfatória, o suicídio pode parecer-lhe uma boa opção.

Sabe-se que o suicídio é um grave problema de saúde pública no mundo atual, intimamente relacionado com transtornos de humor, depressões econômicas e situações de desmoralização social. Estima-se que 50% dos pacientes depressivos não são devidamente tratados, revelando pouca resolutividade dos tratamentos farmacológicos convencionais²⁷ – embora os antidepressivos sejam a abordagem de primeira escolha, apenas um terço dos pacientes respondem eficazmente à farmacoterapia²⁵. Em vista disso, além da terapia farmacológica tradicional, existem propostas psicoterapêuticas que também consideram a dimensão espiritual humana, dentre as quais se situa a Logoterapia.

A Logoterapia foi fundada por Victor Frankl como uma ferramenta de auxílio à busca do analisando pelo sentido da vida – o qual, portanto, pode apenas ser encontrado individualmente, sendo tal dialética decisiva para o drama da liberdade humana na perspectiva dele (Akil,2018). A logoterapia é, portanto, uma alternativa para o médico que abusa na prescrição de medicações, se submetendo a uma visão amputada pelo cientificismo e esquecendo-se que lida com uma pessoa humana, dotada de um mundo interior complexo – um mundo dinâmico, de projeção, tensão, desejo e frustração. Um lugar onde essa visão amputada pelo materialismo empírico-cartesiano não alcança²².

Razão para essa complexidade do mundo interior humano é a dimensão espiritual e religiosa dele, reconhecidas por Frankl. Com efeito: as experiências excruciantes nos 4 campos de concentração nazista durante o holocausto fizeram-no reconhecer a religiosidade não apenas como a dimensão propriamente humana, mas também, segundo ele, como o mais poderoso sentido da vida, embora não o atribua a ela, haja vista indivíduos agnósticos e ateus também podem encontrar e obedecer a um ideal, por exemplo.

Considerando a dimensão religiosa o melhor instrumento para o encontro da motivação vital, o neuropsiquiatra explica didaticamente a busca do sentido por meio da Via Crúcis cristã, embora fosse judeu. Isso porque, para ele, a interpretação cristã da resignificação e mortificação da dor, da esperança diante da morte e do padecimento sem desespero é necessária para o encontro de sentido no sofrimento, sem o qual resta o próprio desespero, ou simplesmente um vazio insosso, que comumente manifesta-se no indivíduo como um transtorno depressivo e suicídio²⁶.

A história de Chiara Corbella Petrillo naturalmente ilustra esse poder do senso religioso para o encontro da esperança diante da morte e do padecimento sem desespero: mãe de duas crianças que morreram logo após o parto devido a má formações, ela mesma é vítima de um câncer que provoca a sua morte aos 28 anos. No entanto, longe de expressar angústia, as testemunhas relatam que ela e seu marido transmitiam sincera serenidade e alegria durante esse processo de dor, “um olhar e uma expressão de paz e tranquilidade”, chegando surpreendentemente a inspirar outras pessoas a desejarem a mesma dificuldade para também desfrutarem dessa confiança que ela possuía no transcendente. Em contraste, a Sra. A, de 30 anos, quando diagnosticada com um linfoma maligno, desenvolveu uma raiva intensa e a transferiu diretamente para Deus “por permitir que ela morresse tão jovem e tão frustrada”, não aceitando o fato de não ter filhos e transformando, posteriormente, a raiva em depressão (Ross, 1969). A Sra. A, ao contrário de Chiara, não fez essa experiência de resignificação e mortificação da dor; isto é, não experimentou realmente o senso religioso; não encontrou sentido no sofrimento.

Com isso, é possível observar como a religiosidade é um poderoso instrumento para ressignificação da dor e, assim, para o tratamento da própria depressão e prevenção do suicídio²⁶.

Com efeito: no estudo realizado com 2000 médicos americanos, quase metade dos psiquiatras confirmaram que a influência da religião e espiritualidade é positiva na saúde, ajudando a lidar com o sofrimento e a manter os pacientes positivos e esperançosos; verificou-se também que elas “sempre” são abordadas em consultório, revelando sua significância para os pacientes⁶.

No entanto, em contraste com essa importância atribuída pelos pacientes a religiosidade, também demonstra que os psiquiatras são consideravelmente menos religiosos e espiritualizados que os outros médicos, o que interfere no adequado tratamento médico dos pacientes. Ele identifica como as características de religiosidade e espiritualidade dos médicos determinam a provisão do cuidado espiritual – por exemplo, como a religiosidade intrínseca do médico ou o fato de ser cristão tem efeito na coleta de dados sobre religiosidade na anamnese -, e as consequências disso para adesão terapêutica do paciente².

Assim, pode-se concluir que o cuidado religioso e espiritual é imprescindível no tratamento médico psíquico e fisiológico (Baumel, 2020). Para ratificar essa premissa, foram feitos diversos estudos que demonstram o claro benefício que tão somente a logoterapia, como princípio de uma abordagem de cuidado espiritual, acrescenta no tratamento de saúde. Por exemplo, uma coorte com o objetivo de investigar a efetividade da logoterapia grupal na redução da ansiedade em mulheres com câncer de mama, utilizando o *Beck Anxiety Inventory* (BAI). De fato, observou-se que a logoterapia reduz ansiedade em mulheres com CA de mama¹⁸.

Além disso, estudos indicam que a logoterapia também reduz a depressão e até mesmo a dor em paciente com CA avançado. Concluiu-se que a logoterapia reduz os escores de cortisol, do Inventário de Depressão beck BDI e das escalas de dor em pacientes com câncer cervical avançado¹⁹. Também demonstrou-se que o índice de depressão nos grupos de controle e experimentais reduziram de 32,3 para 6,63 após a intervenção do treinamento de Logoterapia²⁰ e ao analisar 506 alunos, identificou-se o mesmo resultado positivo²¹.

Assim, tais resultados demonstram o papel que o senso religioso desempenha na cura da depressão, ansiedade e na consequente redução do suicídio, unificando a personalidade humana

e atribuindo ao sofrimento uma razão de ser e à iminência de morte a esperança. Em vista dessas razões, a religião também contribui com um bom morrer.

5.2 A saúde ~~e a religiosidade, religião e espiritualidade~~

Com efeito, essa unificação da personalidade humana atribuída pela religião, imprescindível para um bom morrer, deve-se também ao impacto positivo que exerce holisticamente na saúde humana ainda em vida, premissa ratificada em diferentes trabalhos:

Uma meta-análise demonstrou como o envolvimento religioso está associado a maiores chances de sobrevivência (ou, por outro lado, menores chances de morte) durante qualquer período de seguimento especificado, sendo que esses achados não poderiam ser atribuídos ao viés de publicação. Verificou que embora parte da associação de envolvimento religião e mortalidade possa ser um produto de confundidores, grande parte da associação pode ser substantiva, talvez mediada por comportamentos promotivos à saúde, como a manutenção de uma massa corporal saudável¹².

De 225 estudos investigando a relação com a saúde física, a maioria verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade¹⁷.

De quase 850 pesquisas examinando a relação com a saúde mental, a maioria endossa a associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias¹⁷.

Da perspectiva da saúde pública, estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, especialmente os adolescentes, nos quais ainda é negativamente relacionado com suicídio e atividade sexual/gravidez prematuras e positivamente a valores pró-sociais¹⁷.

Diante disso, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais IV realizou mudanças significativas em sua apresentação da religião, removendo freqüentes ilustrações negativas

desta na psicopatologia e incluindo o Código V para Problemas Religiosos e Espirituais¹⁷, o que pode ter efeito benéfico para o cuidado religioso na medicina.

No entanto, também afirmou-se que a religião pode ser praticada de modo a obter efeito adverso na saúde. Por exemplo, foi dito que pode ser utilizada a fim de substituir cuidados médicos tradicionais¹⁷ – embora essa afirmativa tenha sido -melhor esclarecida pela pesquisa realizada com 2.000 médicos americanos, a qual constatou que, de acordo com a maior parte dos médicos, inclusive para os psiquiatras, a religião e a espiritualidade “nunca” é razão para os pacientes recusarem ou interromperem terapia medicamentosa ou de evitarem assumir responsabilidade de sua condição de saúde⁶. Logo, conclui-se que a religião não atrapalha no cuidado médico tradicional.

Além disso, outras associações negativas entre saúde e religiosidade citadas foram induzir culpa, vergonha, medo ou outras emoções negativas que conduzem o paciente ao sofrimento e, como agente de controle social, restringir e limitar, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos⁶. A indução de culpa fica mais evidente nos pacientes com doença terminal, pois associa-se ao estágio de barganha que atravessam, onde oferecem em troca de um pouco mais tempo de vida uma vida dedicada a Deus ou aos serviços religiosos, pela culpa de não ter frequentado mais a igreja, por exemplo.

No geral, entretanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas, influenciando a saúde mais benéficamente, o que contribui, no limite, com o bom morrer¹⁷.

Os mecanismos por meio dos quais religião/espiritualidade pode beneficiar a saúde, no entanto, ainda não estão bem esclarecidos. Existem duas hipóteses explicativas: 1) relação mediada – a influência da religião em mediadores psicológicos/sociais/fisiológicos, os quais, por sua vez, que explicariam os efeitos positivos encontrados; 2) relação direta - os efeitos encontrar-se-iam na natureza e prática da religião/espiritualidade em si, considerando que propriamente os seus possíveis frutos místicos, como a fé, beneficiam a saúde¹⁶.

Nesse sentido, os benefícios que a religião exerce na saúde física, mental e social contribuem no pleno desenvolvimento da integridade humana, e com isso na coesão de sua personalidade e no bom morrer.

5.3 A doença terminal, religião e espiritualidade

De modo relevante e complexo, a religião e a espiritualidade auxilia a pessoa com uma doença terminal a enfrentar o próprio processo de morte, a aceitá-lo e a ter um bom morrer. Isso porque a crença religiosa implica uma abertura ao transcendental, o que significa abertura para servir o próximo, e esse mecanismo gera uma esperança e serenidade possíveis na angústia do morrer⁷.

Com efeito, concluiu-se que poucas pessoas de fato são religiosas, embora muitas se denominem como o sendo, e que o estágio da negação do próprio morrer, usada por quase todos os pacientes moribundos, associa-se a falta de prática religiosa séria e madura. Uma paciente em franca negação de sua doença maquiava-se grosseiramente e pronunciou como últimas as palavras “acho que não aguento mais”. Ela também ressentia-se com Deus pela condição enferma e não desenvolveu a prática religiosa. Outra paciente católica, não tendo formação religiosa sólida para ajudá-la a enfrentar a crise, dizia em negação de seu estado que foi curada e que Deus iria curá-la, ao mesmo tempo que tentava suicidar-se. Havia ainda um paciente que todos os dias esperava uma nova vacina ou uma possibilidade de cura e que se recusava a pensar em sua morte. O mesmo paciente dizia que tinha forças por causa da fé de religiosas mas que ele próprio, embora católico, não possuía desenvolvimento na prática religiosa. Ele morreu antes que tivesse aceitado sua condição, esperando uma cura. [\(Ross, 1969\)](#).

Em contraste, os pacientes que tiveram uma vida mais sofrida e desenvolveram a conversão religiosa com sinceridade no passado enfrentaram a notícia de modo mais sereno e sem temor. Um paciente que diz ter realizado uma experiência pessoal de Deus, com prática religiosa madura, dizia enfrentar o seu morrer sem qualquer medo, e assim testemunharam os médicos e amigos ao redor. Esse paciente aceitara sua morte serenamente pois se motivara a ajudar outros na mesma situação, ratificando que a prática religiosa madura associa-se a boa morte em razão dessa atitude de colocar-se a serviço para o próximo. Ele dizia: “o não poder se doar ao próximo é pior que o adoecer”. Outro paciente moribundo definiu a morte como “encerrar uma atividade válida”, o que para ele significa fazer caridade em uma congregação, e referia ter mais medo de ser curado e permanecer na profissão anterior de engenheiro, em que não se doava ao próximo, que de morrer. [\(Ross, 1969\)](#).

Há ainda outras biografias de doentes terminais que confirmam como a abertura transcendental ao próximo fundamentada numa prática religiosa madura determina um bom morrer, como a de uma enferma que afirmara ter como principal força a fé em Deus, e como principal motivação o seu marido para “permanecer” firme o seu marido. [\(Ross, 1969\)](#).

O relato de caso seguinte esclarece como a prática madura da religiosidade determina a boa morte. Conta a história de duas mulheres - Sra. B e a Sra. P. Ambas as senhoras eram religiosas e possuíam paralisia do pescoço para baixo, necessitando de assistência aguda do ventilador. No entanto, elas divergiram quanto a escolha de preservar ou não a vida – a Sra. B foi ao tribunal para solicitar cancelamento da ventilação artificial, sem o qual havia menos de 1% de chance de sobrevivência. O modo que pratica a religião e concebe a espiritualidade foi decisivo para justificar essa decisão. Ela diz: “A visão dominante da Igreja é que eu deveria esperar Deus me curar” e, após se desapontar com o mal prognóstico, pois ainda tinha a expectativa de um milagre, acrescenta: “Eu comecei a acreditar que as pessoas morrem e se tornam deficientes e Deus nem sempre intervém. Minha preocupação era que eu teria uma passagem muito longa e desconfortável, possivelmente dolorosa”²⁶.

De modo diametralmente oposto, a Sra P escolhe manter-se viva, sem objeções. Ela afirma: “é possível ser feliz nesse tipo de vida. Deus é o meu objetivo último e a morte ou suicídio nunca passou pela minha cabeça. É claro que a minha fé foi provada, mas fui colocada nesse mundo para ganhar conhecimento de algo. Sempre é possível aprender algo novo ou refinar o que você já sabe” – com efeito, até o fim da vida ela desenvolveu um trabalho de pintura e porcelana que só foi possível com a habilidade adquirida de manusear o pincel com a boca e, antes de morrer, ainda fez exposições artísticas para apresentar o seu trabalho e encorajar outras pessoas na mesma condição²⁶.

A Sra B., que não praticou a religião plenamente no sentido de ressignificação da dor e mortificação do sofrimento, morreu deprimida e solitária, enquanto a e Sra. P, que manteve a crença religiosa de modo convicto, doou-se aos demais no termo de sua vida, inclusive inspirando-os, e faleceu com uma misteriosa alegria e paz. A Sra. B e Sra P. demonstram como a prática religiosa madura – ou a sua ausência – determina uma abertura ao próximo e a Deus que influencia na boa morte²⁶.

Desse modo, a depender de como se pratica a religião, haverá diferentes desfechos no morrer do paciente. Cientificamente, o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse é denominado coping religioso (CRE) e, conforme as consequências que trazem para quem as utiliza, as estratégias de CRE podem ser classificadas como positivas ou negativas¹⁷.

Evidências apontam que as pessoas utilizam a religião especialmente em situações de crise - A prevalência de uso de CRE, em diferentes estudos, foi de 79% em pacientes hospitalizados e 61,2% em psicóticos internados, em amostras do Reino Unido, e 73,4% em hospitalizados, 86%

em hospitalizados e pacientes de cuidado contínuo, 59,1% em pacientes de cuidado contínuo (Harrison et al., 2001) e 80% em pacientes com doença mental crônica (Tepper et al., 2001), em amostras norte-americanas. Isso significa que muitos doentes terminais desenvolverão a prática religiosa somente nessa condição, e, por isso, passarão pelo estágio da negação, uma vez que ainda não estarão maduros em seu exercício, o que influencia em sua boa morte¹⁷.

No entanto, uma metanálise relacionando envolvimento religioso e mortalidade, a qual incluiu quase 126 mil participantes, aponta que as pessoas utilizam mais CRE positivo que negativo. Além disso, é interessante que aqueles indivíduos que apresentaram maiores escores em medidas de envolvimento religioso (a maioria índices globais) tiveram probabilidade 29% maior de sobrevivência no acompanhamento do que pessoas com menor envolvimento religioso. Isto é, a prática da religião não só influencia na boa morte, como também associa-se a uma maior chance de sobreviver¹².

Existem cinco estilos de CRE: autodireção, colaboração, delegação, súplica e renúncia. O estilo autodireção (self- directing) considera o indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. No estilo delegação (deferring), o indivíduo passivamente espera que Deus solucione os problemas. No estilo colaboração (collaborative), indivíduo e Deus são ativos, havendo co-responsabilidade e parceria na resolução de problemas. No estilo súplica (pleading ou petitionary), no qual o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições por Sua divina intervenção. Um estilo adicional, renúncia (surrender), teoricamente embasado no conceito de auto-renúncia do Novo Testamento (Mateus 10:39, 26:39). Nesse estilo, o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus. Relaciona-se ao estilo colaboração, pois indivíduo e Deus são ativos na solução dos problemas, mas difere no aspecto sacrificial de submissão da vontade individual. Difere do estilo delegação no aspecto ativo da escolha e do estilo súplica pelo caráter de renúncia à vontade de Deus, em vez da tentativa de influenciá-la.

Usualmente, consideram-se os estilos autodireção, colaboração e renúncia como CRE positivo, sendo esse último possivelmente o adotado por Sra. P, e delegação e súplica como CRE negativo, o provável modo de abordagem da Sra. B.

Nesse sentido, o modo maduro de praticar-se a religião, associado a doação de si e que determina um bom morrer, costuma ser o CRE de renúncia : o paciente terminal quer a cura de sua doença, mas deseja mais que se cumpra a “vontade de Deus”. É precisamente essa renúncia de si que fez uma paciente moribunda, impressionando a todos com sua tranquilidade e

“misteriosa alegria”, dizer na sua boa morte: “mesmo que eu peça a Deus a cura, talvez Deus saiba aquilo que verdadeiramente eu quero”.

5.4 O cuidado paliativo, religião e espiritualidade

O cuidado paliativo revelou-se o melhor modo de abordar os pacientes moribundos, quando cessam as possibilidades de intervenções curativas. No entanto, a religiosidade também se demonstrou fundamental para que pacientes e médicos aceitassem a interrupção de tratamentos abusivos, que visam o prolongamento da vida a qualquer custo, e, assim, para a efetividade do cuidado paliativo na boa morte de doentes terminais.

Um estudo prospectivo realizado com 343 pacientes com câncer avançado demonstrou que pessoas doentes de enfrentamento religioso de alta e baixa capacidade, cujas necessidades espirituais eram amplamente ou completamente apoiadas pelos médicos, eram mais propensas a receber cuidado paliativo e menos propensas a receber cuidados agressivos em comparação com aqueles não apoiados. Além disso, o apoio espiritual da equipe médica e das visitas à pastoral foram associados a maiores escores de qualidade de vida perto da morte. Isso ratifica não só a importância da religiosidade na adesão ao cuidado paliativo e para um melhor morrer, como também a necessidade de sua aplicação pelos médicos¹¹.

Quando fala-se na interrupção de tratamentos abusivos, espera-se que a maioria dos pacientes estejam se submetendo a cuidados agressivos indesejados. No entanto, esse estudo demonstrou que é mais frequente pacientes receberem cuidados menos agressivos do que estão realmente dispostos a se submeter, revelando a necessidade dos médicos fortalecerem a adesão ao cuidado paliativo pelos pacientes através da religiosidade. Apenas 1 dos 27 participantes (4%) com menor disposição para se submeter a tratamento intensivo recebeu intervenção altamente intensiva (via 4); 53 dos 91 participantes (58%) com maior disposição para se submeter ao tratamento intensivo receberam apenas o controle dos sintomas. A maioria (77%) dos participantes foram classificados como mais dispostos a se submeter à terapia intensiva. Houve ainda uma tendência a menor disposição para se submeter à terapia intensiva no período mais próximo da morte. Isso também ratifica que o tratamento religioso nos pacientes terminais seja desenvolvido com antecedência, a fim de que acolham o cuidado paliativo assim que necessário e lhes seja proporcionado, assim, preparação adequada para o bom morrer¹¹.

Como visto, a religiosidade associa-se ao reconhecimento e aceitação da morte e, por isso, está relacionada com maior adesão ao cuidado paliativo. No entanto, outros fatores determinam o

reconhecimento da morte pelo paciente, como a franca abertura do prognóstico pelo médico e a aceitação da morte pela família¹¹.

Nesse sentido, foi feito um estudo para identificar se o paciente reconhece a sua condição fatal, sendo feita a pergunta: “como você classificaria a atual condição de sua saúde?”. Aqueles que responderam “seriamente doente e terminal”, foram classificados como possuindo conhecimento de sua morte e aqueles que responderam “seriamente doentes, mas não terminais” ou “relativamente saudáveis”, foram classificados como não reconhecendo sua morte. O tratamento paliativo foi aquele que tinha a intenção de apenas aliviar o sofrimento do paciente, sem prolongar a vida, mesmo que como resultado não vivessem tanto; e o tratamento curativo foi aquele que tinha a intenção de prolongar a vida, mesmo que o paciente sofresse efeitos colaterais adversos. 42% dos pacientes terminais não definiram seu estado de saúde como terminal. Apenas 69% e 70% dos médicos e cuidadores dos pacientes, respectivamente, aceitavam a morte como parte da vida. Somente 58% dos médicos e 20% dos cuidadores abriram o diagnóstico terminal para os seus pacientes, pois a outra parte marcou “eu tento mostrar aos pacientes que estão gravemente doentes, mas evito dizer que estão em estado terminal de modo inequívoco”¹¹.

Esses dados advertem não só sobre a importância do cuidado religioso atribuído pelo médico no tratamento do paciente terminal antecipadamente, a fim de que ele se beneficie do cuidado paliativo, como a relevância da religiosidade para o reconhecimento da morte pelo próprio médico, o que influencia diretamente na aceitação do paciente da sua própria morte e, com isso, na adesão dele a esse cuidado. [\(Ross, 1969\)](#).

5.5 O apego a vida, a negação da morte e a crença em milagres

“A esperança é a última que morre”: qualquer que fosse o estágio da doença, quaisquer que fossem os mecanismos de aceitação usados, todos os pacientes terminais no estudo “sobre a morte e morrer” mantiveram, até o último instante, alguma forma de esperança [\(Ross, 1969\)](#). Essa realidade pode ser esclarecida pela mitologia grega: a deusa Pandora recebeu uma caixa contendo todos os males do mundo e, ao abrir a caixa, soltou todos, restando apenas a Esperança que, de acordo com ela, é a razão de os homens se apegarem tão mesquinhamente a própria vida (Assis, M, 1881). Esse apego pode ser empecilho para que o homem aceite sua condição terminal e se prepare para uma boa morte, e explica a firme espera de uma cura milagrosa pelos pacientes moribundos religiosos.

Esse estudo comprovou a relevância da crença em milagres para as pessoas e como elas esperam a intervenção deles na medicina: a maioria das pessoas (87,5%) expressa crença em milagres religiosos. Quase dois terços disseram acreditar definitivamente em milagres religiosos (62,6%). Mais da metade da população (58,0%) acredita que Deus provavelmente age através de curandeiros religiosos para curar pessoas e um terço (33,8%) é firme nessa crença. Em contrapartida, mais de três quartos (80,0%) da população disseram acreditar que Deus age através de médicos para curar doenças. Metade (49,1%) diz acreditar definitivamente que Deus age através de médicos³.

Esses estudos ratificam a mesma premissa: a grande maioria dos entrevistados (87,5%) acreditava em milagres religiosos, com 62,6% respondendo "definitivamente" em sua crença. Além disso, 80% disseram acreditar que Deus age através de médicos para curar doenças, com quase 49,1% relatando que eles definitivamente acreditavam que Deus age através de médicos. Em outro foram entrevistados 1006 adultos americanos e 774 profissionais de trauma, a maioria do público entrevistado (61,3%) acredita que uma pessoa em estado vegetativo persistente poderia ser salva por um milagre, em comparação com apenas 20,2% dos profissionais de trauma. Em outro estudo, dois quintos (40,4%) acreditam que a vontade de Deus é o mais importante fator determinante se você fica bem ou não de uma doença. Outro quinto (18,8%) acredita que a recuperação depende de múltiplos fatores, mas que a vontade de Deus é um dos fatores. No total, seis em cada dez pessoas (59,2%) acreditam que a vontade de Deus será um fator no processo de cura. Em contraste, apenas 15,4% acreditam que ter um bom médico é o fator mais importante para que as pessoas se saiam bem de uma doença (Widera, Eric W., 2011). Isto é: para a minoria das pessoas a medicina determina mais a resolutividade de um tratamento e a sua cura do que os milagres. Assim, a crença em milagres também influencia na adesão terapêutica ao cuidado paliativo dos doentes terminais³.

Nesse sentido, é importante que o médico entenda a crença em milagres e melhore a sua comunicação para auxiliar na compreensão e aceitação do paciente sobre sua doença terminal e, desse modo, ajuda-lo a preparar-se para um bom morrer. Isso porque a maioria dos entrevistados públicos (57,4%) diz que a intervenção divina de Deus poderia salvar uma pessoa mesmo que o médico lhes dissesse que não há mais o que fazer. Do mesmo modo, em outro estudo com 50 interrogados, aproximadamente um terço duvidava da capacidade de um médico prever a fatalidade baseado em motivos religiosos, com esses indivíduos acreditando que Deus era capaz de curar milagrosamente, independentemente da gravidade da doença⁵.

A consequência da expectativa de um milagre em detrimento da opinião médica sobre a gravidade da doença é uma maior adesão a intervenções agressivas e de prolongamento abusivo da vida invés da opção pelo cuidado propriamente paliativo. Esse estudo demonstra que com a expectativa de milagres, as pessoas são mais propensas a solicitar a continuação do suporte de vida independentemente da gravidade da doença e apesar de prognósticos muito ruins, sendo que para 68 pessoas a crença em milagres ou intervenção divina foi associada à preferência pela ressuscitação cardiopulmonar⁵.

Embora nenhum estudo tenha abordado a melhor comunicação para tratar pacientes em desacordo com a opinião médica por causa de crenças, uma comunicação aberta e de escuta das razões da família pode ajudar: 1) valorizar e apreciar o que os pacientes e cuidadores comunicam, 2) reconhecer suas emoções com declarações sumárias reflexivas, 3) ouvir atentamente, 4) entender quem é o paciente como pessoa fazendo perguntas abertas e 5) provocar perguntas⁵.

Embora tenha sido dito que não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer, o que é, de fato, explicitado na persistente crença em milagres dos doentes moribundos, alguns pacientes terminais religiosos demonstraram cultivar essa esperança de uma outra forma, a qual os permitissem aceitar plenamente sua condição final (Ross, 1969). Foi a esperança cultivada desse modo que possibilitou uma paciente terminal dizer que mais tocante que ser curada de um câncer é a felicidade de seu marido e seu filho com a sua ausência, e o que permitiu o esposo dela dizer que “não existe milagre maior que a paz na hora da morte”. Nesse sentido, é também dever do médico ajudar o paciente reposicionar o olhar para esse modo de esperança, a fim de que aceite sua condição terminal e se prepare para um bom morrer.

5.6 O cuidado paliativo e o posicionamento religioso

Portanto, é necessária a compreensão das diversas crenças religiosas pela equipe de saúde, de modo que ela possa eficazmente ajudar o paciente no processo de morte, conciliando o cuidado religioso e espiritual com a terapêutica. Para [melhor compreender os moribundos crentes](#), os médicos devem saber o que as principais religiões esperam quanto ao cuidado de um paciente diante da morte.

Bülow, Hans Henrik faz um resumo do posicionamento das principais religiões quanto a retirada e manutenção de tratamentos artificiais e de prolongamento da vida, a eutanásia, a

nutrição artificial e ao efeito duplo – realizar uma terapia de alívio da dor mesmo que isso inevitavelmente adiante o morrer -, no quadro abaixo⁸:

	Withhold	Withdraw	Withdraw artificial nutrition	Organ donation	Double effect ^a	Euthanasia
Catholics	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No
Protestants	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Some
Greek Orthodox	No	No	No	Yes	No ^b	No
Muslims	Yes	Yes	No	Most	Yes	No
Orthodox Jews	Yes	No	No	Yes ^c	Yes	No
Buddhists	Yes	Yes	Yes	No ^c	Yes	No
Hindus and Sikhs	Yes	Yes	?	Yes	?	Some
Taoism	Most	Most	?	?	?	?
Confucianism	No	No	?	?	?	No

^aDouble effect: alleviation of pain is allowed, even if it *unintentionally* hastens death; ^bAlleviation of pain is allowed, if it will in no way lead to the patient's death; ^cThere are conflicting views within this religion.

Para a Igreja Católica, a retenção e retirada da terapia artificial é permitida se for um fardo, perigoso, extraordinário ou desproporcional ao resultado esperado. Nesse sentido, caso os médicos indiquem que não há mais expectativa para o prolongamento da vida do paciente, não há indicação na Igreja para manutenção da terapia artificial a qualquer custo. Assim, é importante que os médicos tenham esse entendimento para que possam esclarecer os pacientes religiosos católicos e prepara-los para um bom morrer. Tal entendimento poderia ajudar, por exemplo, a Srta B, que alegou que a Igreja pensa que o doente deve esperar Deus curá-la, o que a gerou muita frustração⁸.

Em 1980, em uma "Declaração sobre eutanásia", a Igreja Católica declarou o alívio da dor na morte, mesmo com o encurtamento da vida como efeito colateral não pretendido (o efeito duplo), ainda que a dor no final da vida possa ter sentido - participar do sofrimento de Cristo na cruz. A eutanásia ativa nunca é permitida, e cuidados paliativos devem ser oferecidos. Apesar de permitir a retirada da terapia fútil, breve antes de sua morte, o Papa João Paulo II tomou uma posição firme contra a retirada da nutrição artificial de pacientes em um estado vegetativo persistente⁸.

De acordo com as seitas protestantes, elas estão confortáveis com a atual ampla gama de terapias que sustentam a vida, mas se houver pouca esperança de recuperação, a maioria entenderá e aceitará a contenção ou retirada da terapia. Um exemplo da diversidade dentro do protestantismo é a questão da eutanásia. O protestantismo permite a retirada da alimentação artificial⁸.

A Igreja Ortodoxa Grega rejeita todas as mortes consideradas resultado de decisões humanas e condena como antiético todos os atos médicos que não contribuem para o prolongamento da vida. A bioética da Igreja da Grécia declarou: "Há sempre a possibilidade de uma avaliação médica errônea ou de um resultado imprevisto da doença, ou mesmo um milagre". Portanto, como princípio, a retenção e retirada da terapia não é permitida, e se um paciente plenamente consciente solicitar uma omissão de tratamento (que possa salvá-lo), é obrigação moral do médico, na perspectiva ortodoxa, tentar persuadi-lo a consentir com esse tratamento. Alívio da dor é permitido se a medicação for dada em doses que não podem levar à morte. Reter ou retirar a nutrição artificial não é permitido mesmo que não haja perspectiva de recuperação. O suporte artificial só é justificável quando oferece perspectiva de vida continuada. No entanto, é permitido o término da terapia ventilatória em uma pessoa com morte cerebral⁸.

O sistema legal judeu ou Halacha, desenvolvido a partir da Bíblia (Tanach), diferem entre ações ativas e passivas e entre reter e retirar terapias de sustentação da vida. Halacha não permite a aceleração da morte mesmo em estado terminal – não pode tirar o suporte artificial, mas também não há obrigação de prolongar ativamente a dor e o sofrimento de um paciente moribundo ou prolongar a vida de tal paciente. Portanto, Halacha permite a retenção de um tratamento de saúde que prolonga a vida, desde que seja relativo ao processo de morte, mas proíbe a retirada da terapia que sustenta a vida, se for uma forma contínua de tratamento⁸.

A autorização islâmica é semelhante a católica: é permitido retirar e manter o tratamento artificial conforme o indicado; não é permitido tirar a alimentação artificial; é permitido o cuidado paliativo, mesmo que de modo não intencional acelere a morte⁸.

No hinduísmo não há uma única autoridade central fazendo com que surjam divergentes perspectivas. Os hindus acreditam no karma, uma lei causal onde todos os atos e pensamentos humanos têm consequências: um bom karma leva a um bom renascimento, um mau karma a um renascimento ruim. A religião lida com a morte por sua negação — a morte é apenas a passagem para uma nova vida, mas a morte prematura é seriamente lamentada. O modo como se morre é importante. Uma boa morte é significada pela velhice, tendo dito adeus e todos os deveres foram resolvidos. A morte ruim é violenta, prematura, no lugar errado (não em casa ou no rio Ganges) e significa por vômito, fezes, urina e uma expressão desagradável. A morte na UTI parece estar na categoria de uma morte ruim. Uma ordem de não ressuscitar é geralmente aceita ou desejada porque a morte deve ser pacífica, e a vida artificial ou mecanicamente

sustentada é de pouco valor, mas pouco é ensinado nas escolas médicas indianas sobre cuidados paliativos e gerenciamento da morte. A eutanásia é ilegal na Índia, mas há uma tradição de longa data de suicídio em certos cuidados, circunstâncias totalmente definidas como purificação espiritual, para promover o desprendimento e garantir que não haja sinais de morte ruim (fezes, vômito ou urina)⁸.

A religião predominante na população chinesa idosa é o budismo/taoísmo. Em contraste, a maioria (60%) da geração mais jovem afirma não ter religião, porque o confucionismo não é geralmente considerado uma religião pela maioria dos chineses. A perspectiva moral é influenciada principalmente pelo confucionismo, mas também pelo taoísmo e budismo.

Conseqüentemente, com essa mistura de diferentes religiões e filosofias em uma única população, opiniões e dilemas muito diversos podem ser encontrados. De acordo com o ensino confucionista, a morte é boa se a gente cumpriu seus deveres morais na vida, e a resistência a aceitar doenças terminais ou insistir no tratamento fútil pode refletir a percepção do paciente sobre negócios inacabados.

Na cultura chinesa como um todo, o tema da morte é geralmente um tabu, que proíbe os médicos de desatar a morte em muitos detalhes com o paciente ou a família do paciente. A manutenção da esperança é considerada muito importante no cuidado dos moribundos, pois a esperança evita sofrer, evitando o desespero⁸.

Assim como no Hinduísmo, não há autoridade budista central para pronunciar sobre doutrina e ética. O budismo é uma religião flexível e moderada, e na prática, os costumes locais muitas vezes serão mais importantes na relação entre médico e paciente do que a doutrina budista. Basicamente, não há mandato ou obrigação moral para preservar a vida a todo custo no budismo — isso seria uma negação da mortalidade humana. Esse é o ponto principal a se fazer. Não há ensinamentos budistas específicos sobre pacientes em um estado vegetativo persistente, mas manter o paciente vivo artificialmente, por exemplo, por nutrição artificial, não é mandatório no budismo. Alívio da dor, e o princípio do duplo efeito, é aceito, mas os budistas acreditam que é importante encontrar a morte com clareza mental. Portanto, alguns podem abster-se de analgesia ou sedação. Os cuidados terminais devem estar disponíveis e o budismo apoia o movimento do hospício⁸.

5.7 O cuidado religioso na terapêutica médica

Foi visto o parecer das diversas religiões quanto aos cuidados terminais dos pacientes. Aqui será exposto quais as principais preocupações dos doentes moribundos no fim da vida, assim como as dos médicos e a discordância entre elas. Além disso, será demonstrado a importância desse cuidado ser integrado na prática médica, os empecilhos a essa integração e o modo que inicialmente isso pode ser feito, de acordo com as expectativas dos pacientes.

Os estudos ratificam que questões referentes a religiosidade são a necessidade mais significativa entre os doentes terminais. A maior preocupação de 50% a 60% dos entrevistados em uma pesquisa sobre o processo de morte é não ser perdoado por Deus e em outro estudo com 340 pacientes em estado terminal avaliados, estar em paz com Deus e o alívio da dor tem praticamente a mesma relevância - 89% e 93%, respectivamente⁴.

Além disso, doentes terminais e médicos consideram como importante para as pessoas com doença grave sentir-se preparado para morrer, acreditar que a família está preparada, resolver questões inacabadas da vida e saber o que esperar da própria condição física. Para eles também destacou-se a importância de preservar o senso de humor, poder conversar com o médico sobre medos e questões espirituais e ter alguém para ouvir.

No entanto, há uma divergência da importância atribuída ao cuidado religioso dos pacientes terminais entre médicos e pacientes. Entre os 361 médicos questionados, todos (99%) atribuíram importância para o alívio da dor e apenas 65 % ao estar em paz com Deus. Outra discordância entre pacientes e médicos foi a importância atribuída pelas pessoas com doença grave a orar, ter uma sensação de completude da vida, não ser um fardo para a família ou sociedade e ser capaz de ajudar os outros. Isso sugere que a medicina pode estar beneficiando um olhar cientificista e a prescrição de medicações em detrimento do cuidado a dimensão espiritual dos pacientes, esquecendo-se que lida com uma pessoa humana, dotada de um mundo interior complexo⁴.

Essa negligência médica ao cuidado espiritual pode ser verificada em um estudo feito com avaliações quantitativas de recebimento desse cuidado pelos pacientes. Os doentes moribundos relataram ter recebido esse cuidado de 13% de seus enfermeiros e de tão somente 6% de seus médicos, embora a maioria (62%) indicou ser "muito importante" para eles a equipe de saúde considerar as necessidades de cuidado espiritual como parte do tratamento de câncer⁹.

Além disso, outro estudo demonstra essa negligência quando confirma que apenas 3% dos médicos e enfermeiros relataram ter coletado uma história espiritual dos doentes terminais e que apenas 7% dos pacientes relataram oferecer histórico espiritual de enfermeiros e 4% de médicos. Também foram demonstradas baixas taxas de encaminhamentos de capelão, com 4% dos pacientes relatando isso sendo feito por enfermeiros e 1% por médicos; sendo que o cuidado espiritual pelo médico e enfermeiro, quando realizado, estava associado a religiosidade intrínseca do médico².

As razões para a religião e a espiritualidade virem sendo negligenciadas no cuidado de saúde incluem :

(a) Religião e espiritualidade são menos centrais e importantes para médicos e isso, por sua vez, interfere na quantidade e qualidade de aplicações de cuidado espiritual e religioso nos pacientes

b) A religião e a espiritualidade são equivocadamente assumidas por alguns médicos em estarem fora do escopo do estudo científico (Thomson, 1996);

(c) alguns acreditam que religião e espiritualidade, ao contrário do que os dados sugerem (Gallup, 1994), devem recuar durante uma era que reflete a ascensão da ciência e da iluminação racional (ver Barbour, 1990; também ver Hill et al., 2000). Por exemplo: dos 59 estudos quantitativos incluindo uma variável de religião ou espiritualidade em quatro grandes periódicos psiquiátricos na revisão sistemática de Larson et al.(1986), apenas 3 incluíram religião ou espiritualidade como variável central sob investigação¹⁶.

As consequências dessa negligência dos médicos ao cuidado espiritual podem ser avaliadas no seguinte estudo. Entre os pacientes avaliados, mais de dois terços (69,0%) relatam que provavelmente ou definitivamente querem falar com alguém sobre preocupações espirituais se gravemente doente para ser internado no hospital. No entanto, quase todos eles (43,9%) também responderam que não gostariam de falar sobre isso com um médico. Além disso, embora muitos relataram acreditar que Deus age através de médicos e que os veem como instrumento da vontade de Deus, eles também afirmaram não enxergá-lo como um intercessor. Isto é: mesmo pacientes de fé firme e grande enfermidade do corpo estão relutantes em discutir suas preocupações espirituais com um médico. Os médicos de hoje, mesmo aqueles treinados no modelo biossocial, raramente abordam questões religiosas com os pacientes. Esse distanciamento entre a necessidade do cuidado religioso pelos pacientes e o que é oferecido pelo médico, portanto, pode prejudicar a resolução de suas angústias, a adesão ao cuidado paliativo, e ser empecilho no bom morrer do paciente³.

Dessa forma, o cuidado religioso precisa ser inserido na prática médica, haja vista sua relevância para o bom morrer dos doentes terminais. Um estudo feito com 343 participantes concluiu essa importância. Pacientes relatando alto apoio espiritual de comunidades religiosas (43%) eram menos propensos a receber hospício, mais propensos a receber medidas agressivas, e mais propensos a morrer em uma UTI. No entanto, entre aqueles pacientes que, além de bem apoiados pelas comunidades religiosas, também receberam apoio espiritual da equipe médica foi associado a maior taxa de uso hospitalar, menos intervenções agressivas e menos óbitos por UTI. Em outros termos, não somente a comunidade religiosa, mas a própria equipe médica deve exercer o cuidado espiritual e religioso para redução de mortalidade, de tratamentos agressivos e aumento de cuidados paliativos nas pessoas com doença em estado terminal, proporcionando-as a possibilidade de uma boa morte¹³.

Outro estudo documenta três razões importantes para incluir a espiritualidade no modelo biopsicossocial, a fim de providenciar aos doentes terminais uma boa morte. A primeira é que muitos acreditam que Deus age através de médicos. A segunda é que eles também acreditam que a vontade de Deus é mais importante do que a própria habilidade do médico. A terceira é que a maioria dos pacientes quer discutir preocupações espirituais quando gravemente doentes ou feridos. O espiritual deve ser considerado em nossos modelos de cuidados de saúde porque, como já abordado, a maior parte dos pacientes pensam que há um fator de fé envolvido, e a fé pode influenciar fortemente o comportamento em saúde³.

Nesse sentido, os empecilhos para inserção do cuidado religioso no tratamento médico devem ser reconhecidos e eliminados. Psiquiatras e não psiquiatras afirmam serem desencorajados a discutir religião e espiritualidade com os pacientes devido a três fatores principais: tempo, preparo técnico insuficiente e medo de ofender o paciente⁶. De fato, outro estudo ratifica tais empecilhos: para maioria das enfermeiras e médicos o tempo insuficiente é uma limitação "moderada" ou "muito significativa" à provisão de cuidado espiritual. Além disso, constatou-se que a maioria dos enfermeiros e médicos nunca havia recebido treinamento em cuidado espiritual (88% , 86%;), embora a maioria deles, especialmente os enfermeiros, o desejassem⁹. No entanto, quanto ao medo de ofender o paciente, outro estudo demonstrou que, embora se sintam surpresos, os próprios pacientes gostam quando o médico toma a iniciativa de discutir sobre religiosidade, ao que responderam com a coleta da história espiritual : "... me ajudou a encontrar paz de espírito; confiança em Deus".

Portanto, para ter a espiritualidade incluída nos cuidados médicos dos pacientes terminais, os profissionais de saúde podem começar por tomar uma história espiritual apropriada do paciente após a admissão no ambiente clínico. Este esquema baseia-se em um modelo de cuidado generalista especializado, o qual tem como principais objetivos:

1. O cuidado espiritual deve ser integral a qualquer modelo de cuidado do sistema de saúde compassivo e centrado no paciente.
2. Os modelos de cuidado espiritual devem basear-se na honra da dignidade de todas as pessoas e na prestação de cuidados compassivos.
3. Sofrimento espiritual ou luta religiosa devem ser tratados com a mesma intenção e urgência que o tratamento para dor ou qualquer outro problema médico ou social.
4. A espiritualidade deve ser considerada um sinal vital do paciente. Assim como a dor é rastreada rotineiramente, as questões espirituais também devem fazer parte dos cuidados rotineiros. Políticas institucionais para rastreamento e história espiritual devem ser integrados às políticas de ingestão e à avaliação contínua do cuidado.
5. Os modelos de cuidado espiritual devem ser interdisciplinares e os ambientes clínicos devem ter um capelão certificado pela Educação Pastoral Clínica como parte da equipe inter profissional.

Mais pesquisas são necessárias para desenvolver modelos conceituais de treinamento médico - incluindo a tomada da história espiritual, funções profissionais dentro da equipe multidisciplinar, engajamento em práticas de paciente-praticante como oração, e reconhecimento dos vieses criados pela visão pessoal de cuidados espirituais dos profissionais - para testar seu impacto na provisão desses cuidados nos resultados dos pacientes⁹. Desse modo, a integração do cuidado espiritual na medicina poderá favorecer os pacientes a terem uma boa morte⁷.

Pode verificar-se que houve predominância de estudos verificados na base de dados Pubmed. Além disso, verifica-se a predominância de estudos realizados em 2015.

Quadro 1 – Autores, título do artigo, ano de publicação, base de dados e periódico utilizado. Abril, 2022. Salvador, Bahia.

Autores	Título do artigo	Ano de Publicação	Base de dados	Periódico
---------	------------------	-------------------	---------------	-----------

Balboni	Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life	2013	PubMed	JAMA intern med
Ferrell	National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition	2018	PubMed	Journal of palliative medicine
Paulk, Balboni, Phelps	Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death	2010	PubMed	Journal of clinical Oncology
Panzini, Bandeira,	Coping Religioso/Espiritual [Spiritual/Religious Coping]	2007	PubMed	Revista psiquiatria clínica
Hill, Pargament	Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality	2003	PubMed	American Psychologist Association
McCullough,	Religious involvement and mortality: A meta-analytic review	2000	PubMed	Health Psychology
Balboni	Why is spiritual care infrequent at the end of life? spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training	2013	PMC PubMed	Journal of Clinical Oncology
Lawrence	Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches	2007	Embase	American Journal of Psychiatry

Quadro 1 – Autores, título do artigo, ano de publicação, base de dados e periódico utilizado. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (continuação)

Autores	Título do artigo	Ano de Publicação	Base de dados	Periódico
---------	------------------	-------------------	---------------	-----------

Puchalski	Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference	2009	PubMed	Journal of Palliative Medicine
Cosgriff	The association between treatment preferences and trajectories of care at the end-of-life.	2007	Research Gate	Journal of General Internal Medicine
Prigerson	Socialization to dying: social determinants of death acknowledgement Prigerson, H. G. and treatment among terminally ill geriatric patients.	1992	Research Gate	Journal of health and social behavior
Widera,	Approaching patients and family members who hope for a miracle	2011	PubMed	Journal of Pain and Symptom Management
Mansfield,	The doctor as God's mechanic? Beliefs in the Southeastern United States	2002	PubMed	Social Science and Medicine
Mitchell, Dana E.	The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit	2008	PubMed	Intensive Care Medicine
Bülow	Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers	2000	PubMed	Journal of the American Medical Association
Steinhauser, Karen E.	Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting	2015	Research Gate	American Journal of Hospice and Palliative Medicine
Epstein, Zachary D.	A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia	2012	Elsevier	Preventive Medicine
Studs, Christina R.	Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer	2015	BVS	Iranian Journal of Cancer Prevention

Quadro 1 – Autores, título do artigo, ano de publicação, base de dados e periódico utilizado. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Título do artigo	Ano de Publicação	Base de dados	Periódico
---------	------------------	-------------------	---------------	-----------

Mohabbat-Bahar, Golzari, Moradi-Joo <i>et al</i>	The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients	2017	PubMed	Health Care for Women International
Sulistiyowati, Ardhianto, Adhitya, Hadi, Syamsul	Logo therapy effect on anxiety and depression in mothers of children with cancer.	2014	PMC PubMed	Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology
Delavari, Nasirian, Baezegar Bafrooei	The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students.	2015	BVS	International Journal for the Advancement of Counselling
Robotmili, Sohrabi, Shahrak <i>et al</i>	Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology.	2015	PubMed	Palliative and Supportive Care
Vos	Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach.	2018	PMC PubMed	Neuroscience and Biobehavioral Reviews
Akil, Gordon, Hen, Javitch, Mayberg, <i>et al</i>	Implementing Logotherapy in Its Second Half-Century: Incorporating Existential Considerations Into Personalized Treatment of Adolescent Depression	2020	Embase	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Baumel, BA, Constantino, MD	Challenges of treatment-resistant	2018	PubMed	Psychiatria Danubina
Pandarakalam	Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. Depression	2004	PubMed	Canadian Journal of Psychiatry
Ewalds-Kvist, Lützn	Miss B pursues death and miss P life in the light of V. E. Frankl's existential analysis/logotherapy	2015	PubMed	Omega

Quadro 2 – Local, Objetivo e Desenho dos Estudos. Abril 2022. Salvador, Bahia

Autores	Local do estudo	Objetivo	Desenho	Número de participantes
Balboni	Estados Unidos	Para determinar se o apoio espiritual de comunidades religiosas influenciam a assistência médica e a qualidade de vida (QL) perto da morte de pacientes doentes terminais.	Estudo de coorte com pacientes com câncer avançado inscritos de setembro de 2002 a agosto de 2008 e seguido (duração mediana, 116 dias) até a morte. Entrevistas de linha de base avaliaram o apoio às necessidades espirituais dos pacientes por comunidades religiosas.	343
Ferrell	Estados Unidos	As Diretrizes do NCP visam incentivar e orientar organizações e médicos de saúde (incluindo especialistas em cuidados não matemáticos) em todo o continuum assistencial para integrar princípios e melhores práticas de cuidados paliativos em sua avaliação de rotina e cuidado de todos os pacientes graves e seus cuidadores familiares.	Revisão de literatura	-
Paulk, Balboni, Phelps	Estados Unidos	Determinar se o cuidado espiritual da equipe médica impacta os cuidados médicos recebidos e qualidade de vida no final da vida e para examinar essas relações de acordo com o enfrentamento religioso do paciente.	Estudo prospectivo e multisite de pacientes com câncer avançado de setembro de 2002 a agosto de 2008. Foram entrevistados pacientes na linha de base e observados (mediana, 116 dias) até a morte.	343
Panzini, Bandeira	Brasil	Apresentar revisão de literatura sobre coping religioso, enfocando sua base teórica, avaliação e aplicação na prática clínica.	Revisão de Literatura	-
Hill, Pargament, Kenneth	Estados Unidos	Destacar alguns dos avanços que foram feitos em delinear conceitos e medidas religiosas e espirituais que estão relacionadas à saúde física e mental.	Revisão Sistemática	-

Quadro 2 – Local, Objetivo e Desenho dos Estudos. Abril 2022. Salvador, Bahia.
(Continuação)

Autores	Local do estudo	Objetivo	Desenho	Número de participantes
McCullough	Estados Unidos	Indicar que as pessoas com alto envolvimento religioso eram mais propensas a estar vivos no acompanhamento do que as pessoas mais baixas em envolvimento religioso	Meta-análise	126.000
Balboni	Estados Unidos	Determinar fatores que contribuem para a oferta pouco frequente de cuidados espirituais (SC) por enfermeiros e médicos que cuidam de pacientes no final da vida (EOL)	Trata-se de um estudo multisite realizado de março de 2006 a janeiro de 2009.	75 (pacientes) 339 (médicos e enfermeiros)
Lawrence	Estados Unidos	Este estudo comparou as maneiras pelas quais psiquiatras e não psiquiatras interpretam a relação religião/espiritualidade e saúde e abordam questões de religião/espiritualidade no encontro clínico.	Os autores enviaram uma pesquisa para uma amostra aleatória estratificada de 2.000 médicos americanos, sendo muitos deles psiquiatras. Os autores perguntaram aos médicos sobre suas crenças e observações sobre a relação religião/espiritualidade e saúde do paciente e sobre as maneiras com as quais abordam religião/espiritualidade e no cenário clínico.	2000
Puchalski	Estados Unidos	Identificar pontos de concordância sobre como a espiritualidade se aplica aos cuidados de saúde e para fazer recomendações para avançar na	Revisão de Literatura	-

		prestação de cuidados espirituais de qualidade em cuidados paliativos.		
Cosgriff	Estados Unidos	Determinar a associação de preferências nos cuidados de fim de vida	Estudo de coorte observacional.	118
Ewalds-Kvist, Lützn	United States	O referido estudo utilizou a abordagem existencial/logoterapêutica de Viktor E. Frankl (1947/1975) ao examinar as escolhas da Sra. B e da Sra. P para descartar a vida e viver a vida, respectivamente.	Relato de caso	2

Quadro 2 – Local, Objetivo e Desenho dos Estudos. Abril 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Local do estudo	Objetivo	Desenho	Número de participantes
Prigerson	Estados Unidos	A partir de entrevistas com 76 triádes compostas por médicos, doentes terminais e cuidadores primários, este estudo utiliza a perspectiva de socialização para identificar os atores e ações que mais fortemente afetam o reconhecimento da morte do paciente e o recebimento exclusivo de cuidados paliativos.	Estudo observacional tipo coorte transversal analítico	(médicos) 76 (cuidadores) 76 (pacientes)
Widera	Estados Unidos	Com uma série de perguntas clínicas focadas, descrever a pesquisa de literatura usada para responder às perguntas, avaliar criticamente os trabalhos importantes e sintetizar os resultados em um conjunto coerente de respostas. Este tema foi eleito com base tanto em sua dificuldade inerente quanto em uma suposição comum de que não se pode explorar crenças e práticas espirituais a partir de uma abordagem baseada em evidências.	Revisão de Literatura	-
Mansfield, Mitchell, King.	Estados Unidos	Neste artigo, descreveram importantes práticas espirituais e crenças relacionadas ao atendimento médico entre pessoas do leste rural da Carolina do Norte. Embora esta região seja demograficamente única nacionalmente, ela é representativa do sudeste dos Estados Unidos. Examinaram a prática da oração pessoal para a cura e se as pessoas discutem preocupações espirituais com seu médico. Avaliaram crenças em	Inquérito telefônico de gráficos aleatórios de adultos	900

Bülow, Henrik	Estados Unidos	<p>milagres, que Deus age através de curandeiros religiosos, que a vontade de Deus é um fator importante no processo de cura, e que Deus age através de médicos para curar doenças.</p> <p>Em seguida, usaram um índice composto para examinar a extensão que a fé religiosa na cura varia entre raça, idade, denominação, educação, renda e estado de saúde. Também examinaram a saliência de fatores pensados para prever a crença de que Deus age através de médicos e se um paciente discute preocupações espirituais com um médico.</p> <p>Finalmente, exploraram se as pessoas querem orientação espiritual quando estão doentes e especificamente se querem seu médico envolvido na discussão de preocupações espirituais.</p> <p>Concluíram sugerindo como os profissionais podem reconhecer, e talvez incorporar, as crenças espirituais de seus pacientes na relação médico-paciente.</p>	Revisão de Literatura	-
Steinhausr	Estados Unidos	<p>A recente busca mostrou que a afiliação religiosa de médicos e pacientes influencia significativamente as decisões de fim de vida na unidade de terapia intensiva no mundo ocidental. As principais religiões do mundo sobre a retenção e retirada da terapia, sobre o apressamento do processo de morte ao fornecer alívio da dor (duplo efeito) e sobre a eutanásia são descritas. Esta revisão também discute se a nutrição deve ser fornecida aos pacientes em estado vegetativo permanente, e as questões de morte cerebral e doação de órgãos.</p> <p>Determinar os fatores considerados importantes no final da vida pelos pacientes, suas famílias, médicos e outros prestadores de cuidados.</p>	Pesquisa nacional aleatória transversal e estratificada realizada entre março e agosto de 1999	340 (pacientes severamente doentes) 332 (famílias severamente em luto) 361 (médicos) 429 provedores de cuidado (assistente social, enfermeiros, capelheiros)

Epstein-Peterson	Estados Unidos	Explorar o papel da religião e espiritualidade e do cuidado espiritual no cenário do câncer avançado a partir dos pontos de vista de pacientes, enfermeiros e médicos.	Estudo de coorte transversal	69 (pacientes) 318 (médicos e enfermeiras)
Studs	Condados de Appalachian Kentucky	Elucidar a frequência de práticas específicas de SC de enfermeiros e médicos em seus cuidados com pacientes com câncer avançado, para avaliar o impacto percebido dessas trocas de SC e para examinar características do provedor preditivo da provisão de SC. Avaliar a eficácia de uma intervenção de conselheiro leigo de saúde (LHA) que possui fé para aumentar a incidência do teste de papanicolaou (Pap) entre mulheres de meia-idade e idosos em uma região desproporcionalmente afetada pelo câncer do colo do útero e baixas taxas de rastreamento (regionalmente, apenas 68% rastreadas em 3 anos anteriores)	Ensaio clínico randomizado	176 (tratamento) 169 (controle)

Quadro 2 – Local, Objetivo e Desenho dos Estudos. Abril 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Local do estudo	Objetivo	Desenho	Número de participantes
Mohabbat-Bahar, Golzari, Moradi-Joo <i>et al</i>	Irã	Investigar a efetividade da logoterapia grupal na redução da ansiedade em mulheres com câncer de mama.	Pesquisa experimental com pré-teste, pós-teste e grupo controle	30
Soetrisno Sulistyowati, Ardianto, Adhitya, Hadi, Syamsul	Indonésia	Examinar o nível de cortisol e HSP70 no soro sanguíneo humano, no Inventário de Depressão Beck (BDI), bem como escalas de dor em pacientes com câncer cervical avançado; e comparar o resultado do exame antes e depois do tratamento de logoterapia.	Pesquisa com projeto de grupo controle pré-teste e pós-teste usando a técnica de amostragem aleatória	30
Delavari, Nasirian, Baezegar Bafrooei	Irã	Investigar a eficácia da logoterapia sobre ansiedade e depressão entre mães de crianças com câncer	Pesquisa prática, conduzida por um método semi-piloto utilizando pré-teste e pós-teste com grupos controle e experimentais	30

Robatmili, Sohrabi, Shahrak <i>et al</i>	Irã	Identificar a eficácia da logoterapia em grupo na redução da depressão e no aumento do significado nos níveis de vida dos estudantes universitários no Irã.	Projeto pré-teste e pós-teste com um acompanhamento de um mês envolvendo um grupo experimental e um controle	20
Vos	London, United Kingdom	A relação entre significado na vida e dados existenciais parece relativamente inexplorada, e não parece claro como os terapeutas podem integrá-los. O presente artigo tem como objetivo explorar a relação entre significado e dados existenciais.	Revisão de Literatura	-
Akil, Gordon, Hen <i>et al</i>	New York	O referido estudo propõe-se a uma estrutura em múltiplas escalas para pesquisas fundamentais sobre depressão, visando identificar os circuitos cerebrais disfuncionais de depressão em vários modelos animais, bem como as mudanças na expressão genética que estão associadas a esses modelos.	Revisão de Literatura	-

Quadro 2 – Local, Objetivo e Desenho dos Estudos. Abril 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Local do estudo	Objetivo	Desenho	Número de participantes
Constantino <i>et al.</i>	Estados Unidos	Esse estudo fornece uma atualização clínica sobre o conhecimento em torno de uma tradição psicoterapêutica que aborda questões existenciais, e considera se a evolução dessa abordagem, em conjunto com avanços paralelos na psicologia positiva, está se aproximando da prontidão para uma implementação mais sistemática no tratamento da depressão adolescente.	Revisão de Literatura Tipo Narrativa	-
Pandarakalam	Warrington, United Kingdom	Psiquiatras biológicos devem dar a devida importância aos aspectos não biológicos da depressão e os psicoterapeutas não devem ignorar os correlatos biológicos. A solução unidimensional não funcionará para uma doença complexa como a depressão refratária e uma única resposta não deve ser buscada como cura porque a etiologia da depressão é multifatorial e a fisiopatologia em si permanece desconhecida	Revisão de Literatura Tipo Narrativa	-
Breitbart, Gibson, Poppito, Berg, Amy	Canadá	Neste artigo, exploram-se os fundamentos existenciais de significado e espiritualidade à luz de doenças terminais e cuidados paliativos. Discutem-se temas existenciais em termos de conscientização dos pacientes sobre	Revisão de Literatura Tipo Narrativa	-

		a morte e busca de significado e promoção de profissionais de agência pessoal e responsabilidade à medida que os pacientes enfrentam questões de vida ou morte.		
Ewalds-Kvist, Lützn, Kim	United States	O referido estudo utilizou a abordagem existencial/logoterapêutica de Viktor E. Frankl (1947/1975) ao examinar as escolhas da Sra. B e da Sra. P para descartar a vida e viver a vida, respectivamente.	Relato de caso	2

Neste Quadro 3 pode ser verificado que a logoterapia é um tratamento eficaz para o tratamento da depressão.

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia.

Autores	Análise de Dados	Resultados
----------------	-------------------------	-------------------

Balboni	<p>Pacientes com doenças terminais que são bem apoiados por comunidades religiosas acessam menos cuidados hospitalares e intervenções médicas agressivas mais próximas à morte. Cuidados espirituais e discussões sobre o fim da vida pela equipe médica podem reduzir agressivos tratamento, destacando o cuidado espiritual como um componente-chave das diretrizes de cuidados médicos da medicina paliativa.</p> <p>Os pacientes que recebiam maior suporte religioso correspondiam as minorias sociais e étnicas, tinham menor grau de educação e seguro. Esses pacientes tinham maior consciência de sua condição terminal e menor probabilidade de solicitar suporte avançado de vida.</p> <p>No entanto, nenhuma associação relevante foi identificada entre a assistência pela comunidade religiosa e a melhora da qualidade de vida no fim da vida.</p> <p>Além disso, verifica-se que os pacientes que receberam suporte espiritual unicamente da comunidade religiosa associaram-se a menor cuidados paliativos e maior morte e tratamentos agressivos, enquanto aqueles que, além do suporte da comunidade, também receberam suporte espiritual da equipe médica associaram-se ao inverso.</p>	<p>Entre os pacientes bem apoiados pelas comunidades religiosas, recebendo apoio espiritual da equipe médica foi associado com maior taxas de uso hospitalar (AOR, 2,37; IC 95%, 1,03-5,44 [P=.04]), menos intervenções agressivas (AOR, 0,23; 95% IC, 0,06-0,79 [P=.02]) e menos óbitos por UTI (AOR, 0,19;IC 95% 0,05-0,80 [P=.02]); e discussões EoL foram associadas a menos intervenções agressivas (AOR, 0,12;IC 95%, 0,02-0,63 [P=.01]).</p>
Ferrell	<p>As Diretrizes do NCP formalizam e delimitam processos e práticas baseadas em evidências para a provisão de cuidados paliativos seguros e confiáveis de alta qualidade para adultos, crianças e famílias com doenças graves em todos os ambientes de cuidado.</p>	<p>Este artigo apresenta os principais domínios e diretrizes da 4ª edição.</p>

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Análise de Dados	Resultados
---------	------------------	------------

<p>Paulk, Balboni, Phelps</p>	<p>Pacientes de alto enfrentamento religioso cujas necessidades espirituais eram em grande parte ou completamente apoiadas pela equipe médica eram mais propensos a receber cuidados paliativos e menos propensos a receber cuidados agressivos no EoL em comparação com aqueles que não recebiam apoio espiritual. No entanto, o apoio espiritual da equipe médica não foi associado com o recebimento de cuidados de EoL agressivos na amostra completo, assim como o dos serviços de pastoral não foi associado ao recebimento de cuidados ou atendimento agressivo.</p> <p>Maior apoio espiritual da equipe médica, de serviços de pastoral e foi associado com melhor qualidade de vida do paciente perto da morte. Entre os pacientes que relataram apoio espiritual apenas de cuidadores médicos não-capelão, maior apoio espiritual foi associado à melhora da QL do paciente perto da morte.</p> <p>Os escores de qualidade de vida foram significativamente maiores entre aqueles que recebem cuidados espirituais em ambos os pacientes de baixo e alto enfrentamento religioso.</p>	<p>O apoio espiritual da equipe médica e das visitas à pastoral foram associados a maiores escores de QV perto da morte (IC 20,0 [95% IC, 18,9 a 21,1] v 17,3 [IC 95%, 15,9 a 18,8], P// 0,007; e 20,4 [IC 95%, 19,2 a 21,1] v 17,7 [IC 95%, 16,5 a 18,9], P// 0,003, respectivamente).</p>
<p>Panzini, Bandeira</p>	<p>Um destacado pesquisador na área, afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/ estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis. Os mecanismos por meio dos quais religião/ espiritualidade pode afetar a saúde, no entanto, ainda não estão bem esclarecidos. Existem duas hipóteses explicativas: 1) relação mediada (vários mediadores psicológicos/sociais/fisiológicos explicariam os efeitos encontrados); 2) relação direta (os efeitos encontrar-se-iam na própria natureza da religião/espiritualidade, influenciando a saúde) (Hill e Pargament, 2003).</p> <p>O coping religioso/espiritual pode contribuir nessa investigação, pois tem sido citado como melhor preditor de resultados de saúde. O coping é concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de</p>	<p>O CRE – coping religioso - é o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse. Estratégias de CRE, conforme conseqüências que trazem para quem as utiliza, podem ser classificadas como positivas ou negativas, estando geralmente associadas, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental e QV. Evidências apontam que as pessoas utilizam CRE especialmente em situações de crise e, também, mais CRE positivo que negativo. Existem cinco estilos de CRE: autodireção, colaboração, delegação, súplica e renúncia.</p>

<p>Hill, Pargament</p>	<p>manejar situações estressantes. Para Pargament, autor de referência no tema, quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, ocorre o coping religioso. Koenig et al. (1998b) o definem como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar conseqüências emocionais negativas de situações de vida estressantes. s. Wong-McDonald e Gorsuch (2000) afirmaram que o coping religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – ressalta-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais. Já Tix e Frazier (1998) o definiram como o uso de técnicas cognitivas ou comportamentais baseadas na religião/espiritualidade de cada um perante eventos de vida estressantes.</p> <p>Revisões sistemáticas da literatura empírica indicam que religião e espiritualidade são variáveis subestudadas em pesquisas relacionadas à saúde em várias disciplinas, incluindo psicologia, psiquiatria, prática familiar e gerontologia.</p> <p>Várias razões possíveis para a negligência da religião e da variável espiritualidade incluem :</p> <p>(a) Religião e espiritualidade são menos centrais e importantes para psicólogos e outros pesquisadores relacionados à saúde do que para o público como um todo (Bergin, 1991; "Política do Pró-fessorate", 1991; Shafranske, 1996); b) A religião e a espiritualidade são equivocadamente assumidas por alguns em estarem fora do escopo do estudo científico (Thomson, 1996), e (c) alguns acreditam que religião e espiritualidade, ao contrário do que os dados sugerem (Gallup, 1994), devem recuar durante uma era que reflete a ascensão da ciência e da iluminação racional (ver Barbour, 1990; também ver Hill et al., 2000).</p> <p>Tendo em vista essas mudanças, de acordo com a maioria das tradições, o crescimento religioso é essencial para a saúde, amplamente definida. Ainda assim, no entanto, a maioria dos estudos sobre religião e espiritualidade são transversais e a maioria das medidas avaliam a religião e a espiritualidade como construções estáveis e duradouras. São necessários projetos de pesquisa e medidas que capturem melhor as qualidades dinâmicas da religião e da espiritualidade — a possibilidade de mudança.</p>	<p>Uma revisão sistemática conduzida por Larson et al. (1986) em quatro grandes periódicos psiquiátricos de 1978 a 1982 descobriu que apenas 2,5% dos estudos quantitativos incluíam medida de religião e espiritualidade. Revistas de psicologia convencional não são melhores. Weaver et al. (1998) realizaram uma revisão sistemática de pesquisas sobre religião e espiritualidade em artigos publicados em sete revistas da American Psychological Association nos anos de 1991 e 1994. Os autores descobriram que apenas 2,7% dos estudos quantitativos incluíam uma variável religião e espiritualidade.</p>
----------------------------	--	---

	<p>crescimento, dissuasão ou estabilidade na vida religiosa e espiritual ao longo do tempo e das situações. Esses achados parecem apoiar a noção de que as lutas religiosas e espirituais são uma questão crucial no caminho para muitas pessoas, que podem levar na direção do crescimento ou a problemas de saúde significativos.</p>	
--	---	--

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Análise	Resultados
McCullough	<p>Primeiro foi determinado o tamanho médio ponderado do efeito em todos os estudos e depois examinado se a variação entre os tamanhos dos efeitos era maior do que o esperado pelo odds. Em segundo lugar, foi examinado o impacto das variáveis moderadoras teoricamente derivadas sobre o tamanho do efeito. Em terceiro lugar, foi examinado se o controle estatístico de variáveis demográficas, psicossociais e médicas específicas influenciou o tamanho do efeito (para explorar quais variáveis podem ser confundidas ou mediadoras da associação de envolvimento religioso e mortalidade). Em quarto lugar, foi realizado análises de sensibilidade para avaliar a validade dos achados meta-analíticos e sua tolerância a futuros resultados nulos.</p> <p>Futuros pesquisadores interessados nessas questões provavelmente não devem se concentrar exclusivamente em explorar se existe uma associação, mas também deve explorar os mecanismos pelos quais o envolvimento religioso obtém uma associação favorável com a mortalidade.</p> <p>Para avançar nessa agenda de pesquisa, os pesquisadores devem usar medidas mais confiáveis de múltiplas dimensões de envolvimento religioso (por exemplo, envolvimento religioso público, atividades religiosas privadas, crenças religiosas, motivações religiosas e enfrentamento religioso). Além disso, métodos estatísticos mais sofisticados (ou seja, modelagem de equações estruturais) devem ser utilizados para modelar os mecanismos (incluindo mecanismos substantivos, como vias psicossociais ou fisiológicas, bem como mecanismos metodológicos como a confusão) pelos quais o envolvimento religioso poderia obter suas associações com a mortalidade. Os potenciais problemas que devem ser modelados incluem</p>	<p>Embora a natureza correlacional dos dados proíba inferências causais, o envolvimento religioso tem uma associação não trivial e favorável com a mortalidade por todas as causas. Essa associação é mais forte em estudos em que as mulheres constituem a maioria dos participantes, há controle inadequado de outras covariáveis de mortalidade e em que medidas de envolvimento religioso público são utilizadas.</p> <p>Desse modo, embora parte da associação de envolvimento religião e mortalidade possa ser um produto de confundidores, grande parte da associação pode ser substantiva, talvez mediada por comportamentos promotivos à saúde, como a manutenção de uma massa corporal saudável.</p>

	<p>idade, raça, sexo e saúde física. Potencialmente caminhos substantivos podem incluir reduções em comportamentos de risco como tabagismo, uso de drogas, uso de álcool, obesidade e práticas sexuais inseguras (por exemplo, ver Benson, 1992); melhorias no apoio social e estabilidade conjugal-familiar (Ellison & George, 1994); e atitudes positivas e emoções que são associadas tanto com a saúde física quanto com o envolvimento religioso.</p>	
<p>Balboni, Michael J.</p>	<p>Pacientes com câncer avançado, enfermeiros e médicos reconhecem a importância, adequação e impacto benéfico do cuidado espiritual, embora a sua raridade pode ser principalmente devido à frequente falta de treinamento. Mais pesquisas são necessárias para desenvolver modelos conceituais de treinamento - incluindo a tomada da história espiritual, funções profissionais dentro da equipe multidisciplinar, engajamento em práticas de paciente-praticante como oração, e reconhecimento dos vieses criados pela visão pessoal de cuidados espirituais dos profissionais - para testar seu impacto na provisão desses cuidados nos resultados dos pacientes.</p>	<p>A maior parte dos médicos possuíam pequena ou nenhuma religiosidade, embora o maior número de médicos possuísse moderada espiritualidade. Ademais, eram os pacientes mais religiosos, e pacientes e enfermeiros mais espirituais do que médicos. Pacientes e enfermeiros eram mais propensos a serem católicos, enquanto os médicos eram mais frequentemente judeus.</p> <p>Em avaliações quantitativas de recebimento de cuidado espiritual dos pacientes, os pacientes relataram ter recebido esse cuidado de 13% de seus enfermeiros e 6% de seus médicos (P// .043). Nas avaliações quantitativas da provisão de cuidado espiritual por profissionais aos pacientes recentemente atendidos na clínica, os enfermeiros relataram fornecer a 31% de seus pacientes, e os médicos relataram ter fornecido a 24%.</p> <p>Quanto as avaliações dos participantes sobre o impacto do cuidado espiritual, a grande maioria de pacientes, enfermeiros e médicos avaliaram positivamente suas experiências, e nenhum participante indicou que ele teve um impacto negativo, embora os médicos avaliaram-na menos positivamente do que os pacientes (P// .02) e enfermeiros (P↓ .001).</p>

		<p>A maioria das enfermeiras e médicos indicaram que o tempo insuficiente foi uma limitação "moderada" ou "muito significativa" à provisão de cuidado espiritual (71% e 73%, respectivamente; P// .39).</p> <p>A maioria dos enfermeiros e médicos nunca havia recebido treinamento em cuidado espiritual (88% , 86%; P // .83).</p> <p>A maioria dos praticantes desejava o treinamento de cuidado espiritual, embora mais enfermeiros do que os médicos desejaram tal treinamento (79% v 51%, P† .001).</p>
--	--	---

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (continuação)

Autores	Análise	Resultados
<p>Lawrence, Ryan E</p>	<p>Este estudo revela que os psiquiatras são mais abertos a envolver pacientes em assuntos religiosos e/ou espirituais do que outros médicos; assim, modelos que retratam a psiquiatria e a religião como campos conflitantes podem não ser tão precisos quanto se supunha anteriormente. A crescente apreciação da importância clínica funcional da religiosidade/espiritualidade na psiquiatria requer a continuidade do exame e a negociação se os psiquiatras abordarem sabiamente religião e espiritualidade em suas práticas clínicas.</p>	<p>O estudo revela que os psiquiatras são consideravelmente menos religiosos e espiritualizados que os outros médicos. Quase metade dos psiquiatras afirmam que religiosidade e espiritualidade sempre são abordadas em consultório.</p> <p>Ambos psiquiatras e não psiquiatras, em maioria, consideram a influência da religião e espiritualidade positiva na saúde, que ajuda em lidar com o sofrimento e a manter os pacientes positivos e esperançosos.</p> <p>No entanto, pouco mais da metade dos psiquiatras consideram que as vezes a religião pode ser fonte de culpa, ansiedade e outras emoções negativas que conduzem o paciente ao sofrimento, embora também afirmem que a religião e a espiritualidade nunca é razão para os pacientes recusarem ou interromperem terapia medicamentosa ou de evitarem assumir responsabilidade de sua condição de saúde.</p> <p>Metade dos não psiquiatras nunca questionam os pacientes sobre questões religiosas e espirituais, mesmo quando</p>

		<p>esses pacientes sofrem de ansiedade ou depressão.</p> <p>Psiquiatras e não psiquiatras afirmam que são desencorajados de discutir religião e espiritualidade com os pacientes por tempo insuficiente, temerem ofender o paciente e por possuírem conhecimento e preparo insuficiente.</p>
<p>Puchalski, Christina</p>	<p>Os profissionais de saúde devem tomar uma história espiritual apropriada do paciente após a admissão no ambiente clínico. Com base em informações da história espiritual, os médicos podem identificar a presença de uma questão espiritual (incluindo sofrimento espiritual ou fontes de força espiritual) e fazer os encaminhamentos adequados aos capelães no ambiente de internação ou a outros prestadores de cuidados espirituais adequados em um ambiente ambulatorial. Os médicos devem distinguir quando o paciente apresenta questões emocionais ou psicossociais, questões espirituais ou ambos e fazer o encaminhamento adequado. Este modelo baseia-se em um modelo de cuidado generalista especializado, no qual os capelães certificados pelo conselho são considerados os especialistas em cuidados espirituais treinados. Esses capelães certificados servem como um recurso para identificar outros prestadores de cuidados espirituais que possam ser apropriados para o paciente.</p>	<p>O cuidado espiritual é um domínio essencial da qualidade do cuidado paliativo. Estudos têm indicado o forte desejo de pacientes com doenças graves e preocupações com o fim da vida de ter a espiritualidade incluída em seus cuidados. Há um forte corpo empírico e acadêmico da literatura para suportar a inclusão do cuidado espiritual como parte de uma abordagem biopsicossocial-espiritual para o cuidado.</p>
<p>Cosgriff, Joanne Alissi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O cuidado espiritual deve ser integral a qualquer modelo de cuidado do sistema de saúde compassivo e centrado no paciente. 2. Os modelos de cuidado espiritual devem basear-se na honra da dignidade de todas as pessoas e na prestação de cuidados compassivos. 3. Sofrimento espiritual ou luta religiosa devem ser tratados com a mesma intenção e urgência que o tratamento para dor ou qualquer outro problema médico ou social. 4. A espiritualidade deve ser considerada um sinal vital do paciente. Assim como a dor é rastreada rotineiramente, as questões espirituais 	<p>Ajustando-se para o diagnóstico, aqueles com maior disposição para se submeter ao tratamento intensivo (definido como desejo de terapias invasivas apesar de $\geq 50\%$ de chance de morte) eram significativamente mais propensos a receber cuidados com um objetivo inicial de prolongamento da vida (caminhos 2-4) [razão de chances 4,73 (intervalo de confiança de 95% 1,39-16,08)] do que aqueles com menor disposição. No entanto, os desencontros entre preferências e caminhos foram frequentes. Apenas 1 dos 27 participantes (4%) com menor disposição para se submeter a tratamento</p>

	<p>também devem fazer parte dos cuidados rotineiros. Políticas institucionais para rastreamento e história espiritual devem ser integrados às políticas de ingestão e à avaliação contínua do cuidado.</p> <p>5. Os modelos de cuidado espiritual devem ser interdisciplinares e os ambientes clínicos devem ter um capelão certificado pela Educação Pastoral Clínica como parte da equipe interprofissional.</p> <p>Em contraste com as preocupações de que os pacientes estejam recebendo cuidados agressivos indesejados, as incompatibilidades entre preferências e trajetórias foram mais frequentemente na direção de pacientes que recebem cuidados menos agressivos do que estão dispostos a se submeter.</p>	<p>intensivo recebeu intervenção altamente intensiva (via 4); 53 dos 91 participantes (58%) com maior disposição para se submeter ao tratamento intensivo receberam apenas o controle dos sintomas.</p> <p>A maioria (77%) dos participantes foram classificados como mais dispostos a se submeter à terapia intensiva. Houve uma tendência a menor disposição para se submeter à terapia intensiva no período mais próximo da morte.</p>
--	--	---

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

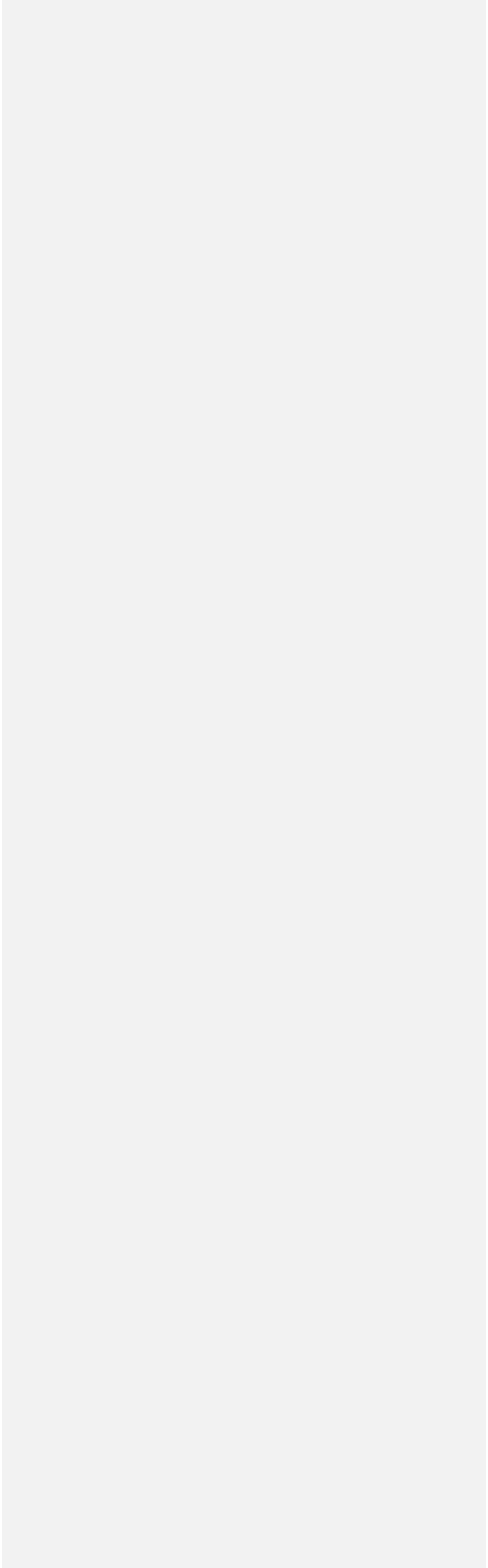
Autores	Análise	Resultados
<p>Prigerson, H G</p>	<p>O reconhecimento do paciente de sua condição fatal foram associados com a abertura do prognóstico pelo médico, com a aceitação do cuidador da morte do paciente e a afiliação do médico a um hospital escola.</p> <p>Considerando que as preferências dos pacientes e as características sociodemográficas não influenciam significativamente as chances de reconhecimento de óbito do paciente, essas chances aumentam se seus cuidadores primários aceitarem a morte, seus médicos não estiverem afiliados a um hospital-escola, e o prognóstico terminal é divulgado a eles e divulgado "de fato".</p> <p>Pacientes que reconhecem a morte, cujos agentes valorizam o alívio da dor invés do prolongamento da vida, e cujos médicos não são afiliados a um hospital docente, são substancialmente mais propensos a receber tratamento terminal exclusivamente paliativo do que curativo.</p> <p>Além disso, interessante que apenas o reconhecimento da morte pelo paciente estava significativamente associado com o tipo de tratamento que recebeu, e sequer a sua preferência pelo cuidado paliativo estava.</p>	<p>42% dos pacientes terminais não definiram seu estado de saúde como terminal. Apenas 69% e 70% dos médicos e cuidadores dos pacientes, respectivamente, aceitavam a morte como parte da vida.</p> <p>Em termos do comportamento dos atores que influenciam na definição do estado de saúde dos próprios pacientes, somente 58% dos médicos e 20% dos cuidadores abriram o diagnóstico terminal para os seus pacientes, pois a outra parte marcou "eu tento mostrar aos pacientes que estão gravemente doentes, mas evito dizer que estão em estado terminal de modo inequívoco".</p> <p>Embora 85% dos pacientes indicaram o tratamento paliativo como escolha, apenas 75% o receberam, e enquanto 81% dos médicos o recomendavam, apenas 64% dos cuidadores o aconselhavam.</p> <p>As perguntas clínicas elaboradas para elucidar a abordagem empírica foram:</p> <p>Entre o público em geral, qual é a prevalência da crença em milagres ou intervenção divina ?</p> <p>Americanos com idade entre 18 e 29 anos são menos propensos a serem afiliados a</p>

<p>Widera, Eric W.</p>	<p>Isto é: é sabido que o cuidado paliativo é a melhor forma de tratar pacientes em estado terminal, mas o recebimento desse cuidado associa-se ao reconhecimento do paciente de sua morte, que por sua vez associa-se a abertura do prognóstico pelo médico e da aceitação de sua morte pela família.</p> <p>A crença em milagres influencia significativamente a tomada de decisões dos cuidadores e pacientes gravemente doentes, e a maioria das pessoas nos estudos creem firmemente que ocorrem, e mais da metade das pessoas acredita que a intervenção divina poderia salvá-las mesmo quando vai de encontro a opinião médica sobre a possibilidade da recuperação. Embora nenhum estudo tenha abordado a melhor comunicação para abordar pacientes em desacordo com a opinião médica por causa de crenças, uma comunicação aberta e de escuta das razões da família pode ajudar. Além disso, muitas pessoas pensam que o</p>	<p>qualquer fé particular do que as gerações de seus pais e avós eram quando eram jovens.</p> <p>No entanto, as crenças religiosas desses jovens americanos na vida após a morte, céu, inferno e milagres permaneceram notavelmente consistentes, com base em uma pesquisa de 2007 realizada pelo Fórum Pew sobre Religião e Vida Pública. Em particular, uma pergunta feita pelos 35.556 respondentes foi se "milagres ainda ocorrem hoje como nos tempos antigos". Setenta e nove por cento dos entrevistados concordaram que milagres ainda ocorrem, com pouca diferença com base na idade do respondente. A maioria dos entrevistados para todas as principais religiões e aqueles não afiliados a qualquer religião concordaram que milagres ainda ocorrem, exceto para membros das Testemunhas de Jeová, dos quais apenas 30% concordaram.</p> <p>Os autores de outro estudo entrevistaram 1006 adultos americanos e 774 profissionais de trauma quanto as suas preferências de cuidado quando ocorre uma lesão fatal que ameaça a vida. A maioria do público entrevistado (61,3%) acredita que uma pessoa em estado vegetativo persistente poderia ser salva por um milagre, em comparação com apenas 20,2% dos profissionais de trauma. A maioria dos entrevistados públicos (57,4%) diz que a intervenção divina de Deus poderia salvar uma pessoa mesmo que o médico lhes dissesse que não há mais o que fazer.</p> <p>Entre pacientes com doença avançada ou seus substitutos, qual é o significado de "esperando um milagre" no contexto da tomada de decisões médicas?</p> <p>Uma pesquisa telefônica de 1033 indivíduos residentes no sudeste dos Estados Unidos teve como objetivo, em parte, avaliar crenças espirituais relacionadas à cura. A grande maioria dos entrevistados (87,5%) acreditava em milagres religiosos, com 62,6% respondendo "definitivamente" em sua crença. Além disso, 80% disseram acreditar que Deus age através de médicos para curar doenças, com quase 49,1%</p>
-------------------------------	---	---

	<p>médico pode ser um instrumento utilizado por Deus. E sabe-se que o cuidado espiritual dos médicos com seus pacientes não só são apreciados pelos mesmos, mas também causa de menor uso de tratamentos agressivos.</p>	<p>relatando que eles definitivamente acreditavam que Deus age através de médicos.</p> <p>Em um estudo com 68 pessoas, a crença em milagres ou intervenção divina foi associada à preferência pela ressuscitação cardiopulmonar. Em outro estudo com 50 interrogados, aproximadamente um terço duvidava da capacidade de um médico de prever a fatalidade baseado em motivos religiosos, com esses indivíduos acreditando que Deus era capaz de curar milagrosamente, independentemente da gravidade da doença, e eram mais propensos a solicitar a continuação do suporte de vida, apesar de prognósticos muito ruins.</p> <p>Isto é: a crença em milagres podem superar a opinião médica na decisão prognóstica.</p> <p>Entre pacientes com doença avançada ou seus substitutos que esperam por milagres, o apoio das necessidades espirituais pelas equipes médicas diminui a probabilidade de cuidados agressivos de fim de vida ou melhorar os resultados de luto?</p> <p>De acordo com um estudo de Balboni et al. com 343 participantes, cuidados agressivos com o fim da vida eram menos prováveis se as necessidades espirituais fossem apoiadas por uma equipe médica para pacientes que usam a religião para lidar com sua doença, um grupo anteriormente associado com maior probabilidade de receber cuidados agressivos de fim de vida.</p> <p>Não há dados empíricos abordando a melhor abordagem de comunicação para aqueles que vão contra a recomendação de um médico por causa de uma crença expressa em uma intervenção milagrosa ou divina.</p> <p>No entanto, um possível ensaio controlado randomizado em 22 unidades de terapia intensiva francesas avaliaram se uma conferência proativa de fim de vida diminui os efeitos do luto em membros da família de 126 pacientes moribundos.</p>
--	--	--

--	--	--

A crença na intervenção divina é forte. A maioria das pessoas (87,5%) expressa

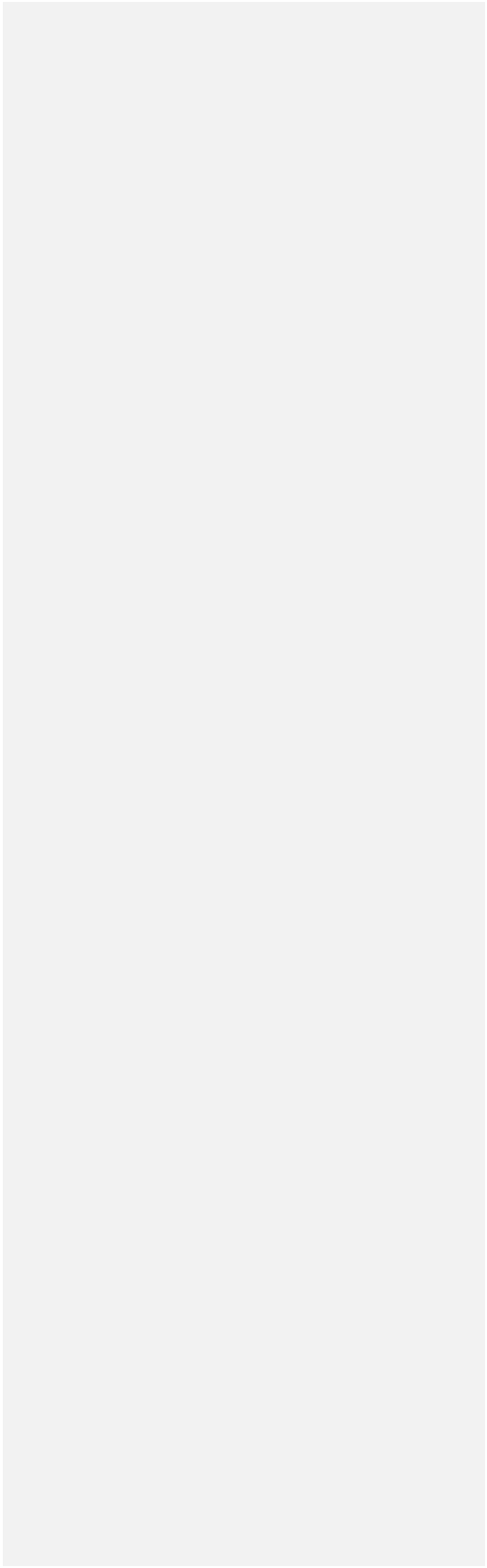


<p>Mansfield, Christopher J. Mitchell, Jim King, Dana E.</p>	<p>Embora muitos acreditem que Deus age através de médicos para curar doenças, poucos gostariam de falar com um médico sobre suas preocupações espirituais. Muitos vêem o médico como o instrumento da vontade de Deus, mas por razões desconhecidas, não como um intercessor. Os médicos de hoje, mesmo aqueles treinados no modelo biossocial, raramente abordam questões religiosas com os pacientes.</p> <p>Esses dados sugerem que mesmo pacientes de fé firme e grande enfermidade do corpo estão relutantes em discutir suas preocupações espirituais com um médico. Será que os pacientes sentem que o médico não entenderia a importância de suas crenças religiosas ou espirituais? A abordagem reducionista da medicina moderna fechou a porta intelectual em concepções mais holísticas de saúde e bem-estar?</p> <p>Este estudo documenta três razões importantes para incluir a espiritualidade no modelo biopsicossocial. A primeira é que muitos acreditam que Deus age através de médicos. A segunda é que eles também acreditam que a vontade de Deus é mais importante do que a habilidade do médico. A terceira é que a maioria dos pacientes quer discutir preocupações espirituais quando gravemente doentes ou feridos. O espiritual deve ser considerado em nossos modelos de cuidados de saúde porque muitos pacientes pensam que há um fator de fé envolvido, e a fé pode influenciar fortemente o comportamento em saúde.</p> <p>O médico deve oferecer aconselhamento ao paciente em preocupações espirituais?</p> <p>Esses dados sugerem que a maioria dos pacientes não o receberia, mas talvez tenham aprendido a não esperar por isso.</p> <p>As principais práticas de caráter espiritual são o catolicismo, o protestantismo, o confucionismo,</p>	<p>crença em milagres religiosos. Quase dois terços disseram acreditar definitivamente em milagres religiosos (62,6%). Mais da metade da população (58,0%) acredita que Deus provavelmente age através de curandeiros religiosos para curar pessoas e um terço (33,8%) é firme nessa crença. Em contrapartida, mais de três quartos (80,0%) da população disseram acreditar que Deus age através de médicos para curar doenças. Metade (49,1%) diz acreditar definitivamente que Deus age através de médicos.</p> <p>A crença de que a vontade de Deus é um fator importante na recuperação da doença também é forte. Dois quintos (40,4%) acreditam que a vontade de Deus é o mais importante fator determinante se você fica bem ou não de uma doença. Outro quinto (18,8%) acredita que a recuperação depende de múltiplos fatores, mas que a vontade de Deus é um dos fatores. No total, seis em cada dez pessoas (59,2%) acreditam que a vontade de Deus será um fator no processo de cura. Em contraste, apenas 15,4% acreditam que ter um bom médico é o fator mais importante para que as pessoas se saiam bem de uma doença.</p> <p>A Igreja Católica permite a retenção e retirada da terapia artificial se for um</p>
--	--	--

<p>Bülow, Hans Henrik</p>	<p>o hinduísmo, o taoísmo, o budismo e confucionismo, o judaísmo, a igreja ortodoxa grega e o islamismo.</p> <p>Todas tem em comum a rejeição ativa da eutanásia, tida como inaceitável, com exceção de algumas ceitas protestantes e hinduístas: A igreja luterana evangélica na Alemanha desenvolveu diretrizes avançadas para escolhas de fim de vida, mas rejeita a eutanásia ativa, enquanto os teólogos da tradição reformada, por exemplo, nos Países Baixos, defendem a eutanásia ativa; no hinduísmo há uma tradição de longa data de suicídio em certos cuidados, circunstâncias totalmente definidas como purificação espiritual, para promover o desprendimento e garantir que não haja sinais de morte ruim (fezes, vômito ou urina).</p> <p>É interessante concluir que, embora estigmatizem as práticas religiosas quase como opositoras a atuação médica, a substantiva maioria – e as mais prevalentes no Brasil, como o catolicismo – não “aprisiona” o paciente em uma impossibilidade de escolha diante da morte, como se estivesse a espera de um milagre ou atuação divina. Ao contrário, elas solicitam justamente que o médico exerça o que circunstancialmente melhor favoreça a vida do paciente. No entanto, também não atribuem ao médico a responsabilidade de provocar intencionalmente a morte, em qualquer sentido, sendo o islamismo e o catolicismo os mais confluentes nesse sentido.</p>	<p>fardo, perigoso, extraordinário ou desproporcional ao resultado esperado. Em 1980, uma "Declaração sobre eutanásia" permitiu aliviar o alívio da dor na morte, mesmo com o encurtamento da vida como efeito colateral não pretendido (o efeito duplo), embora a dor no final da vida possa ter sentido especial de participar do sofrimento de Cristo na cruz. A maioria dos protestantes está confortável com a atual ampla gama de terapias que sustentam a vida, mas se houver pouca esperança de recuperação, a maioria entenderá e aceitará a contenção ou retirada da terapia. Um exemplo da diversidade dentro do protestantismo é a questão da eutanásia. O protestantismo permite a retirada da alimentação artificial.</p> <p>A Igreja Ortodoxa Grega rejeita todas as mortes resultantes de decisões humanas, considerando-as como sendo um insulto a Deus, e condena como antiético todos os atos médicos que não contribuem para o prolongamento da vida. A bioética da Igreja da Grécia declarou: "Há sempre a possibilidade de uma avaliação médica errônea ou de um resultado imprevisto da doença, ou mesmo um milagre".</p>
--	--	--

<p>Steinhauser, Karen E.</p>	<p>É de grande importância para os pacientes na hora da morte estar em paz com Deus, ter alívio da dor, poder conversar com o médico sobre seus medos e questões espirituais. No entanto, é significativa a diferença de importância atribuída entre os médicos e pacientes entre ter liberdade da dor e estar em paz com Deus, uma vez que os primeiros supervalorizam o primeiro em detrimento do segundo. Além disso, foram consistentemente classificados como importantes entre os pacientes e não para os médicos sensação de completude da vida, não ser um fardo para a família ou sociedade e ser capaz de ajudar os outros.</p> <p>Além disso, todos os envolvidos na morte de uma pessoa, inclusive o paciente, prezam por : sentir-se preparados para morrer, resolver questões inacabadas na vida, saber o que esperar de sua condição física, acreditar que sua família está preparada. Além disso, preservar o senso de humor é algo notavelmente considerado importante.</p>	<p>Quatro itens relacionados à preparação para o fim da vida: ter assuntos financeiros em ordem, sentir-se preparados para morrer, acreditar que sua família está preparada para a morte, e saber o que esperar sobre a condição física.</p> <p>Três itens relacionados ao alcance de uma sensação de completude sobre a vida: dizer adeus a pessoas importante, relembrar realizações pessoais, e resolver negócios inacabados.</p> <p>Dois itens envolviam decisões sobre preferências de tratamento: ter preferências de tratamento na escrita e nomear alguém para tomar decisões no caso de não poder.</p> <p>Sete itens foram associados ao "ser tratado como uma pessoa inteira": manter a dignidade, manter um senso de humor, ter um médico que o conhece como uma pessoa inteira, presença de amigos próximos, não morrer sozinho, e ter alguém que vai ouvir.</p> <p>5 itens estavam ligados às relações dos pacientes com os profissionais de saúde: receber cuidados de um médico pessoal, confiar no médico, ter uma enfermeira com quem se sente confortável, saber que o médico está confortável conversando sobre morte, e ter um médico com quem se possa discutir medos pessoais.</p> <p>A segunda categoria incluiu 8 itens que foram consistentemente classificados como importantes entre os pacientes e não para os médicos. Estes incluem: estar mentalmente conscientes, ter arranjos funerários planejados, ter uma sensação de completude da vida, não ser um fardo para a família ou sociedade, ser capaz de ajudar</p>
---	--	---

	<p>No referente estudo, o cuidado espiritual foi significamente avaliado de modo positivo entre</p>	<p>os outros, "fazer as pazes" com Deus, e orar.</p>
--	---	--



<p>Epstein-Peterson, Zachary D.</p>	<p>pacientes. Exemplos de comentários foram, por exemplo, quando o médico ofereceu uma oração: “ Eu fui tomado de surpresa no início por seu pedido para orar por mim, mas eu não estava incomodado; algo que eu nunca encontrei antes, mas achei muito positivo. Eu gostei que ela assumiu esse risco.” Quanto ao capelão, responderam: “ A enfermeira e capelão foram muito bons; agradáveis e encorajadores; disseram coisas para me ajudar a não ficar deprimido”. Ou ao simplesmente a coleta da história espiritual, responderam: “ Enfermeira... me ajudou a encontrar paz de espírito; confiança em Deus”</p> <p>No entanto, embora seja de grande benefício para os pacientes o cuidado espiritual, baixas taxas desses cuidados foram relatos na prática : apenas 3% dos médicos e enfermeiros relataram ter coletado uma história espiritual; apenas 7% dos pacientes relataram oferecer histórico espiritual de enfermeiros e 4% de médicos. Também foram demonstradas baixas taxas de encaminhamentos de capelão, com 4% dos pacientes relatando isso sendo feito por enfermeiros e 1% por médicos; sendo que o cuidado espiritual pelo médico e enfermeiro, quando realizado, estava associado a religiosidade intrínseca do médico : razão de chances [OR] 3,22 para a religiosidade de enfermeira e coleta da história espiritual; 3,75 para a religiosidade intrínseca do médico e o inquérito sobre como a fé influencia as decisões médicas do paciente; 3.08 para médico cristão de origem religiosa e história espiritual tomada.</p>	<p>Foi detectado baixas frequências de provisão dos oito tipos de SC relatadas por pacientes, enfermeiros e médicos. Por exemplo, apenas 3% dos médicos e enfermeiros relataram ter coletado uma história espiritual; apenas 7% dos pacientes relataram oferecer histórico espiritual de enfermeiros e 4% de médicos. Também foram demonstradas baixas taxas de encaminhamentos de capelão, com 4% dos pacientes relatando isso sendo feito por enfermeiros e 1% por médicos.</p> <p>Nenhum paciente ou provedor relatou qualquer experiência em SC como negativa. Os pacientes expressaram um forte padrão positivo de efeito percebido dos enfermeiros e do médico SC na relação paciente-clínico, com todos os 8 tipos de SC avaliados pelo menos moderadamente mais de 80% das vezes.</p> <p>Da mesma forma, a maioria dos enfermeiros e médicos relatou que suas experiências de provisão de SC foram moderadamente a muito positivas para a relação paciente-clínico, embora as classificações médicas tenham sido menos positivas do que as de pacientes e enfermeiros.</p> <p>Notavelmente, as características de R/S dos praticantes previram a provisão de sc tanto em médicos quanto em enfermeiros para muitos tipos de SC: razão de chances [OR] 3,22 para a religiosidade de enfermeira e coleta da história espiritual; 3,75 para a religiosidade intrínseca do médico e o inquérito sobre como a fé influencia as decisões médicas do paciente; 3.08 para médico cristão de origem religiosa e história espiritual tomada.</p>
--	--	--

<p>Studs, Christina R.</p>	<p>A intervenção personalizada das barreiras dos participantes a realizarem o rastreamento (crenças quanto ao rastreamento, por exemplo) contribuiu para o exame ser realizado.</p>	<p>Dos 345 participantes, 23 (6,7%) referiram ter obtido um exame papanicolau após o almoço educativo (ou seja, no Follow-up 1), antes da intervenção da LHA ser entregue ao grupo de tratamento. Destes, 12 estavam no grupo de tratamento e 11 estavam no grupo de controle da lista de espera. No Follow-up 2 (ou seja, pós-intervenção), 19 participantes do grupo tratamento adicional e 8 controles adicionais da lista de espera relataram a obtenção de um teste de Pap, para um total de 31 (18%) grupos de tratamento e 19 (11%) participantes do grupo de controle da lista de espera examinados. Comparado aos controles da lista de espera, o grupo de tratamento tinha mais o dobro das chances de ser examinado.</p>
--------------------------------	---	---

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia. (Continuação)

Autores	Análise	Resultados
S. Mohabbat-Bahar, M. Golzari, M. Moradi-Joo <i>et al</i>	Depois de coletar os questionários, os dados foram analisados pelo software estatístico SPSS versão 18 e utilizando análise de covariância. Beck Anxiety Inventory (BAI) é uma escala de 21 itens que apresentou alta consistência interna ($\alpha=0,92$) e confiabilidade de teste ao longo de uma semana, $r(81)=0,75$.	Os resultados sugerem que, de acordo com o tratamento médico atual, intervenções psicossociais podem ser usadas para reduzir a ansiedade no câncer de mama
Soetrisno Sulistyowati, Sri Ardhianto, Adhitya, Hadi, Syamsul	A pesquisa começou com a entrega de logoterapia aos pacientes do grupo de tratamento em seis reuniões de sessões de 45 minutos por semana, além do tratamento padrão. Os pacientes do grupo controle só receberam o tratamento padrão. O nível de cortisol e HSP70 dos pacientes são examinados no Laboratório Prodia Indonésia antes e depois da pesquisa. As escalas de BDI e dor antes e depois da pesquisa são analisadas na versão 19 do SPSS para Windows usando o teste-t.	Este estudo sugere que a logoterapia afeta a expressão de cortisol, BDI e escalas de dor em pacientes com câncer cervical avançado, e que não afeta a expressão de HSP70
Delavari, H Nasirian, M Baezgar Bafrooei, K	Participantes de ambos os grupos antes de qualquer intervenção, completaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Ambos os grupos foram solicitados a preencher questionário após sessões de terapia novamente (9 sessões de tratamento em grupo experimental). O treinamento de logoterapia foi realizado por 9 sessões consecutivas ao longo de dois dias (reuniões semanais).	Os resultados mostraram que o índice de depressão e ansiedade nos grupos de controle e experimentais são 32,3, 6,63, 7,4 e 6,75, respectivamente. Assim, o nível entre o grupo experimental foi diminuído após a intervenção do treinamento de Logoterapia e uma diferença significativa ocorreu nas etapas pré-pós-teste. Os resultados mostraram que a Logoterapia tem um efeito significativo na redução da ansiedade e da depressão entre as mães de crianças com câncer ($p<0,05$).
Robatmili, Somaye Sohrabi, Faramarz Shahrak <i>et al</i>	506 alunos foram selecionados seguindo procedimentos de amostragem padrão. Após garantias sobre confidencialidade, os participantes forneceram consentimento informado para estar envolvido e instrumentos concluídos avaliando seus níveis de depressão (Inventário de Depressão de Beck) e seu senso de sentido na vida (Propósito na Vida). Cento e vinte e um (121) estudantes entre os 506 apresentaram níveis significativos de insignificância e depressão (ou seja, aqueles com escores de 100 e abaixo no PIL, e 13 e acima no BDI). Finalmente, a partir desse grupo de 121, 20 alunos foram aleatoriamente designados para os grupos experimentais (10 alunos) e controle (10 alunos). O primeiro, participou de 10 x sessões semanais de logoterapia em grupo no	Os resultados sugerem que a logoterapia em grupo tem o potencial de reduzir os níveis de depressão e melhorar o significado na vida dos estudantes universitários

	centro de aconselhamento da universidade, enquanto o segundo foi	
--	--	--

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia.

Autores	Análise	Resultados
Vos	colocado em uma lista de espera para aconselhamento individual. As avaliações pós-teste foram realizadas para cada grupo após o período de 10 semanas do programa e em um ponto de acompanhamento de um mês.	O significado na vida e os dados existenciais estão entrelaçados. Portanto, nós sugerimos que é necessário que os psicólogos adotem ambos. Mais validação clínica é necessária.
Gordon, Javitch, Mayberg, <i>et al</i>	Martin Heidegger foi um dos fundadores do nacionalismo, inspirando terapias que significam e terapias solidárias e expressivas. Portanto, aplicamos sistematicamente sua compreensão desses fenômenos, elucidado por quatro elementos em sua metáfora central da "casa". O referido estudo propõe-se a uma estrutura em múltiplas escalas para pesquisas fundamentais sobre depressão, visando identificar os circuitos cerebrais disfuncionais de depressão em vários modelos animais, bem como as mudanças na expressão genética que estão associadas a esses modelos. Quando combinados com estudos genéticos e de imagem humanos, esses estudos pré-clínicos começaram a identificar circuitos e moléculas candidatas que são alteradas tanto em modelos de doença quanto em populações de pacientes.	Direcionar esses circuitos e mecanismos pode levar a novas gerações de antidepressivos adaptados a populações específicas de pacientes com tipos distintos de disfunção molecular e de circuito
Baumel, Constantino	Esse estudo fornece uma atualização clínica sobre o conhecimento em torno de uma tradição psicoterapêutica que aborda questões existenciais, mas não tem sido consistentemente invocada em abordagens contemporâneas para depressão em adolescente, e considera se a evolução dessa abordagem, em conjunto com avanços paralelos na psicologia positiva, está se aproximando da prontidão para uma implementação mais sistemática no tratamento da depressão adolescente.	Abordar conflitos existenciais como condutores da sintomatologia depressiva adolescente pode ser integrado a vantagem com qualquer ou todas as intervenções convencionais para a depressão adolescente. Revisitar e operacionalizar métodos para quantificar significado/propósito e implementar logoterapia em ambientes clínicos tem potencial para um melhor atendimento para muitos pacientes cuja resposta ao tratamento tradicional tenha sido subótima e/ou seja significativamente influenciada por preocupações existenciais não resolvidas.

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia.

Autores	Análise	Resultados
----------------	----------------	-------------------

Pandarakalam	<p>Psiquiatras biológicos devem dar a devida importância aos aspectos não biológicos da depressão e os psicoterapeutas não devem ignorar os correlatos biológicos. A solução unidimensional não funcionará para uma doença complexa como a depressão refratária e uma única resposta não deve ser buscada como cura porque a etiologia da depressão é multifatorial e a fisiopatologia em si permanece desconhecida. As intervenções psicofarmacológicas ainda são a principal estadia do tratamento do TRD. Existem duas alternativas importantes para a farmacoterapia: neuromodulação e psicoterapia. Terminologias alternativas para TRD como MTR-MDD (Transtorno Depressivo Resistente à Terapia Múltipla) estão sendo introduzidas refletindo as frustrações de médicos e pacientes com a definição convencional de TRD e modalidades de tratamento.</p>	<p>Terapeutas cognitivos às vezes correm o risco de sobrevalorar correlações biológicas na depressão. Uma estratégia sequencial que engloba farmacoterapia na fase aguda da doença e TCC na fase residual tem sido eficaz na diminuição da taxa de recaída do TRD</p>
Gibson, Poppito, Berg	<p>Exploram-se os fundamentos existenciais de significado e espiritualidade à luz de doenças terminais e cuidados paliativos. Discutem-se temas existenciais em termos de conscientização dos pacientes sobre a morte e busca de significado e promoção de profissionais de agência pessoal e responsabilidade à medida que os pacientes enfrentam questões de vida ou morte. A logoterapia existencial de Viktor Frankl é discutida à luz de intervenções psicoterapêuticas emergentes. A terapia de grupo centrada no significado é uma modalidade tão nova que tem integrado com sucesso temas de significado e espiritualidade no cuidado ao fim da vida. Exploram-se ainda temas espirituais e existenciais através dessa abordagem orientada ao significado que incentiva os pacientes moribundos a encontrar sentido e propósito na vida até sua morte.</p>	<p>Questões de significado e espiritualidade são componentes essenciais da experiência de pessoas que enfrentam doenças graves. Os prestadores de cuidados de saúde tendem a olhar demais esses aspectos da experiência da doença, embora isso esteja mudando à medida que nos conscientizamos de sua importância e adquirimos a facilidade para examiná-los criticamente. Psicoterapia de grupo centrada no significado é nossa tentativa de explorar a complexa relação entre significado e doença</p>

Quadro 3 – Análise de Dados Utilizada e Principais Resultados. Abril, 2022. Salvador, Bahia.

Autores	Análise	Resultados
---------	---------	------------

<p>Kvist, Lützn</p>	<p>O primeiro autor conheceu a Sra. P durante o verão de 1962, quando o autor veio do exterior para trabalhar como enfermeiro durante um período de 2 meses na enfermaria para pacientes assistidos por ventilador com poliomielite parálitica no Hospital Universitário de Helsinque, Finlândia. A Sra. P deu seu consentimento informado por escrito para participar da presente entrevista, que ocorreu em 16 de outubro de 2012 por 5 horas em sua casa, situada a algumas horas da capital. A entrevista foi uma entrevista semiestruturada e aprofundada em uma data da escolha da Sra. P. Nenhum atendente remunerado esteve presente na sala, e as notas foram concluídas durante a entrevista e corrigidas, quando repetidas por telefone, por horas em várias ocasiões de 17 de outubro a 5 de dezembro de 2012. Perguntas abertas e sondas como "você pode me dizer sobre o tempo para a traqueotomia?" foram dadas. O presente método pode ser descrito como o modelo de abdução de Peirce.</p>	<p>Aquele que exibe um significado existencial frustrado, juntamente com um vácuo existencial e desespero, pode ser redirecionado para uma recuperação da orientação de significado para o futuro, aplicando os princípios básicos de uma abordagem existencial analítica/logoterapêutica desenvolvida em e para condições brutais por Viktor E. Frankl</p>
-------------------------	---	---

6 DISCUSSÃO: O que determina uma boa morte ?

Os estudos indicam que a religiosidade contribui para uma boa morte. As pesquisas revelaram que pacientes em estado terminal com prática religiosa madura: 1) não apresentam medo da morte; 2) não esperam milagres, ou o acontecimento de uma cura inesperada, de modo que essa esperança possa interferir na plena aceitação de sua morte; 3) mantem uma “misteriosa alegria” e uma “serenidade confusa” no próprio morrer, mesmo diante do sofrimento provocado pela condição fisicamente degradante. Embora tenha-se demonstrado que poucas pessoas de fato sejam religiosas, elas encontraram paz no momento final e são comparáveis aos poucos pacientes realmente ateus; eles cultivaram a transcendência ao longo de toda a existência, a saber: colocaram-se a serviço do próximo e especialmente no termo de suas vidas, entregando-se pelos próprios familiares enlutados ou por outros pacientes na mesma condição. Desse modo, os estudos concluem que a religiosidade determina uma boa morte, não porque os realmente religiosos são poupados da angústia terminal, mas por vivenciarem-na atribuindo um sentido a ela, mesmo que ainda não possam reconhecê-lo.

A maioria dos pacientes, no entanto, são um meio-termo, com alguma crença religiosa que não é suficiente para os libertar de conflitos e medos no momento final. Eles caracteristicamente atravessam os 5 estágios do morrer - a negação associada ao isolamento seguida da raiva, da barganha, da depressão e, por fim, da aceitação. De outro modo, os estudos revelaram que os doentes terminais realmente religiosos não obedeceram a essas etapas, sendo possível dizer que eles viveram a angústia como um “julgo leve”, devido a um senso de completude, de terem cumprido sua missão. Tais pacientes tinham um desapego a vida, um desprezo pela própria morte, diferentemente dos demais; para eles, mais importante que viver era “o tipo” de vida que se vive e “o motivo” pelo qual se vive, sendo o significado dessa vida mais importante que a morte – dado surpreendente, tendo em vista que relataram isso enquanto morriam.

Nesse sentido, as pesquisas revelaram o quanto é importante e preocupante para maioria dos pacientes terminais “estar em paz com Deus” e “se reconciliar com Deus”, assim como o “senso de utilidade”, de terem sido úteis aos demais e de terem deixado algo de imortal no mundo, o “desejo de imortalidade”. De fato, verificou-se que os pacientes realmente religiosos também possuíam essas mesmas preocupações, mas que tinham uma serenidade, um discernimento despreocupado, porque concretamente doaram-se a outra pessoa durante a vida. Dentre elas

pode-se considerar os homens ditos santos pela Igreja Católica, que ilustram com clareza como vivenciaram distintamente o morrer, não experimentando os cinco estágios de morte. Por exemplo, a história conta que São Lourenço, religioso injustiçado e prestes a morrer queimado em uma grelha, faz piadas e ri dos seus algozes no momento derradeiro, dizendo: “já estou bem assado desse lado, vira-se”. Esse senso de humor de São Lourenço, também desejado por 93% dos pacientes com doença terminal, evidencia a experiência de um morrer esperançoso, embora trágico, aqui denominado de “boa morte”, além de demonstrar a influência da religiosidade nela.

De que modo concretamente a religiosidade determina uma boa morte ? O que tiveram homens como São Lourenço que, mesmo diante do morrer mais humanamente excruciante, encontraram comédia na tragédia, sentido no sofrimento e, em outros termos, vida na morte ?

Julián Marías propõe que esses homens encontraram, num dom pessoal, uma motivação para viver. Os estudos provaram que as estruturas extrínsecas e intrínsecas da religião e espiritualidade podem prover para as pessoas esse sentido de seus destinos finais na vida e que a prática religiosa oferece uma filosofia unificadora da vida, que dá maior coerência à personalidade em face de forças sociais e culturais que a pressionam e geram sua fragmentação. (Hill, Peter C ,Pargament, Kenneth I, 2003)

No entanto, como a religião auxilia no oferecimento desse senso unificador biográfico para as pessoas diante da morte, podendo ser, por isso, um eficiente instrumento utilizado pelos médicos no cuidado paliativo, é uma questão que ainda deve ser melhor esclarecida. Além disso, outras limitações desse estudo são a ausência de estudos sobre o tema, a falta de compreensão dos mecanismos intrínsecos religiosos pela ciência e a religião e a espiritualidade serem tomadas pelos médicos como fora do escopo do estudo científico.

REFERENCIAS

1. Studts CR, Tarasenko YN, Schoenberg NE, Shelton BJ, Hatcher-Keller J, Dignan MB. A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2012;54(6):408–14. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.03.019>
2. Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, Balboni MJ, et al. Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting. *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;32(7):750–7.
3. Mansfield CJ, Mitchell J, King DE. The doctor as God's mechanic? Beliefs in the Southeastern United States. *Soc Sci Med*. 2002;54(3):399–409.
4. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*. 2000;284(19):2476–82.
5. Widera EW, Rosenfeld KE, Fromme EK, Sulmasy DP, Arnold RM. Approaching patients and family members who hope for a miracle. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2011;42(1):119–25. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.008>
6. Lawrence RE, Div M, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *Am J Psychiatry*. 2007;(December):1825–31.
7. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med*. 2009;12(10):885–904.
8. Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2008;34(3):423–30.
9. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 2013;31(4):461–7.
10. Cosgriff JA, Pisani M, Bradley EH, O'Leary JR, Fried TR. The association between treatment preferences and trajectories of care at the end-of-life. *J Gen Intern Med*. 2007;22(11):1566–71.
11. Prigerson HG. Socialization to dying: social determinants of death acknowledgement and treatment among terminally ill geriatric patients. *J Health Soc Behav*. 1992;33(4):378–95.
12. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Heal Psychol*. 2000;19(3):211–22.
13. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med*. 2013;173(12):1109–17.
14. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of

- life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445–52.
15. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med*. 2018;21(12):1684–9.
 16. Hill PC, Pargament KI. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. *Am Psychol*. 2003;58(1):64–74.
 17. Panzini R, Bandeira D. Coping Religioso/Espiritual [Spiritual/Religious Coping]. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1):126–35.
 18. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Moradi-Joo M, Akbari ME. Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2014;7(3):165–70.
 19. Soetrisno, Sulistyowati S, Ardhiyanto A, Hadi S. The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients. *Health Care Women Int* [Internet]. 2017;38(2):91–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2016.1237952>
 20. Delavari H, Nasirian M, Baezegar Bafrooei K. Logo therapy effect on anxiety and depression in mothers of children with cancer. *Iran J Pediatr Hematol Oncol*. 2014;4(2):42–7.
 21. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *Int J Adv Couns*. 2015;37(1):54–62.
 22. Vos J. Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliat Support Care*. 2015;13(4):885–900.
 23. Akil H, Gordon J, Hen R, Javitch J, Mayberg H, McEwen B, et al. Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;84:272–88.
 24. Implementing Logotherapy in Its Second. 2020;(January).
 25. Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):366–72.
 26. Ewalds-Kvist B, Lützné K. Miss B pursues death and miss P life in the light of V. E. Frankl's existential analysis/logotherapy. *Omega (United States)*. 2015;71(2):169–97.
 27. Pandarakalam JP. Challenges of treatment-resistant depression. *Psychiatr Danub*. 2018;30(3):273–84.