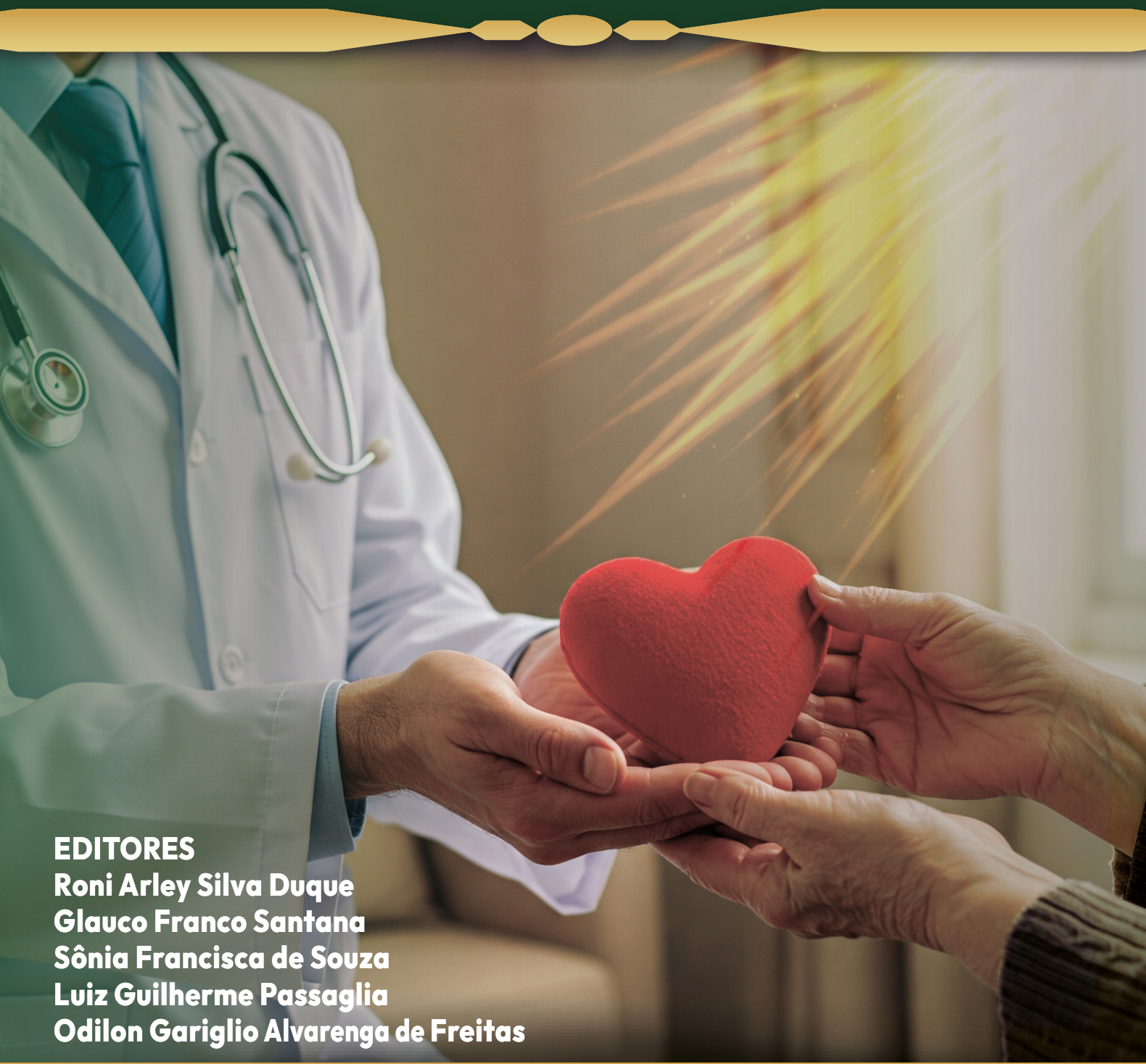


Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

Enfoque na Prática Cardiovascular



EDITORES

Roni Arley Silva Duque

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Luiz Guilherme Passaglia

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Sociedade Mineira de Cardiologia

Alguns direitos reservados. Este livro está disponível sob a licença *Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-Compartilhável* (CC BY-NC-AS; <https://br.creativecommons.net/licencas/>). Sob os termos desta licença, você pode ler, salvar, adaptar e redistribuir esta obra para fins não comerciais, desde que o conteúdo seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida para fins comerciais, por qualquer meio, sem a prévia autorização da Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG (SBC/MG), reconhecida no estado de Minas Gerais como Sociedade Mineira de Cardiologia. Em qualquer uso do conteúdo deste livro, não deve haver nenhuma sugestão de que a SBC/MG endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da SBC/MG. Quaisquer opiniões, descobertas, conclusões ou recomendações expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões de qualquer organização ou entidade que forneceu apoio ao projeto.

Citação deste livro: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.1751.

Editora: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG

Editores: Roni Arley Silva Duque
Glauco Franco Santana
Sônia Francisca de Souza
Luiz Guilherme Passaglia
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Autores: Glauco Franco Santana
José Carlos da Costa Zanon
José Maria Peixoto
José Resende de Castro Júnior
Marconi Gomes da Silva
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas
Roni Arley Silva Duque
Sônia Francisca de Souza

Ilustrações: A2B Comunicação e Editores

Diagramação: A2B Comunicação

Revisão de português: Idianara Lira Navarro

Audiobook: Hud Erik Silva Duque

Colaboradores: Mônica Moreira Santiago Freire
Ezequiel Pereira da Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S678p Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG.
Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina [livro eletrônico]: Enfoque na Prática Cardiovascular / Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; editores Roni Arley Silva Duque... [et al.]. – Belo Horizonte, MG: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5278-277-9
DOI 10.70271/250620.1751

1. Medicina. 2. Religiosidade e espiritualidade. 3. Cardiologia. I. Duque, Roni Arley Silva. II. Santana, Glauco Franco. III. Souza, Sônia Francisca de. IV. Passaglia, Luiz Guilherme. V. Freitas, Odilon Gariglio Alvarenga de. VI. Título.

CDD 215

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Sociedade Mineira de
Cardiologia



Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG
Av. João Pinheiro, nº: 129, sala: 406 - Centro
Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil - CEP: 30130-180
E-mail: contato@smc.org.br | www.smc.org.br

Capítulo 3.4

Abordagem da Espiritualidade em Relação à Esperança, Dignidade, Compaixão, Gratidão e Perdão

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Audiobook | Streaming
O capítulo está disponível
no formato de áudio.

Clique e Acesse



3.4.1. Introdução

A crescente compreensão do papel da interação entre as dimensões física, psicossocial e espiritual na saúde humana tem estimulado uma abordagem aprofundada da religiosidade e espiritualidade (R/E) dos pacientes, inclusive em relação a alguns dos constructos psicológicos como esperança, dignidade, compaixão, gratidão e perdão. Em relação às religiões, esses constructos compõem as bases da maioria das crenças, sendo valores centrais de textos, práticas e ensinamentos espirituais por terem a capacidade de influenciar e moldar o arcabouço moral, social, ético e espiritual das pessoas. No contexto da saúde, eles são fundamentais para uma abordagem de cuidado médico integral e humanizado, associando-se ao bem-estar, melhora da qualidade de vida, a estados mentais mais positivos e a uma maior adesão aos tratamentos.

Os próximos subcapítulos abordarão esses constructos para aumentar a compreensão dos seus significados e seus papéis na abordagem da R/E, apresentarão as evidências disponíveis sobre as suas influências no processo de saúde e doença, bem como as possibilidades de

intervenção/papel terapêutico. É importante esclarecer que, baseadas nas atuais evidências científicas disponíveis, todas as intervenções referentes a esses constructos têm significativa relevância clínica, entretanto devem ser feitas de modo complementar às terapêuticas convencionais e nunca de forma substitutiva.

3.4.2. Esperança

A maioria das pessoas possui uma concepção própria e distinta sobre o significado da esperança e existem várias definições científicas relacionadas à R/E. De forma sintetizada, a esperança é um tipo de processo de pensamento envolvendo uma emoção positiva, associada a uma expectativa de um futuro diferente. É considerada um estado ativo e dinâmico de enfrentamento existencial das pessoas. Em relação à religiosidade, a virtude teológica da esperança, principalmente nas religiões cristãs, é entendida como uma orientação de vida baseada na fé de uma felicidade futura. Nesse contexto, Deus assume o papel de provedor dos meios para alcançar a felicidade, mesmo quando o indivíduo está em meio a dificuldades, incapacidades, doenças e limitações humanas.¹⁻⁴

Freitas OGA – Minascor Centro Médico (Belo Horizonte - MG).

Santana GF – Hospital Nossa Senhora de Fátima (Patos de Minas - MG).

Souza SF – Faculdade de Medicina da UFMG e Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Belo Horizonte - MG).

E-mail: contato@smc.org.br

Citar como: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.175112.

Um ponto importante de reflexão é que, embora a esperança e o otimismo pareçam semelhantes, no otimismo há uma expectativa positiva e motivada por razões externas concretas, levando o paciente a acreditar que tudo ficará bem, pois o resultado/cura agora é atingível. Adicionalmente, no otimismo, a virtude teológica do futuro em Deus deixa de ser uma das principais expectativas. Entretanto, estudos demonstram que tanto a esperança quanto o otimismo correlacionam-se com menores níveis de depressão e ansiedade.^{5,6}

A esperança é um tópico recorrente dentro dos campos da psicologia e psicoterapia positivas. A maioria dos pacientes considera fundamental ter esperança quando está doente (aguda ou cronicamente), se sente debilitado ou em risco de morte. A doença, principalmente quando grave, é um fator de incerteza sobre o futuro do indivíduo, tanto em relação à sua sobrevivência, recuperação, manutenção de autonomia e realização de atividades diárias e profissionais. A esperança gera expectativas de uma possível cura, ou de viver o mais normalmente possível, de ter relacionamentos afirmativos (família e amigos, profissionais de saúde ou de natureza espiritual) e permitir uma reconciliação com a vida e a morte.^{6,7}

Outro ponto relevante é o fato de não existir uma “quantidade padrão” de esperança que seja inerente a todos os indivíduos. O nível de esperança é variável com o tempo e frequentemente determinado por características inatas da personalidade da pessoa, fatores ambientais, sociais e religiosos, bem como pode ser fisiologicamente influenciado mediante moduladores imunológicos, neurotransmissores, estados afetivos e até mesmo por doenças subjacentes, tais como o câncer e a insuficiência cardíaca (IC).^{1,2,8,9}

Outra questão relevante é que uma redução dos níveis de esperança difere do quadro de desesperança. A desesperança consiste em esquemas cognitivos nos quais as expectativas negativas acerca do futuro são evidentes, prevalecendo os sentimentos de descrença, desespero, desistência, perda completa da esperança, estando intimamente relacionada a intenções suicidas. Também se correlaciona a uma maior incidência de comorbidades e morbimortalidade em

pacientes com doenças cardiovasculares (DCV). A desesperança é considerada um sintoma central de um quadro depressivo e danosa por associar-se a comportamentos desadaptativos graves, requerendo inclusive intervenção psiquiátrica.⁹⁻¹²

No outro extremo, pode-se verificar o “alto grau de esperança” quando um paciente recebe uma adequada intervenção para recuperação dos seus níveis, incluindo melhora da qualidade de vida, expressão de sentimentos de otimismo e motivação, renovação de interesse em práticas religiosas e reafirmação da fé.^{13,14}

Vários métodos foram desenvolvidos para avaliar e medir a esperança em diversas situações, de maneira objetiva e versátil, principalmente em pesquisas científicas. Atualmente, a escala geral de medida de esperança mais amplamente utilizada é a *Adult Hope Scale* (AHS; também conhecida como “*Snyder’s Hope Scale*”), com versão traduzida e validada para português de Portugal (VTVPP), desenvolvida para avaliar a esperança como uma característica estável de uma pessoa, em vez de um estado psicológico passageiro. A AHS busca capturar informações sobre a esperança inerente à personalidade de um indivíduo e é relativamente indiferente a eventos diários.^{3,15}

Outra escala muito utilizada é a *State Hope Scale* (SHS) que foi desenvolvida para capturar flutuações/mudanças nos níveis de esperança ao longo de horas, dias, semanas ou meses.^{9,16,17}

A expressão de palavras/termos relacionados ao constructo da esperança durante a anamnese espiritual (vide exemplos no Apêndice 1) pode revelar aspectos importantes sobre o estado mental, emocional e espiritual do paciente. Além do conteúdo de palavras, a forma como as pessoas verbalizam seus sentimentos, crenças e expectativas em relação ao futuro (cognitivo, emocional, motivacional, existencial, espiritual), pode ser um indicador crucial do estado de saúde mental: linguagem corporal (p. ex.: postura encolhida, face de choro, mãos cobrindo o rosto), a entonação da voz (p. ex.: tom de raiva, falando baixo) e o contexto em que essas expressões ocorreram (p. ex.: espontâneo, após explicação de uma doença).^{3,6,18-25}

Existem também escalas para avaliar aspectos específicos da esperança sendo as

principais: *Goal-Specific Hope Scale (GSHS)* que monitora a esperança em relação a um indicador definido por um pesquisador, clínico ou mesmo o paciente (por exemplo, na avaliação da efetividade de uma intervenção no aumento da esperança); *Herth Hope Index (HHI)*, versão adaptada com 12 itens da *Herth Hope Scale* avaliando a temporalidade, prontidão positiva, expectativas e interconectividade; *Domain-Specific Hope Scale (DSHS)* que contém subescalas que avaliam a esperança em seis áreas da vida: social, acadêmica, familiar e doméstica, romântica, profissional e de lazer; *Integrative Hope Scale (IHS)* utilizada para medir dimensões como confiança, orientação positiva para o futuro, relações sociais, valores pessoais e a falta de perspectiva; *Children's Hope Scale (CHS)* que foi desenvolvida para uso em indivíduos de 8 a 16 anos. A utilização das escalas de esperança está consolidada nas pesquisas científicas e em pacientes com doenças crônicas/graves e/ou em cuidados paliativos, entretanto, na abordagem inicial dos pacientes clínicos, sugere-se aplicar inicialmente as escalas gerais de R/E.^{8,9,17,18}

As evidências científicas atuais confirmam ser possível trabalhar a esperança no contexto da relação médico-paciente. A promoção da esperança deve ser considerada parte do contexto do tratamento de várias doenças, da busca do bem-estar (físico e emocional) e melhora na qualidade de vida do paciente e dos familiares, sendo fundamental para uma boa prática clínica.^{26,27}

As intervenções quanto à esperança devem sempre respeitar a autonomia do paciente para abordar ou não sua espiritualidade e crenças religiosas. A Tabela 1 apresenta um compilado das principais intervenções para estimular a esperança e prevenir a desesperança. As intervenções requerem que a equipe de saúde receba treinamento prévio e adequado para sua aplicação, sendo voltadas à promoção da esperança em pacientes com doenças crônicas (p. ex.: IC, diabetes, câncer e esclerose múltipla). Geralmente, os resultados alcançados são: melhor enfrentamento e ajustes emocionais às doenças/tratamentos; melhora na qualidade de vida; maior espiritualidade e senso de propósito na vida; melhora da autoestima; maior

resiliência. Os programas podem ser aplicados individualmente ou em grupos (normalmente 4 a 12 sessões com duração de 0,5h a 2h) sendo os principais: *Brief Hope Intervention* (originária da China); *Living with Hope Program* (Canadá); HOPE-IN (Noruega); HOPE: *MS - Help to Overcome Problems Effectively Self Management* (Reino Unido); *Hope Therapy Program* (Irã).^{7,28-30}

Algumas publicações científicas adicionais sobre esperança e intervenções religiosas/espirituais (Re/Es) em pacientes com DCV:

- Estudo descritivo/correlacional em 500 pacientes iranianos (idade média de 60,68±10,34 anos; 52,4% mulheres) hospitalizados por doença cardiovascular observou que a pontuação média do *Herth Hope Index* foi de 34,80 (DP: 5,05) sendo os preditores para maior nível de esperança: pacientes casados (p<0,001); maior escolaridade (p<0,001); boa situação econômica (p<0,001); bem-estar espiritual (p<0,001).³¹

- Estudo transversal com 70 adultos (idade média de 60,29±12,33 anos; 53% mulheres) em pré-operatório para cirurgia cardíaca em hospital universitário (São Paulo/Brasil), realizou levantamento sociodemográfico dos fatores de risco para DCV e do nível de esperança através da *Herth Hope Scale*. O estudo demonstrou alta prevalência de fatores de risco modificáveis, que ter religião (37,53±4,57) e praticá-la (38,79±4,25), independentemente de sua denominação e tempo dedicado, estiveram associados à esperança (p<0,01). Entretanto, a esperança não apresentou correlação significativa com a idade (p=0,09) e tempo dedicado à prática religiosa (p=0,07).³²

- Estudo prospectivo randomizado em 70 pacientes com insuficiência cardíaca avançada (em um hospital universitário na China) e seus respectivos cuidadores familiares (diáde: paciente + familiar), submetidos a terapia de dignidade (online) em um grupo por 4 semanas e outro grupo por 8 semanas, quando comparados a um grupo controle, demonstrou uma melhora significativa do nível de esperança, bem-estar, interação familiar e qualidade de vida nos grupos de intervenção, independente da duração. Os cuidadores familiares também apresentaram redução da ansiedade (p=0,002) e depressão (p=0,016).³³

Tabela 1 — Intervenções para estimular a esperança e prevenir a desesperança.²⁶⁻²⁹

Atributo/Componente	Fundamentação	Intervenções*
Processo experiencial (a dor da esperança)	Envolve o reconhecimento e a aceitação do sofrimento como parte da experiência humana. Trabalhar a aceitação do sofrimento (físico, psicológico, social e espiritual) permitindo a melhora da criatividade, maior resiliência para modificar as experiências, buscar por superação e reavivar a esperança.	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar uma avaliação realista da situação e/ou doença. - Incentivar o paciente/família a transcender a situação atual. - Utilizar o humor e a alegria de forma dosada e adequada. - Incentivar experiências estéticas, de higiene corporal e de vestuário. - Encorajar o envolvimento em atividades criativas e divertidas. - Incentivar paciente/família a lembrar/reviver momentos gratificantes/alegres. - Estimular o paciente a adotar atitudes positivas: paciência, coragem e persistência. - Compartilhar histórias positivas e inspiradoras de esperança. - Incentivar o paciente/família a expressar verbalmente autorreflexões positivas.
Processo espiritual/transcendente (a alma da esperança)	Envolve a incorporação de uma dimensão transcendental da vida incluindo: significado da vida; perdão ou aceitação; reafirmação da fé religiosa; relacionamento interpessoal; transcendência. Como um processo espiritual, a esperança é mantida pela fé (em si mesmo e nos outros).	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente/família na busca de sentido espiritual da situação. - Facilitar a participação em rituais religiosos e práticas espirituais. - Encaminhamento ao capelão ou outro assistente espiritual. - Auxiliar o paciente/família a manter comunicação diária e fortalecimento dos laços de relacionamento. - Estimular a reconciliação do paciente e familiares, reforçando os laços de fé. - Sugerir literatura, filmes e arte que explorem o significado do sofrimento e a virtude teológica da esperança. - Reavivar a fé teológica e a determinação para perseverar.
Processo relacional/afetivo (o coração da esperança)	É um processo interpessoal que requer reconhecimento e aceitação dos outros. Um ambiente familiar de cuidado com um senso de conexão a outras pessoas consegue fomentar a esperança, independentemente da idade ou condição de saúde do paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar o isolamento do paciente/família. - Estabelecer e manter novos relacionamentos pessoais (amigos). - Fortalecer a autoestima do paciente/família. - Reconhecer e reforçar a reciprocidade da esperança entre o paciente, a família e profissionais do serviço de saúde. - Estimular relacionamentos que propiciem relações afetivas e apoio mútuo. - Reservar tempo para convivência coletiva (p. ex.: clube). - Auxiliar o paciente a identificar pessoas/objetos significativos. - Refletir com o paciente sobre as características e experiências que geralmente o conectam a outras pessoas.
Processo cognitivo/pensamento racional (a mente da esperança)	É um processo no qual o paciente está ativamente envolvido por apresentar expectativa de atingir objetivos concretos e fortalecido pelo senso de controle sobre seu próprio destino. Neste processo, a esperança está associada: atitude mental positiva; definição de metas e objetivos; planejamento da vida; avaliação e probabilidade de sucesso.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a sensação de controle, auxiliando o paciente/família a estabelecer e revisar objetivos, sem imposição de prazos ou uma agenda. - Identificação dos recursos pessoais e externos disponíveis e busca dos faltantes para atingir os objetivos. - Auxiliar na fragmentação de objetivos amplos em pequenas metas (para aumentar a sensação de sucesso). - Ajudar a viver um dia de cada vez, identificando sucessos atingidos. - De acordo com a condição do paciente, abordar e prepará-lo para a possibilidade de resultados negativos. - Facilitar a vigilância da condição e avaliação de realidade atual.

* A seleção destas intervenções foi baseada em informações obtidas em revisão sistemática, metanálise e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas/programas de intervenções, incluindo a psicoterapia individual. Independente da intervenção, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para as indicações, acompanhamento e/ou realização delas.

Adaptado de: Laranjeira et al. *Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale.*²⁸

3.4.3. Dignidade

A dignidade é considerada um dos princípios fundamentais da vida e dos direitos humanos, sendo estudada por diversas áreas do conhecimento (teologia, filosofia, sociologia, direito, bioética, medicina etc.). A palavra dignidade deriva do latim *decus* (distinção, honra, glória e estima) e *dignitas* (“senso de autorrespeito e autoestima de um indivíduo ou grupo”). O conceito de dignidade na medicina é complexo, entretanto, a definição mais utilizada é: a forma como um indivíduo sente, pensa e se comporta em relação à autoestima inerente e à autoestima extrínseca, associada às outras pessoas.^{34,35}

A dignidade é de particular interesse no domínio da espiritualidade, uma vez que foi nesse contexto que teve sua primeira conceituação e continua sendo amplamente estudada. Embora as definições formais de espiritualidade não mencionem explicitamente a dignidade, como também ocorre com outros termos inter-relacionados (esperança, paz de espírito, gratidão e Deus), sua centralidade é implícita e faz parte das declarações doutrinárias da fé.^{19,36}

Rotineiramente, a dignidade é dividida em duas categorias: intrínseca (também referida como humana, básica, espiritual ou absoluta), definida como uma autoestima inerente e inalienável presente em todos os seres humanos; extrínseca (também referida como social, de mérito ou relativa), corresponde a um senso adquirido de autoestima que pode ser medido por outros e geralmente sofre influência da interação social dos indivíduos.

A Figura 1 apresenta os tipos de dignidade, destacando suas principais características e os fatores relacionados às doenças e questões sociais que causam redução do seu nível.^{19,35}

Na medicina, Chochinov *et al.* propuseram uma estrutura de constituição da dignidade baseada nas suas fontes primárias (incluindo a perspectiva do paciente), composta por:^{37,38}

- **Autonomia/controle:** correspondendo à independência, cognição intacta e tomada de decisões.
- **Respeito ao ser humano:** cuidado empático, privacidade e espaço.
- **Autoestima:** associada à identidade própria, à preservação da continuidade do eu e a dignidade/valor.
- **Conexão familiar:** baseada no apoio familiar, comunicação e expressão.

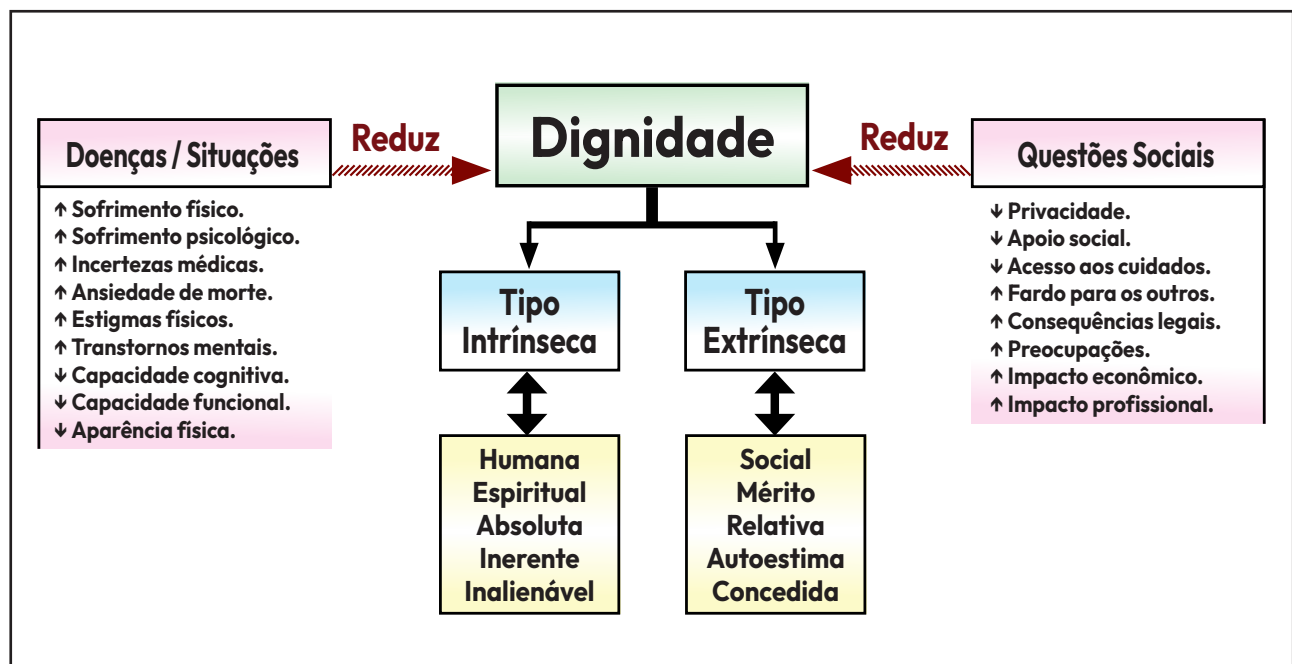


Figura 1 — Tipos de dignidade e fatores associados à sua redução.^{19,35} ↑: aumento; ↓: redução.

- **Aceitação:** buscar admitir a impermanência da vida, a proximidade da morte e o viver o momento.
- **Esperança/futuro:** ter esperança e manter planejamento futuro.
- **Deus/religião:** baseada na fé e na confiança no divino/transcendente.

Estudos demonstraram que a dignidade é uma preocupação primária frequente de pacientes hospitalizados e considerada um componente inseparável da vida, sem o qual “a vida não vale a pena ser vivida”, sendo altamente importante para o bem-estar. Existem três possíveis trajetórias de evolução da dignidade em pacientes com doenças crônicas/debilitantes: o equilíbrio dinâmico, caracterizado por uma diminuição temporária do senso de dignidade, mas seguida por um retorno aos níveis anteriores; tendência de queda, com o senso de dignidade diminuindo com a progressão da doença e sem retorno aos níveis anteriores; estabilidade, no qual o senso de dignidade permanece inalterado apesar das mudanças nas circunstâncias.^{36,39}

A perda de dignidade tem sido associada à ocorrência/agravo de sintomas físicos (p. ex.: fraqueza, quadros dolorosos, dispneia etc.) e psicológicos (p. ex.: ansiedade, tristeza, irritabilidade etc.). Ofertar cuidados dignos aos pacientes, inclusive aos hospitalizados, é essencial para uma prática médica de qualidade e segura. Tratar os pacientes com dignidade é um fator independente relacionado à maior satisfação, adesão aos tratamentos e receptividade aos cuidados de melhoria da saúde e prevenção de doenças.^{34,40,41}

Durante a anamnese espiritual, o médico deve ficar atento à fala do paciente buscando identificar palavras e expressões que possam denotar alterações da dignidade: diminuição da dignidade própria; desvalorização da pessoa; e desrespeito a si mesmo; perda da dignidade; sensação de inferioridade, humilhação, fracasso e vergonha; peso (para os outros); sentimento de exclusão (isolamento); desconexão espiritual; autocrítica destrutiva; julgamento severo; desesperança (quanto a si próprio); fala associada à intolerância, preconceito, arrogância e desumanização (de si mesmo e pelos outros). O Apêndice 1 apresenta uma lista de exemplos de palavras e frases que exemplificam essas alterações.^{3,6,18-25}

Algumas das principais ferramentas utilizadas para avaliar/quantificar a dignidade direta (dignidade como conceito) ou indiretamente (seus possíveis componentes) são:^{34,35,42,43}

- *Patient Dignity Question* (PDQ) que envolve simplesmente perguntar aos pacientes “O que preciso saber sobre você como pessoa para lhe dar o melhor atendimento possível?”. Embora algo aparentemente simples, tem sido muito útil para os profissionais de cuidados paliativos e na atenção básica da saúde.

- *Measurement Instrument for Dignity Amsterdam* (MIDAM) que consiste em um questionário de 26 itens (sintomas ou experiências) categorizados em 4 domínios: avaliação de si mesmo em relação aos outros; estado funcional; estado mental e aspectos do cuidado recebido e situacionais.

- *Dignity Card-sort Tool* (DCT) é uma classificação que utiliza “cartões de dignidade” que foi desenvolvida para classificar os fatores influentes na perda ou preservação da dignidade no estágio final da vida.

- *Inpatient Dignity Scale* (IPDS) é um questionário de 35 itens abordando a dignidade em relação aos tipos de respeito: ao ser humano; aos sentimentos pessoais; pelo tempo; pela privacidade; pela autonomia.

- *Patient Dignity Inventory* (PDI), é um questionário composto por 24 itens de análise, incluindo subescalas de sofrimento sintomático, sofrimento existencial, dependência, paz de espírito e apoio social. O PDI foi traduzido e validado para várias áreas (cuidados paliativos, oncologia, psiquiatria, geriatria e cardiologia).

- *Dignity Impact* (DI) é uma escala adicional de 7 itens derivada do Questionário de Feedback do Paciente após receber a terapia da dignidade, utilizada para examinar o impacto e a mudança na percepção individual após intervenções orientadas para a dignidade.

Atualmente tem sido estimulada a incorporação das avaliações e intervenções orientadas para a dignidade como parte rotineira de todas as interações com pacientes com doenças crônicas e/ou graves e em todos os contextos (p. ex.: unidades ambulatoriais, hospitais, serviços de urgência, cuidados paliativos, clínicas etc.). De acordo com as

evidências atuais, as intervenções orientadas à dignidade envolvem várias possíveis ações, considerando a influência das doenças, as questões sociais, os temas e subtemas referentes à preservação da dignidade e os cuidados oferecidos pelos profissionais (Tabela 2).^{35,37,41,44,45}

Uma reconhecida intervenção Re/Es para conservação da dignidade é a terapia da dignidade (TD), um modelo de psicoterapia breve e individualizada (intervenção psicossocial multidimensional) utilizada no cuidado de pacientes que enfrentam doenças graves e para o alívio de sofrimento psicossocial e espiritual nos estágios finais da vida. A TD concentra-se na conservação da dignidade mediante intervenções espirituais, psicossociais e físicas e está frequentemente incorporada na rotina dos cuidados paliativos, inclusive de pacientes com doença arterial coronariana (DAC) refratária e/ou insuficiência cardíaca (IC) grave. A pesquisa e utilização da TD em pacientes ambulatoriais com DCV ainda está em fase inicial.^{36,36,46}

No capítulo 3.1 desta seção foram apresentados mais detalhes referentes a incorporação das intervenções orientadas para a dignidade, inclusive com um organograma que ilustra sua utilização na prática clínica e em pacientes com DCV.

Estudos em pacientes com DCV quanto às intervenções em R/E baseadas na dignidade:

- Estudo descritivo transversal com 200 portadores de DCV (idade média de 59,0±17,0 anos) admitidos

em unidades de terapia intensiva (UTI), encontrou um baixo nível de percepção de dignidade (pontuação 3,60±1,39), sendo os principais fatores associados: perda de independência (3,94±1,06); sofrimento emocional (3,63±1,37); incertezas sobre o futuro (3,57±1,20); alterações na capacidade e imagem mental (3,30±2,08).⁴⁷

- Estudo transversal com 101 participantes (idade média de 72,23 anos; 68% masculino) portadores de DCV (88,1% com DAC e prevalência de IC em 43,0%) para levantar as relações entre dignidade, resiliência e qualidade de vida demonstrou que: o senso de dignidade foi significativamente associado à qualidade de vida (coeficiente de correlação parcial: 0,605; IC95%: 0,391-0,757; t= 6,347; p<0,001); somente quando a dignidade foi associada à resiliência atingiram-se 73,0% de explicação da variância da qualidade de vida nesses pacientes.⁴⁸

- Estudo transversal em 300 pacientes internados por IC (idade média de 64,15 anos; 50% homens), buscou determinar a relação entre dignidade e adesão à medicação. A pontuação média de adesão à medicação foi de 5,82 (baixa adesão) e a dignidade avaliada pelo questionário *Patient Dignity Inventory* foi de 81,39. Mesmo após ajuste quanto às variáveis de confusão, foi observado que quanto maior o comprometimento da dignidade (menos dignidade), menores eram os níveis de adesão à medicação (r=-0,6; p<0,001).⁴⁹

Tabela 2 — Principais categorias, temas, subtemas e intervenções quanto à dignidade.^{35,37,41,44,45}

Influência da Doença na Dignidade	Perspectivas Preservação da Dignidade	Práticas Preservação da Dignidade*	Dignidade no Tratar/Cuidar dos Pacientes	Questões Sociais da Dignidade
→ Sintoma de sofrimento: • Físico. • Psicológico: - Incerteza médica. - Ansiedade da morte. - Estigma. - Transtornos mentais. → Nível de independência: • Capacidade cognitiva. • Capacidade funcional. • Aparência física.	→ Continuidade de si mesmo. → Preservação de função. → Generatividade, legado e lembranças. → Manutenção do orgulho. → Esperança. → Ser informado e ter autonomia. → Aceitação da vida e da morte. → Resiliência/espirito de luta. → Reconhecer o arrependimento. → Sensação de segurança.	→ Viver o momento. → Manter uma rotina/normalidade. → Buscar conforto espiritual: • Compreender a doença e riscos. • Buscar sentido da vida. • Expressar amor e gratidão. • Capelania/comunidade de fé. • Terapia da dignidade. → Conexão com família/amigos. → Realizar desejos inacabados. → Resolver disputas familiares. → Entender a morte decente e digna.	→ Respeito (crenças, cultura e rotinas). → Privacidade. → Individualidade. → Autonomia e independência. → Comunicação clara. → Cuidado empático centrado na pessoa. → Apoio emocional. → Apoio religioso/espiritual. → Conforto físico. → Interação social. → Segurança e proteção.	→ Limites de privacidade. → Apoio social. → Teor do cuidado. → Fardo para os outros. → Preocupações com consequências. → Justiça. → Impacto econômico/profissional.

* A seleção destas práticas e orientações foi baseada em informações obtidas em artigos originais de revisão e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas/programas de intervenções, incluindo a psicoterapia individual. Independente da intervenção, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para as indicações, acompanhamento e/ou realização delas.

3.4.4. Compaixão

A compaixão na medicina pode ser definida como uma resposta ao sofrimento humano, envolvendo consciência cognitiva, empatia, tolerância, não julgamento e uma motivação espontânea e sábia para agir no alívio do sofrimento. Berlant *et al.* afirmaram que a compaixão “é uma vocação ética; uma parte de ser humano entre outros humanos neste mundo”, conceito inerente à ética médica, ao campo da psicologia positiva e à busca da saúde integral dos indivíduos.^{3,50,51}

O caráter e a força da compaixão são valorizados por todas as principais religiões e tradições espirituais, sendo um dos fundamentos da R/E, considerada essencial para a vida em sociedade. Dessa forma, a compaixão em relação à R/E:^{6,51,52}

- Na tradição cristã, é um dos princípios fundamentais da sua prática, sendo transgeracional, além de poder, ser inferida como cultural e civilizatória. A compaixão envolve o “amor sacrificial que intencionalmente deseja o bem maior do outro” e não somente ser compassivo consigo mesmo. Também é considerada a fonte da misericórdia, uma manifestação profunda de compaixão, empatia, desejo de cuidar e aliviar o sofrimento de outra pessoa. Desde a antiguidade, inspira os provedores de cuidados espirituais e, nos tempos contemporâneos, os capelães de saúde e profissionais de cuidados espirituais adotam a compaixão como um princípio ético e fundamental para a prestação de serviços.

- Na tradição islâmica, está enraizada nos cinco pilares do islamismo sendo um dos deveres fundamentais, incluindo: o “*Sadaqah*” (caridade voluntária) o qual é altamente encorajada, abrangendo todas as formas de bondade e ajuda ao próximo; o “*Zakat*” (caridade obrigatória) considerada uma expressão prática e forma de alívio do sofrimento dos necessitados através da redistribuição de uma porção específica de riqueza anual (geralmente 2,5%). Esses atos de caridade auxiliam a invocar as bênçãos de Alá. De acordo com Ibn ‘Umar, o profeta Maomé declarou que “O muçulmano é irmão de seu companheiro muçulmano; ele não o prejudica nem o decepciona. Aquele que atende às necessidades de seu irmão,

Alá atenderá às suas necessidades. Quem alivia um muçulmano da angústia, Alá o aliviará da angústia no dia da ressurreição”.

- Na religião tradicional africana, a compaixão é uma manifestação máxima da natureza espiritual, feita por Deus e de caráter incondicional, envolvendo um instinto comunitário em como se lida com a cura, a totalidade da vida e a cultura do grupo.

- No Budismo, a compaixão envolve elementos afetivos, comportamentais e cognitivos, dando abertura ao sofrimento dos outros com o compromisso de aliviá-lo. É uma resposta fundada na razão e na sabedoria, possuindo uma estrutura ética que defende a intenção altruísta de apoiar/libertar o outro do sofrimento. A compaixão, na visão budista, possui forte tradição na saúde, inclusive originando o conceito de autocompaixão.

A avaliação da dimensão espiritual envolvida na compaixão pode fornecer informações valiosas para a abordagem e um plano de cuidado integral do paciente. O Apêndice 1 apresenta uma relação de frases que exemplificam o relato de distúrbios associados à compaixão, incluindo aspectos de autocompaixão, bem como termos relevantes para suspeição de alterações do constructo em seus vários domínios.

Existe uma ampla variedade de escalas para avaliar a compaixão em todos os seus domínios e utilizadas rotineiramente em pesquisas. Entretanto, são menos utilizadas na prática clínica devido à falta de tradução/validação para a maioria dos idiomas (inclusive para o português brasileiro). As principais escalas utilizadas, divididas por categorias/domínios de medição, são:^{6,20,50,53,54}

• Em primeira pessoa, através do autorrelato (abordagem mais comum), avaliando a tendência e/ou capacidade de dar compaixão aos outros (o “doador de compaixão”): *Feelings of Compassion for Person(s) Suffering*; *Santa Clara Brief Compassion Scale*; *Pommier Compassion Scale*; *Dispositional Positive Emotions Scale* (DPES); *Compassionate Love Scale*; *Self-reported Willingness to Help*; *Temperament and Character Inventory - compassion subscale*; *Fears of Compassion Scales*; *Interpersonal Reactivity Index*.

• Em segunda pessoa, através da avaliação pelo potencial receptor ou alvo da compaixão:

Consultation and Relational Empathy Scale; Schwartz Center Compassionate Care Scale; Patient Ratings of Physician's Compassion; Shaver Compassionate Affection Scale; Compassion Engagement and Action Scales.

• Em terceira pessoa, avalia a intenção de tomar uma medida objetiva ou adotar uma alteração comportamental, sendo geralmente inferidos situações e ambientes hipotéticos/experimentais (p. ex.: a intenção em oferecer doação de dinheiro ou prestar assistência a pessoa desconhecida em perigo): *Amount of Money Willing to Donate; Offering Assistance to Someone in Need or Distress; Time Spent Helping Confederate; Carkhuff Empathy Scale; Reynolds Empathy Scale; Peer Nomination: "shows strong compassion for others"; Emotion Recognition Index.*

Uma revisão sistemática de 2022 sobre a epidemiologia da compaixão demonstrou que a maioria das pesquisas utilizou medidas de autorrelato e tenderam a referir como potenciais destinatários da compaixão indivíduos hipotéticos (61,0%) ou grupos hipotéticos (50,0%). Também verificou que 79,3% dos estudos levantados (de um total de 106) consideraram a compaixão como um traço (uma característica estável da personalidade), 29,3% como um estado momentâneo (um padrão de pensamento ou comportamento de curto prazo), enquanto 20,7% como uma habilidade.⁵⁰

Nas últimas duas décadas, estão ocorrendo pesquisas referentes à autocompaixão que é considerada um constructo psicológico positivo (cognitivo-afetivo, multidimensional e modificável), provindo da extensão da compaixão para o próprio indivíduo (consigo mesmo), frequentemente durante períodos de sofrimento. Seus componentes principais incluem: autobondade, associada a relacionar-se consigo mesmo com gentileza e compreensão; atenção plena, voltada a manter um estado mental sem julgamentos em relação aos próprios pensamentos e sentimentos; humanidade comum, envolvendo a consciência de que as imperfeições e dificuldades são uma condição/experiência humana universal. Autocompaixão envolve o desejo de enfrentar e reduzir a dor e o sofrimento, incluindo a autocura com gentileza e sem autojulgamento das próprias deficiências, fraquezas, fracassos e sofrimentos.⁵⁵⁻⁵⁷

A autocompaixão é associada a uma ampla

gama de resultados desejáveis: psicológicos (p. ex.: resiliência; bem-estar; redução do sofrimento em doenças crônicas); ligada a comportamentos de promoção da saúde (p. ex.: aumento da atividade física); maior adesão a tratamentos médicos; redução de fatores de risco de DCV (p. ex.: menor resistência à insulina; redução do estresse; melhor qualidade do sono).⁵⁸⁻⁶¹

É importante compreender que a compaixão tem um papel duplo no cotidiano da medicina: quanto aos pacientes, correspondendo uma terapêutica complementar utilizada nas intervenções em R/E; em relação aos profissionais da área de saúde, é um dos princípios fundamentais/éticos e inerente à prática diária médica. O médico experimenta rotineiramente a força, virtudes e sentimentos da compaixão na sua prática profissional. Entretanto, só poderá demonstrar sua compaixão se souber que o paciente assente e concorda com esta ação. Para isso, é necessário investigar adequadamente a questão através da abordagem da R/E do paciente. O médico compassivo e respeitoso com os valores do paciente funciona como um catalisador à reflexão, uma inspiração à busca/descoberta do significado da vida, força para enfrentamento das angústias e dores e capaz de indicar intervenções adequadas ao processo de cura. Também contribui para melhorar a relação médico/paciente, a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes.⁶²⁻⁶⁴

A compaixão está geralmente ligada a valores espirituais subjacentes (religiosos e seculares) e beneficia não apenas a quem está sofrendo, mas também quem se dispõe a cuidar. Este efeito nos profissionais da saúde é conhecido como satisfação compassiva, correspondendo ao sentimento de gratidão que advém do fornecimento de cuidados para aliviar o sofrimento de outra pessoa e que permite o seu próprio crescimento espiritual. Entretanto, também existe o extremo oposto, a fadiga compassiva, conceituada como a exaustão emocional, física e psicológica devido à exposição ao estresse crônico relacionado ao cuidado/tentativa de alívio do sofrimento do outro. Os profissionais da enfermagem apresentam maior risco de apresentar fadiga compassiva, principalmente quando trabalham em serviços de emergência/UTI ou estão expostos frequentemente a mortes.⁶⁵⁻⁶⁷

No contexto do cuidado espiritual (CE), a compaixão representa um ato de espiritualidade, geralmente fornecida na forma de serviço social e/ou como uma intervenção em R/E, envolvendo o atendimento das necessidades espirituais e emocionais dos indivíduos. Inclui a presença, conversas, rituais, cerimônias, orações e o compartilhamento de textos e recursos sagrados. Entretanto, esse CE apresenta particularidades associadas aos indivíduos e à forma como cada religião compreende a compaixão.^{51,68} A terapia focada na compaixão (*Compassion Focused Therapy*) é a mais investigada/estudada. A Tabela 3 apresenta os principais programas de intervenção em R/E quanto à compaixão.⁶⁹

Alguns estudos relevantes sobre compaixão e intervenções em R/E baseadas na compaixão em pacientes com DCV:

- Estudo randomizado com 40 pacientes (idade média de 45,8 anos; 62,5% homens) portadores de DCV para avaliar a eficácia da *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), demonstrou aumento significativo da autocompaixão (*Eta squared*: 0,65; $p < 0,01$) e que a eficácia do tratamento foi mantida durante acompanhamento de 2 e 6 meses.⁷¹

- Estudo randomizado com 45 pacientes (idade variando de 30 a 50 anos; 66,7% mulheres) com DAC e traços de personalidade do tipo D (existencialista, tendência de inibir a expressão de emoções ou comportamento para evitar reações negativas de outras pessoas), comparou a eficácia de terapia *Compassion Focused Therapy* e da terapia baseada na atenção plena para redução do estresse. Ambas as terapias reduziram significativamente o estresse quando comparadas ao controle ($p < 0,0001$), entretanto a *Compassion Focused Therapy* apresentou maior eficácia ($p = 0,02$).⁷²

Tabela 3 — Principais programas de intervenção em religiosidade e espiritualidade quanto à compaixão.^{69,70}

Intervenção*	Fundamentos	Objetivos	Programa
<i>Compassion Focused Therapy</i> Terapia Focada na Compaixão	É baseado na psicologia evolucionista, teoria do apego e processos de psicologia aplicada da neurociência e psicologia social. Concentra-se em duas psicologias da compaixão: motivação para se envolver com o sofrimento; focar na ação, agindo especificamente para aliviar e prevenir o sofrimento.	Fornecer psicoeducação sobre a mente humana, especificamente em relação aos três sistemas básicos de regulação emocional: 1) O sistema de ameaça/autoproteção. 2) O sistema de impulso-recompensa. 3) O sistema afiliativo/calicante.	Composto de 8 a 12 sessões semanais com duração de 2 h cada. Inclui uma série de exercícios para desenvolver o ideal de compassivo-eu do indivíduo, incluindo exercícios para acessar o sistema calmante, como imagens (por exemplo, imagens de espaço seguro) e respiração (por exemplo, respiração calmante rítmica). Não tem limitações ou restrições de duração da terapia em grupo (Treinamento da Mente Compassiva).
<i>Mindful Self-Compassion</i> (MSC) Autocompaixão Consciente	Baseia-se em práticas budistas tibetanas e atenção plena. Seus três fundamentos principais são: a atenção plena, permitindo enxergar o sofrimento sem julgamentos; clareza, buscando responder ao sofrimento com autocompaixão (em vez de autocrítica); compreensão, lembrando que o sofrimento acomete todos os humanos.	O programa inclui psicoeducação sobre autocompaixão, bondade amorosa, exercícios de atenção plena, desenvolvimento da voz compassiva, gerenciamento de emoções difíceis e controle da negatividade humana.	Curso de construção de recursos, composto de 8 semanas, com sessões de 2 a 2,5 horas e um retiro de meditação opcional de meio-dia. Contém meditações essenciais (p. ex.: respiração afetiva), outras meditações (p. ex.: varredura corporal compassiva) e práticas informais de autocompaixão (p. ex.: pausa para autocompaixão). O programa inclui psicoeducação sobre autocompaixão e exercícios de atenção plena.
<i>Compassion Cultivation Training</i> (CCT) Treinamento de Cultivo da Compaixão	Estruturado e abrangendo práticas contemplativas budistas tibetanas e psicologia ocidental. Envolve treinamento didático e experiencial em práticas de compaixão: 1) acalmar a mente e desenvolver habilidades de atenção plena; 2) experimentar bondade amorosa e compaixão por um ente querido; 3) praticar a compaixão por si mesmo; 4) compaixão para com os outros através da aceitação da humanidade comum compartilhada; 5) compaixão para com todos os seres; 6) prática de “compaixão ativa” na qual se imagina tirar a dor/tristeza dos outros e oferecer alegria e felicidade.	Desenvolvido para: aumentar a compaixão por si e pelos outros; reduzir estresse, depressão e ansiedade; diminuir sintomas de <i>burnout</i> e angústia em resposta ao sofrimento; desenvolver resiliência pessoal diante de desafios; melhorar relacionamentos pessoais e profissionais; aumentar o bem-estar geral, felicidade e senso de propósito; melhorar a regulação emocional; aumentar a capacidade de aceitar experiências afetivas difíceis; promover a saúde psicológica e satisfação com a vida.	Protocolo de nove sessões, uma por semana, com duração de 2 horas, incluindo: 1) Instrução pedagógica com discussão ativa em grupo. 2) Meditação guiada em grupo. 3) Exercícios práticos interativos. 4) Exercícios projetados para promover sentimentos de coração aberto ou conexão com os outros. Os participantes recebem exercícios meditativos semanais, incluindo a realização de uma meditação diária completa focada na compaixão.

Continua...

Tabela 3 (Continuação) — Principais programas de intervenção em religiosidade e espiritualidade quanto à compaixão.^{69,70}

<p><i>Cognitively Based Compassion Training (CBCT)</i></p> <p>Treinamento de Compaixão Baseado na Cognição</p>	<p>Foi projetado para ser secular por natureza, e seus fundamentos teóricos se baseiam na tradição budista tibetana de <i>lojong</i> (treinamento mental). Também incorpora estratégias de atenção plena e reestruturação cognitiva.</p>	<p>Desenvolvido para: reduzir sintomas de depressão, ansiedade e solidão; melhora do bem-estar psicológico geral e qualidade de vida; aumentar a compaixão e empatia e as atividades neurais relacionadas; aumentar a esperança e autocompaixão; melhora de transtornos de humor e autocrítica; aprimorar as habilidades interpessoais; aprimorar a capacidade de manter a atenção e de lidar com distrações.</p>	<p>Treinamento estruturado para 6 semanas com duas aulas de 50 minutos/semana, incluindo 8 estágios: 1) desenvolver atenção e estabilidade da mente; 2) cultivar percepção sobre a natureza da experiência mental; 3) cultivar autocompaixão; 4) desenvolver equanimidade; 5) desenvolver apreciação e gratidão pelos outros; 6) desenvolver afeição e empatia; 7) realizar desejo e compaixão aspiracional; 8) perceber compaixão ativa pelos outros. Os participantes recebem semanalmente exercícios residenciais que envolvem praticar uma técnica meditativa.</p>
<p><i>Cultivating Emotional Balance (CEB)</i></p> <p>Cultivando o Equilíbrio Emocional</p>	<p>É um programa secular que visa construir o equilíbrio emocional baseado em fundamentos científicos ocidentais sobre emoções e no foco de atenção oriental tradicional (ou seja, <i>Shamatha</i>) e práticas contemplativas (ou seja, Quatro Imensuráveis). Busca criar caminhos para a compaixão ao treinar e ensinar os participantes a conseguirem reconhecer o sofrimento dos outros e de si mesmo, e a tolerar a angústia de forma mais eficaz por meio do aprendizado de novas maneiras de gerenciar as emoções.</p>	<p>Desenvolvido para: promover a compaixão aumentando a consciência das próprias emoções e das emoções dos outros; aprimorar a inteligência emocional; gerenciar emoções destrutivas (raiva, medo, desprezo, vergonha, culpa e nojo); redução de emoções negativas (ruminação, depressão e ansiedade); reduzir o estresse e o <i>burnout</i>; aprimorar a atenção plena; aprimorar a comunicação interpessoal; cultivar valores éticos; aumento do comportamento pró-social.</p>	<p>Programa composto de oito sessões (42 horas), que envolve uma série de práticas contemplativas (incluindo atenção plena, promoção da empatia e compaixão e psicoeducação das emoções). O CEB é notavelmente diferente de outras intervenções baseadas na compaixão, por haver uma ênfase no programa em compreender as emoções e ser capaz de reconhecer as emoções dos outros.</p>
<p><i>Meditations (Compassion and Loving-Kindness Meditations)</i></p> <p>Meditações (Meditações de Compaixão e de Amor-Bondade)</p>	<p>As meditações são normalmente de 2 tipos: <i>Compassion Meditation</i> (CM); <i>Loving-Kindness Meditation</i> (LKM). O CM é uma prática budista que visa cultivar sentimentos de empatia, cuidado e um desejo de aliviar o sofrimento em si mesmo e nos outros. O LKM (<i>Metta Bhavana</i>) é uma prática budista focada em cultivar sentimentos de calor, gentileza e compaixão por si mesmo e pelos outros. A maioria dos estudos sobre intervenções baseadas em compaixão tem utilizado simultaneamente o CM e LKM.</p>	<p>CM é uma forma de meditação cujo objetivo principal é oferecer desejos específicos para que os outros fiquem livres do sofrimento (p. ex.: livrar-se do sofrimento mental/físico). LKM é uma forma de meditação que envolve direcionar sentimentos de cuidado para si mesmo, para entes queridos, conhecidos, estranhos, alguém com quem se vivencia dificuldades interpessoais e, finalmente, para todos os seres vivos. LKM e CM mostraram-se promissoras em problemas psicológicos que envolvam processo interpessoal, depressão, ansiedade social, conflito conjugal, raiva e enfrentamento das tensões de cuidados de longo prazo.</p>	<p>Tanto o CM quanto o LKM envolvem múltiplas sessões ao longo de 4 a 8 semanas, com duração de 10 a 30 minutos/sessão.</p>
<p><i>Being with Dying Programme (BWD)</i></p> <p>Programa Estar com a Morte</p>	<p>O programa BWD é um programa compassivo de cuidados de fim de vida, onde os profissionais são treinados para melhorar suas interações com pacientes que têm doenças graves ou em cuidados paliativos. Integra práticas contemplativas e princípios psicológicos, intervenções baseadas em <i>mindfulness</i>, psicologia dos cuidados paliativos.</p>	<p>Tem como objetivos: aprimorar a capacidade de presença e atenção plena ao cuidar de pessoas gravemente doentes; cultivar compaixão e empatia equilibradas em relação aos pacientes e suas famílias; desenvolver habilidades nos aspectos psicossociais, éticos, existenciais e espirituais da doença e da morte; aprimorar as habilidades de comunicação e relacionamento em momentos delicados; reconhecer e lidar com o luto.</p>	<p>O BWD é um treinamento de 8 dias (duração de intervenção de 54 horas). Os participantes recebem instruções presenciais sobre conceitos-chave relacionados aos cuidados no fim da vida, incluindo aspectos éticos, espirituais, psicológicos e sociais. Também envolve diversas práticas de meditação, frequentemente enraizadas nas tradições budistas, com o objetivo de cultivar a presença, a atenção plena e a estabilidade emocional. Inclui estudo de casos e registro em diário de experiências.</p>
<p><i>The ReSource Training Protocol</i></p> <p>Protocolo de Treinamento ReSource</p>	<p>Integra uma ampla gama de exercícios mentais, inspirados nas tradições contemplativas orientais e ocidentais e na pesquisa psicológica e neurocientífica moderna. O protocolo é fundamentado em três componentes principais: presença, que é focada em atenção e atenção plena; afetivo, que é focado em compaixão e motivação pró-social; e perspectiva, que é focada em metacognição e tomada de perspectiva cognitiva.</p>	<p>Desenvolvido para: aprimorar capacidades mentais e sociais, incluindo atenção e habilidades sociocognitivas; buscar a regulação emocional saudável, o autocuidado, a compaixão, a empatia e a motivação pró-social (módulo Afeto); reduzir o estresse e aumentar a satisfação com a vida e promoção da saúde mental, em geral.</p>	<p>O programa é secular e não exige nenhuma crença religiosa ou espiritual específica. O protocolo exige um compromisso de tempo significativo com treinamento de 39 semanas (11 meses), incluindo: retiros semanais; suporte de uma plataforma baseada na internet; aplicativo para smartphone orientando a prática regular. Os módulos socioafetivos e sociocognitivos incorporam práticas baseadas em parceiros (chamadas diades contemplativas).</p>

* A seleção destas intervenções foi baseada em informações obtidas em revisão sistemática, metanálise e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas/programas de intervenções, incluindo a psicoterapia individual. Independente da intervenção, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para as indicações, acompanhamento e/ou realização delas.

3.4.5. Gratidão

A palavra gratidão vem do latim *gratia*, graça. Na medicina, pode ser definida como uma orientação psicológica/mental, um traço de personalidade positivo, associado à apreciação do que é útil e significativo para si mesmo, das circunstâncias de vida experimentadas e, um estado afetivo positivo quando as pessoas recebem ajuda. A gratidão permite que os pacientes tenham disposição e uma força eficaz para lidar com o estresse e doenças, propiciando bem-estar físico, psicológico e subjetivo. Também, pode inspirar os profissionais da saúde a mudar suas próprias perspectivas, aumentando sua capacidade de encontrar apreciação e disposição em ajudar os pacientes.^{3,73}

A gratidão tem origens teológicas e a maioria das religiões enfatiza a orientação para seu desenvolvimento e prática. Ela está associada a uma atitude de valorizar a vida como um presente divino, bem como um efeito moral que surge, inspira e motiva a cuidar do bem-estar de outras pessoas. Alguns estudos demonstram que níveis maiores de gratidão estão associados a uma maior espiritualidade e efeitos positivos na saúde física e mental dos indivíduos, e também observaram que uma maior frequência de orações está associada ao aumento do nível de gratidão.^{74,75}

A gratidão é geralmente dividida em: nível de estado, associado a uma emoção positiva experimentada quando um indivíduo recebe favores externos; nível de traço/disposicional (intrínseca), que se refere a uma orientação geral para perceber e apreciar os aspectos positivos da vida. As pessoas que têm um traço alto de gratidão tendem a experimentá-la e expressá-la com mais facilidade, maior frequência e intensidade e apresentam redução do estresse e da depressão.⁷⁵

A abordagem da gratidão na anamnese espiritual permite explorar a capacidade do paciente de reconhecer e valorizar os aspectos positivos da vida, seu estado emocional, o comportamento diante de bênçãos recebidas e como esse constructo está incorporado à sua estrutura de crenças e práticas espirituais. O Apêndice 1 apresenta uma lista de termos/

frases relacionadas a possíveis alterações do nível de gratidão.^{3,6,18-25} Foram desenvolvidas e validadas escalas para mensurar o nível de gratidão, auxiliando o diagnóstico e o prognóstico, mediante questionários validados para várias etnias e línguas, sendo as três principais:^{76,77}

- *Gratitude Questionnaire-Six-Item Form* (GQ-6) é uma escala de seis itens autoadministrada e projetada para medir a gratidão como um fator único, com base na frequência, intensidade e densidade do afeto de gratidão. A consistência interna do GQ-6 em pacientes com IC é alta (*alfa Cronbach*: 0,92).⁷⁴

- *Appreciation Scale* composta por oito subescalas, avaliando os aspectos do agradecimento: gratidão; “ter” foco; admiração; ritual; momento presente; comparação do agradecimento próprio/social; perda/adversidade; e gratidão interpessoal.

- *Gratitude Resentment and Appreciation Test* (GRAT) é um questionário autorrelatado originalmente composto por 53 perguntas. A versão atual, revisada e encurtada (composta por 16 itens), tornou-se a escala mais amplamente utilizada para medir a gratidão disposicional.

Intervenções para reconhecer, estimular e desenvolver a gratidão foram elaboradas e testadas, inclusive quanto ao seu impacto e os resultados, através de pesquisas/ensaios clínicos randomizados e meta-análises. Esses cuidados associaram-se a uma maior qualidade de vida, bem-estar, saúde, envelhecimento, sentimentos positivos e comportamento social.⁷⁶ As intervenções clínicas podem ser classificadas em quatro categorias (vide Tabela 4): lista diária de coisas pelas quais ser grato; contemplação grata; expressões comportamentais de gratidão; processo espiritual/transcendente.

Existem pacientes que requerem tipos de intervenções mais elaboradas, principalmente nos casos de doenças psiquiátricas, graves e/ou terminais. Nestes casos, elas são normalmente feitas por profissionais habilitados (p. ex.: psiquiatras; capelães etc.). Capelães e líderes religiosos podem encorajar práticas de gratidão para fortalecer a fé, para o encontro de conforto e promover a esperança e bem-estar. Os psiquiatras podem identificar e intervir em padrões de pensamento negativos, distorções cognitivas e, principalmente, nos sintomas

depressivos mais graves.^{3,76,78-81}

Algumas publicações relevantes sobre as particularidades de pacientes com DCV quanto à gratidão e intervenções de R/E são:

- Revisão sistemática que identificou 19 estudos clínicos randomizados (2005 a 2023; 2.951 participantes; idade de 19 a 71 anos) sobre potenciais efeitos clínicos das intervenções de gratidão em pacientes com DCV, observou que a gratidão promoveu a saúde mental, adesão a comportamentos saudáveis, melhora dos resultados dos tratamentos, impacto positivo em biomarcadores de risco de DCV, especialmente IC assintomática, função cardiovascular e atividade

do sistema nervoso autônomo.⁸²

- Estudo coorte realizado em 186 pacientes (idade média de 66,5±10 anos; 95,3% homens) com IC assintomática observou que a gratidão estava associada a melhor qualidade do sono ($r=-0,25$; $p<0,01$), menos humor deprimido ($r=-0,41$; $p<0,01$), menos fadiga ($r=-0,46$; $p<0,01$) e melhor autoeficácia para manter a função cardíaca ($r=0,42$; $p<0,01$) e níveis mais baixos de biomarcadores inflamatórios ($r=-0,17$; $p<0,05$). A gratidão mediou totalmente a relação entre bem-estar espiritual e qualidade do sono ($z=-2,35$; $EP=0,03$; $p=0,02$) e entre bem-estar espiritual e humor deprimido ($z=-4,00$; $EP=0,075$; $p<0,001$).⁷⁴

Tabela 4 – Principais intervenções de religiosidade e espiritualidade em relação à gratidão.^{3,76,78-80}

Categoria	Intervenção*	Observações
Listas de gratidão	<ul style="list-style-type: none"> - É a intervenção de gratidão mais “clássica” envolvendo fazer listas escritas de várias coisas pelas quais se é grato regularmente. Um exemplo prático é manter um diário, no qual registre todas as noites antes de dormir, três coisas pelas quais é grato. - Técnica fácil para ambientes clínicos e conclusão em média de 14 dias. Entretanto, a maioria dos participantes opta por continuar a intervenção, mesmo após o término do período. - Também existe versão digital (p. ex.: anotando no celular). 	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes frequentemente relatam que a técnica é agradável e auto-reforçadora. - Estudos demonstraram redução da insatisfação corporal e preocupação excessiva/nível de estresse. - A técnica do diário de gratidão se mostrou tão eficaz quanto a técnica da psicologia clínica, entretanto com uma maior taxa de conclusão. - Geralmente os efeitos persistem por até 6 meses.
Contemplação grata	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes são instruídos a pensar e/ou escrever sobre coisas que o deixam ou poderia deixar grato, de uma forma mais global. - É menos específica do que as listas de gratidão, entretanto é uma intervenção breve, geralmente com duração de apenas cinco minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos demonstram redução do afeto negativo, aumento da gratidão e utilidade para elevar o humor imediatamente.
Expressões comportamentais de gratidão	<ul style="list-style-type: none"> - O participante deverá realizar uma “visita de gratidão” em até sete dias. Previamente deve redigir uma carta de agradecimento ao benfeitor e, durante a visita presencial a este, ler pessoalmente a carta. - Outra forma de expressar gratidão, recentemente elaborada, é a postagem de fotos nas redes sociais com legendas de gratidão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos em jovens com baixo nível de afeto positivo na condição de gratidão, apresentaram maior gratidão e afeto positivo no pós-intervenção imediata e maior nível de afeto positivo no acompanhamento de 2 meses.
Processo espiritual/transcendente	<ul style="list-style-type: none"> - Visa auxiliar o paciente a reforçar a gratidão através da participação em rituais religiosos, práticas espirituais (p. ex.: oração, meditação etc.) e/ou acompanhamento com líder espiritual. - Pode incluir estímulo à leitura, filmes e arte que explorem o significado e a virtude da gratidão. 	<ul style="list-style-type: none"> - As variáveis religiosidade e/ou espiritualidade costumam caminhar juntas com a inclinação à gratidão. - Como parte da maioria das religiões, a gratidão é mantida pela fé.

* A seleção das intervenções apresentadas foi baseada em informações obtidas em revisão sistemática, metanálise e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas/programas de intervenções, incluindo a psicoterapia individual. Independente da intervenção, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para as indicações, acompanhamento e/ou realização delas.

3.4.6. Perdão

O ato de perdoar é uma virtude inerente a praticamente todas as religiões que envolve desculpar uma ofensa ou erro, com libertação do ressentimento/raiva e permitindo experimentar a paz. Pode envolver as dimensões: o “perdão ao outro” no qual alguém perdoa outro indivíduo por um mal ou erros que cometeu; o “autoperdão” envolvendo o perdão a si mesmo com a liberação de culpa e o afeto negativo associado aos próprios erros passados ou falhas pessoais; o “perdão divino” (remissão dos pecados) através do arrependimento e sacrifício associada a esperança que o erro/falha foi perdoado por Deus.⁸³⁻⁸⁵

O perdão na medicina é um constructo psicológico, moral, positivo e central, podendo ser definido como uma escolha livre, voluntária, intencional e pessoal, referente à desistência de uma vingança e/ou ressentimento em relação a um causador de um dano (físico, mental ou material), associado ao esforço para responder ao ofensor com generosidade, compaixão e benevolência. É importante salientar que o perdão não envolve o encorajamento a ignorar ou minimizar quaisquer sentimentos, emoções, pensamentos ou comportamentos pessoais associados a uma ofensa, bem como ignorar, minimizar a gravidade ou mesmo deixar de responsabilizar um ofensor.^{21,86}

Diferente do que ocorre no campo religioso, o perdão na R/E, principalmente na psiquiatria, é um fenômeno afetivo, cognitivo e comportamental complexo, que mantêm uma tríade de dimensões, mas exclui o “perdão divino”: “perdoar aos outros” que é habilitado quando o ofensor se desculpa ou demonstra arrependimento (perdão interpessoal); “obter o perdão dos outros”; “autoperdão”.⁸⁶⁻⁸⁸

O autoperdão é um constructo psicológico relativamente recente e que também tem sido abordado na estrutura mais ampla da autocompaixão. É uma estratégia de enfrentamento a eventos específicos percebidos como ofensivos (a si mesmo ou aos outros), podendo ser incondicional, envolver a liberação voluntária do auto-ressentimento, independente da essência da transgressão. O autoperdão melhora a saúde psicológica, a satisfação com a vida, a autoestima, a estabilidade emocional, a qualidade de vida percebida em pacientes com

doenças crônicas/graves e facilita o processo de recuperação do abuso de álcool.⁸⁹⁻⁹¹

É importante atentar à possibilidade da ocorrência do pseudo-autoperdão, situação na qual o paciente perdoa a si mesmo, mas por autoestima e/ou tentativa de evitar emoções negativas, não reconhece/assume a responsabilidade pelos erros cometidos e, portanto, não trabalha o possível sentimento de culpa. O pseudo-autoperdão está associado à diminuição do grau de arrependimento, dos comportamentos de reparo de relacionamentos e a uma menor autoconfiança para enfrentamentos futuros. Indivíduos que experimentam dificuldades para o autoperdão geralmente internalizam suas emoções negativas, enquanto os que têm dificuldade em “perdoar aos outros” externalizam seu afeto negativo. Em ambos os casos, fica evidente a falta de intenção de reconciliação.^{87,88}

Durante a anamnese espiritual, o médico poderá identificar falas/queixas do paciente que sugerem dificuldades/sofrimentos quanto ao perdão (vide exemplos no Apêndice 1).^{3,6,18-25} Nesse momento, é importante compreender a dimensão envolvida (“perdoar aos outros”; “obter dos outros”; “autoperdoar”; “divino”), como o paciente encara e enfrenta a questão e se está disposto a usar intervenções que facilitem atingi-lo. A probabilidade de mudar um comportamento de rancor (“falta de perdão”) para o perdão é aumentada ao fornecer aos pacientes informações motivacionais: por que uma pessoa deve perdoar? Quais são as vantagens/benefícios do perdão? Aprenderei algo no processo para atingir o perdão?²²

Ao considerar as motivações para o perdão, os indivíduos tendem a se concentrar no que poderiam restaurar ou ganhar como consequência dele. Entretanto, as razões podem ser maiores e mais profundas, pois o perdão: é fundamental para a paz interior; fortalece os relacionamentos e laços familiares; é voluntário e condicional; é um gesto de amor/preocupação com o outro na comunidade humana; pode atender a um dever moral e/ou religioso; pode causar o bem de outros; estimula a autoconsciência e autocontrole.^{87,92}

Estudos relacionam o perdão (perdoar ao outro e obter o perdão) a vários benefícios: maior bem-estar individual com melhora da autoconfiança; melhora da saúde mental, incluindo redução de estresse, raiva, ansiedade e depressão; saúde relacional positiva, incluindo

melhor suporte social e qualidade conjugal; melhorias na saúde física, incluindo redução da pressão arterial, fadiga e insônia, controle de fatores de RCV, adesão aos tratamentos e longevidade.⁹³⁻⁹⁵ A Figura 2 apresenta os tipos de perdão, os fatores que podem interferir na sua ocorrência e efetividade, bem como os seus principais benefícios.^{3,18-23}

É importante explicar ao paciente o que é o perdão, que perdoar é uma escolha individual, requer trabalho (intelectual, emocional e espiritual), leva tempo, pode necessitar de intervenções específicas, mas que leva geralmente a consequências positivas de vida. Existem escalas e formas de quantificação do perdão (utilizadas principalmente em pesquisas), que podem ser agrupadas em seis categorias, com base em seu

conteúdo/finalidade:^{87,88,96-98}

- 1) Dar perdão a um infrator por uma transgressão: *Enright Forgiveness Inventory; Transgression-Related Inventory of Motivations; Rye Forgiveness Scale; Decisional Forgiveness Scale (DFS); Emotional Forgiveness Scale (EFS); Marital Offense-Specific Forgiveness Scale (MOFS); Decisional Forgiveness Scale; Bolton Forgiveness Scale (BFS)*.
- 2) Disposição de ser perdoado (eventos de transgressão, ofensa e relacionamentos): *Trait Forgivingness Scale; Resource Distribution Measure of State Forgiveness*.
- 3) Medidas de autoperdão (estado e traço): *State Self-Forgiveness Scale (SSFS); Heartland Forgiveness Scale (HFS); Self-Forgiveness Dual-Process Scale; Forgiveness of Self Subscale (FOSS)*.

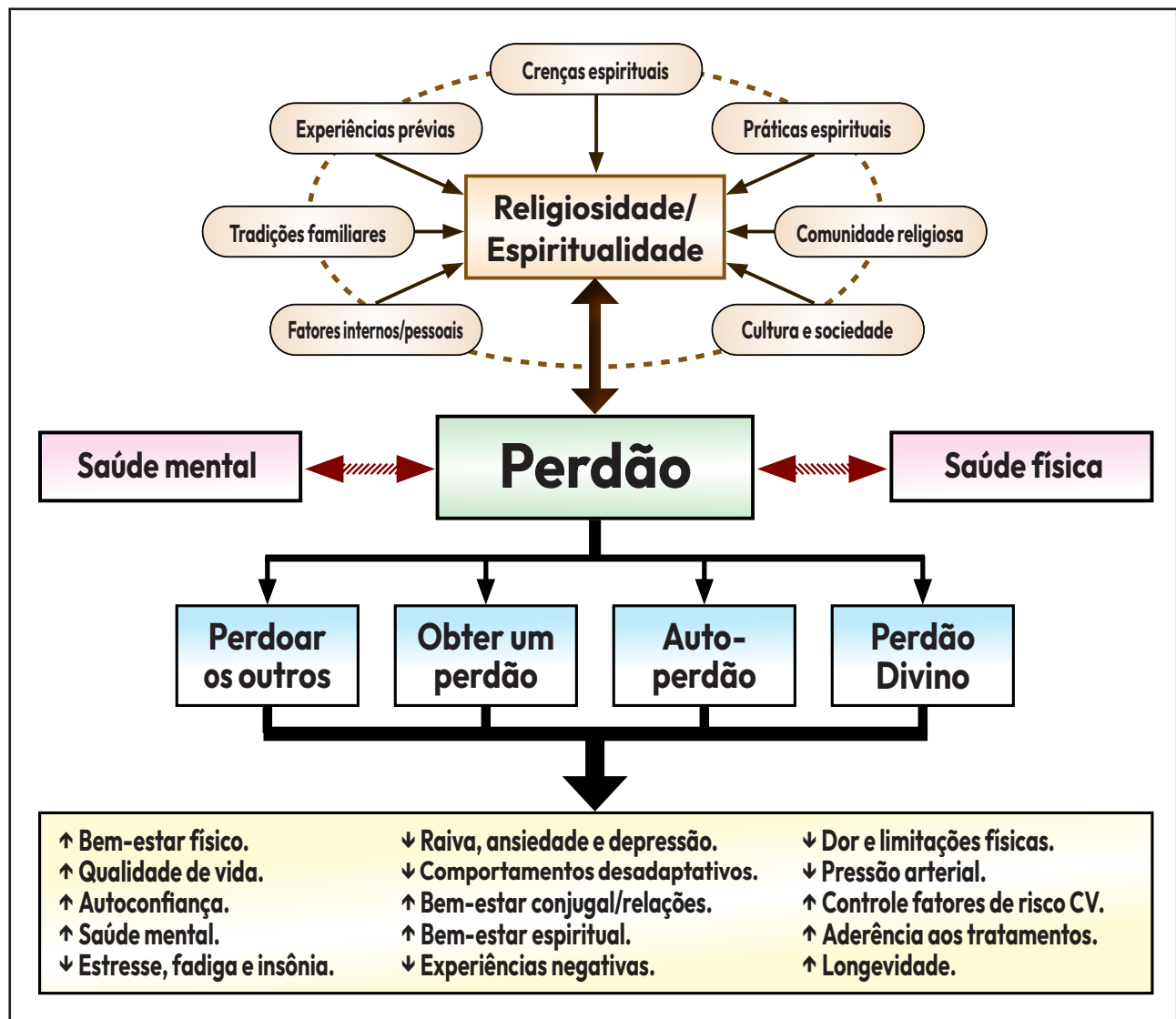


Figura 2 – Tipos e fatores que podem interferir e benefícios do perdão.^{3,18-23} CV: cardiovascular; ↑: aumenta/melhora; ↓: diminui/reduz.

4) Avaliação do perdão disposicional para si mesmo, para os outros e para situações: HFS; *Multidimensional Forgiveness Inventory*; *Divine Forgiveness Scale* (DFS).

5) Exames bioquímicos geralmente influenciados pelo perdão: cortisol; ocitocina; catecolamina.

6) Exames/medidas fisiológicas geralmente influenciadas pelo perdão: frequência cardíaca; pressão arterial; variabilidade da frequência cardíaca; medidas eletromiográficas faciais; ressonância magnética funcional.

É necessário individualizar o plano de intervenções de perdão às necessidades de cada paciente e ele concordar e manifestar desejo voluntário para realizar o processo. Pacientes com quadros complexos/graves, transtornos mentais associados e em situações de risco

(p. ex.: internados por abusos de substâncias, terminalidade) requerem geralmente a atuação multiprofissional, incluindo capelania e psiquiatria. Nas avaliações psicoterápicas, os psiquiatras poderão reconhecer e aprofundar a abordagem de traumas, mecanismos de defesa, conflitos internos responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção do sofrimento psíquico relacionado à falta de perdão.^{87,88,99,100}

Algumas das principais intervenções de R/E para estimular o perdão, seus objetivos e como são feitas (programa e componentes) encontram-se na Tabela 5. Vale ressaltar que, mesmo após uma intervenção bem-sucedida para estimular o perdão, recomenda-se a reavaliação seriada da R/E do paciente, visando confirmar a efetividade da intervenção e/ou identificar novas queixas.^{87,88,101-105}

Tabela 5 — Principais intervenções para estimular o perdão.^{87,88,101-105}

Intervenção*	Objetivo	Programa/Componentes
<p>Modelo de Processo de Perdão de Enright</p> <p><i>Enright's Process Model of Forgiveness</i></p>	<p>Ajudar o paciente a realizar o ato do perdão, atingindo o bem-estar psicológico, especialmente nos indivíduos que vivenciaram transgressões mais graves. Permite também:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aumentar: a segurança do apego, esperança, autoestima, domínio ambiental, inteligência emocional, bem-estar, qualidade de vida e saúde física. 2) Diminuir a raiva, atribuições hostis, agressão, depressão, ansiedade, tristeza, sintomas de estresse pós-traumático, vulnerabilidade ao uso de drogas e delinquência. 	<p>A intervenção é composta de quatro fases (inclui subunidades):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Descoberta: o terapeuta encoraja o paciente a descobrir a dor causada pela ofensa/transgressão e sua reação à mesma. 2) Decisão: o terapeuta ajuda o paciente a trabalhar em direção a uma decisão cognitiva de perdoar. Nesta fase, o paciente deve compreender o que é perdão e o que não é (p. ex.: perdão não é sinônimo de reconciliação ou esquecimento). Estimulado o compromisso de trabalhar em direção ao perdão. 3) Trabalho: envolve trabalhar para mudar as cognições e emoções internas a fim de promover efetivo o compromisso de perdoar. Neste ponto, o paciente pode já estar pronto para dar o perdão ao transgressor, seja na forma de sentimentos privados (de preocupação altruísta) ou expressões interpessoais (de benevolência). 4) Aprofundamento: o paciente é estimulado a refletir sobre o verdadeiro significado da transgressão para sua vida e o processo da efetivação do perdão.
<p>Modelo de perdão REACH de Worthington</p> <p><i>Worthington's REACH Forgiveness Model</i></p>	<p>Modelo de espiritualidade relacional e perdão.</p> <p>Busca ajudar os indivíduos a tomarem a decisão de perdoar e, então, substituir emoções negativas por outras mais positivas e "perdoadoras". Essa intervenção é frequentemente chamada de "baseada em decisão".</p> <p>Ensaio clínico randomizado demonstraram maior efetividade dessa intervenção em indivíduos com problemas menos graves: perfeccionismo desadaptativo, autoperdão (estudantes universitários, casais, pais e religiosos) e busca de bem-estar.</p>	<p>Intervenção em cinco etapas (denominadas pelas letras que compõem o anagrama REACH) geralmente com duração de uma semana/etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1ª etapa (R - <i>Recall the Hurt</i>): os participantes relembrem a transgressão enquanto minimizam a culpa e o status de vítima. - 2ª etapa (E - <i>Empathize with the One Who Hurt You</i>): envolve o cultivar da empatia e outras emoções positivas (p. ex.: compaixão, simpatia pelo ofensor). - 3ª etapa (A - <i>Altruistic Gift of Forgiveness</i>): momento no qual os participantes são encorajados a dar um presente altruísta de perdão, liberando o ofensor da justiça que lhe é devida. - 4ª etapa (C - <i>Commit to the Forgiveness You Experienced</i>): o participante é então encorajado a fazer um compromisso tangível com o perdão, na forma de uma carta ou algum outro gesto simbólico. - 5ª etapa (H - <i>Hold onto Forgiveness When You Doubt</i>): finalmente os participantes são encorajados a manter o perdão diante de dúvidas, ruminação e outros obstáculos.
<p>Oração/oração breve para promover/estimular o perdão</p> <p><i>Prayer/brief prayer in promoting forgiveness</i></p>	<p>Abordagem espiritual para facilitar o perdão entre indivíduos (principalmente) religiosos. Foco no perdão disposicional e maior empatia em relação ao agressor. Estudos recentes comprovam que a oração é um preditor independente do perdão acima e além de outras variáveis religiosas e espirituais.</p>	<p>Existem várias possibilidades descritas na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Combinação de oração meditativa e coloquial em uma única medida. - Oração abordando quatro temas: receber orientação; pedindo ajuda a Deus para perdoar; para revelar a dor a Deus; deixar de lado o fardo. - Oração breve por um parceiro romântico (casal) por 3 minutos.

Continua...

Tabela 5 (Continuação) – Principais intervenções para estimular o perdão.^{87,88,101-105}

<p>Terapia de grupo orientada pelo psicodrama para o perdão</p> <p><i>Psychodrama-oriented forgiveness flexibility group program</i></p>	<p>Autoperdão, perdão aos outros e perdão situacional. Baseia-se na aquisição de “flexibilidade para o perdão” por meio do psicodrama recriando experiências dolorosas (em um palco, ambiente seguro). Estimula reprocessamento cognitivo por meio de reconstituição, superando fixações por meio de repertório de papéis, flexibilidade, espelhamento, empatia e realidade excedente e apoio (cerimonial e interpessoal).</p>	<p>Estudo em grupo supervisionado por 16 semanas com uma sessão de 3 horas/semana. As sessões são centradas no protagonista ou no participante, dependendo do propósito do grupo e das necessidades dos membros. São conduzidas por um líder de grupo (psicodramatista) e um colíder (líder de drama criativo) e compostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião inicial com recebimento de expectativas, reconhecimento de sentimentos no contexto do programa, seguida de práticas de aquecimento e confiança para aumentar a coesão e o vínculo do grupo. - Sessões seguintes baseadas na técnica da árvore-da-vida enfatizando as habilidades e valores dos membros do grupo para fortalecer seus egos, antes de se concentrar em eventos dolorosos da vida. Trabalho em grupo das questões do sentimento de amor, necessidade de ser perdoado, o processo de perdão e também da observação individual do autoperdão, empatia e habilidades de perdão. - Última sessão, os participantes são convidados a escolher apelidos para si mesmos.
<p>Tratamento de meditação do perdão construído em <i>Vimalaramsi</i></p> <p><i>Forgiveness meditation treatment built on Vimalaramsi</i></p>	<p>Autoperdão, perdão dos outros, perdão situacional. Intervenção de perdão baseada na meditação.</p>	<p>A intervenção foi conduzida em grupos, quatro sessões em duas semanas, com 90-150 min para cada sessão. A meditação do perdão foi guiada por um terapeuta qualificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessão 1: explicação do contexto da meditação do perdão, seus benefícios, questões relativas ao relaxamento e das emoções negativas. Após, realização prática de meditação do perdão. - Sessões 2 a 4: prática presencial de meditação do perdão. Avaliação da autoprática da meditação do perdão em casa (instruções fornecidas em CD de áudio) e do diário de automonitoramento.
<p>Livro de exercícios de autoperdão</p> <p><i>Self-forgiveness workbook</i></p>	<p>São também conhecidas como “apostilas de autoperdão”. Buscam aumentar o autoperdão e reduzir a autocondenação (principalmente entre perpetradores de ofensas interpessoais).</p>	<p>Intervenção de 6 etapas, através de livro de exercícios autodirigido (duração aproximada de 6 horas) composto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Três etapas da intervenção que visam a reafirmação de valores (etapa 1: receber perdão divino; etapa 2: reparar laços sociais; etapa 6: resolver viver virtuosamente). - Três etapas que visam a restauração da autoestima positiva (etapa 3: repensar a ruminação; etapa 4: alcançar o autoperdão emocional e etapa 5: reconstruir a autoaceitação).

** A seleção destas intervenções foi baseada em informações obtidas em revisão sistemática, metanálise e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas/programas de intervenções, incluindo a psicoterapia individual. Independente da intervenção, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para as indicações, acompanhamento e/ou realização delas.*

Estudos abordando o perdão em relação à R/E nos pacientes com DCV:

- Coorte com 111 participantes (66,7±11,0 anos; 60,4% homens) com IC grave (classes III e IV; ineleáveis para transplante cardíaco; tempo médio do diagnóstico: 6,5±5,6 anos) avaliados no início do estudo e após 3 meses, demonstrou que apenas o perdão se relacionou favoravelmente ao bem-estar mental (níveis mais baixos de depressão), inclusive nas análises multivariadas longitudinais (B=-1,871; SEB=0,780; b=-0,258, p<0,05).¹⁰⁶

- Estudo em 85 pacientes (idade média de 57,6 anos; 65,9% homens) internados com síndrome coronariana (crônica ou aguda) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) demonstrou que níveis mais elevados de perdão foram associados a menores níveis de ansiedade (r=0,33; p<0,005), depressão (r=0,36; p<0,005) e estresse percebido (r=0,39; p<0,0001), e a menores relações colesterol total/HDL e LDL/HDL (ambas com p<0,05).¹⁰⁷

3.4.7. Material Complementar/Interativo

Este livro possui material interativo adicional (científico, institucional, informativo etc.), que permitirá maior aprofundamento e aprendizado dos assuntos abordados neste capítulo. O conteúdo encontra-se no site institucional da Sociedade Mineira de Cardiologia e da SBC e é acessível pela internet nos link e/ou QR code apresentado a seguir:



Clique e Acesse

Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: conheça as principais entidades internacionais.

3.4.8. Apêndice

A tabela abaixo apresenta um conjunto de palavras, expressões e frases relacionadas aos distúrbios/ alterações dos níveis de esperança, dignidade, compaixão, gratidão e perdão. Esses termos podem sofrer variações semânticas de acordo com fatores regionais (p. ex.: localidade, crenças, cultura),

bem como variação linguística social (p. ex.: idade, nível de escolaridade, etnia, fator socioeconômico). Quando utilizadas pelo paciente, podem indicar a presença de sofrimento psíquico e/ou conflito espiritual, entretanto não indicam necessariamente um transtorno mental específico. Portanto, devem ser adequadamente avaliadas e contextualizadas ao quadro clínico vigente e quanto à sua relação com a religiosidade e a espiritualidade do paciente.

Apêndice 1 — Palavras, expressões e exemplos de frases referentes a alterações/distúrbios associados à esperança, dignidade, compaixão, gratidão e perdão.^{3,6,18-25}

Constructo	Palavras/Expressões	Exemplos de Frases de Distúrbio/Alteração*
Esperança	Pessimista; só vejo o lado ruim; nada vai melhorar; desanimado(a); me sinto apático(a); sem motivação; não tenho forças para tentar; me sinto abandonado(a); sozinho(a); ninguém se importa (nem Deus); não consigo lutar mais; tudo é ilusão; sinto um vazio; estou preso(a) na minha dor; será que Deus me abandonou; minha fé está fraca.	<ul style="list-style-type: none"> • “Não estou achando jeito para melhorar e me sentir normal novamente.” • “Sinto que minhas orações não são ouvidas. Preciso de ajuda de Deus.” • “Talvez essa seja minha cruz e tenho que carregá-la. Não há alívio.” • “Apesar de tudo que ocorreu, tenho pouco esperança de ter alguma chance.” • “Estou esperando algo que me dê esperanças de que as coisas vão melhorar.” • “Tenho momentos ruins que me desanimam.” • “Estou ficando sem forças, queria que a vida melhorasse.” • “Queria encontrar conforto e esperança para enfrentar essa situação.” • “Existe um propósito, uma razão maior para tudo isso, preciso de ajuda.” • “Acho que essa doença pode ser um castigo de Deus pelos meus erros.” • “Eu deveria ser forte, mas não estou conseguindo... Devo ser uma pessoa horrível aos olhos de Deus.”
Desesperança**	Desesperançoso(a); sem esperança; perdi a esperança; não vejo futuro; não tem jeito; não há solução; é irreversível; nada pode ser feito; inútil; não adianta tentar; não faz diferença; para que me esforçar?; não acredito em nada; fui esquecido(a) por todos; esquecido por Deus; quero que tudo acabe; queria sumir; não aguento mais existir; a vida não tem sentido; nada importa; não há propósito; a morte seria um alívio; queria morrer; não vejo outra saída; impotente; incapaz de mudar; estou condenado(a); não há salvação para mim; o pior vai acontecer; não sinto nada; perdi a capacidade de ter esperança.	<ul style="list-style-type: none"> • “Não vejo sentido em continuar tentando. Nada melhora.” • “Sinto que estou preso nessa situação. Não há saída, é melhor morrer.” • “Para que fazer terapia ou tomar remédio? Nada adianta, minha vida não presta.” • “Desisto. Não tenho mais forças para lutar contra isso.” • “Não vejo futuro para mim, não consigo imaginar nada de bom.” • “Não consigo encontrar significado em nada. Para que tudo isso?” • “Sinto que Deus me abandonou. Não há luz no fim do túnel.” • “Minha vida e fé estão abaladas. Não sei mais no que acreditar.” • “Para que continuar lutando? Sinto um vazio tão grande que nem minha fé preenche mais.” • “Não vejo mais propósito em nada, nem na vida, nem na minha fé.” • “A vida não tem sentido. Parece que tudo acabou.”
Dignidade	Inútil; sem valor; não sirvo para nada; insignificante; não me respeito; me trato mal; odeio ser assim; sou indigno(a); não mereço nada de bom; sou impuro(a); inferior; menos que os outros; fracassado(a); falhei; não consigo fazer nada certo; sou só um peso para os outros; só atrapalho; tenho vergonha de quem sou (do que fiz; do que sinto); me desprezam; sou inferior a eles.	<ul style="list-style-type: none"> • “Sinto que perdi meu valor como pessoa depois que adoeci.” • “Não mereço ser feliz, sou uma pessoa má/impura/pecadora.” • “Tenho vergonha de mim mesmo e do que me tornei.” • “Vivo falhando, não sou digno do amor ou perdão de Deus.” • “Me sinto como um peso para os outros, não sirvo para nada.” • “Sou impuro(a), contaminado(a) por meus pensamentos/ações.” • “Não tenho o direito de pedir ajuda, mereço sofrer.” • “Sou um fracassado(a), todos me desprezam.” • “Sinto que sou inútil, ninguém me valoriza na minha comunidade de fé.” • “As pessoas me olham com desprezo, como se eu fosse inferior a elas.” • “Não sirvo para nada, só atrapalho a vida da minha família.”
Compaixão	- Referentes à autocompaixão: crítico(a) demais comigo mesmo; duro(a) comigo; me julgo severamente; me sinto desprezível; mereço sofrer; preciso ser castigado; não mereço coisas boas; tenho que ser perfeito(a); a culpa me impede de seguir em frente; não mereço perdão; tenho muita vergonha de mim; não consigo me aceitar; pobre de mim (com vitimismo; não autogentileza); não posso falhar.	- Referentes à autocompaixão: <ul style="list-style-type: none"> • “Eu me julgo muito, não mereço perdão.” • “Eu estraguei tudo de novo. Tenho muita vergonha de mim.” • “Sou inútil e mereço sofrer as consequências.” • “Não posso me permitir errar. Me sinto desprezível.” • “Tenho que ser perfeito o tempo todo, senão não valho nada.” • “Não consigo me perdoar pelos meus erros, eles me definem.” • “Não há nada de bom em mim, então por que ser gentil?” • “Não mereço receber cuidados, sou um fardo para todos.” • “Me sinto tão inútil que nem tento me ajudar.” • “Não gosto de mim, então por que me tratariam bem?”

* A ordem de apresentação das frases não representa gradação e/ou nível de alteração de seu constructo.

** A desesperança é considerada um sintoma central de um quadro depressivo, danosa por associar-se a comportamentos desadaptativos graves, intimamente relacionada a intenções suicidas, requerendo inclusive intervenção psiquiátrica.

Continua...

<p>Compaixão (Continuação)</p>	<p>- Referentes à compaixão pelo outro: não me importo com os outros; cada um por si; não sinto pena; não merecem consideração; não consigo ter empatia; quero que sofram; merecem pagar pelo que fizeram.</p>	<p>- Referentes à compaixão pelo outro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “As pessoas colhem o que plantam, não sinto pena.” • “As pessoas que fazem isso são desprezíveis e merecem tudo de ruim.” • “Não me importo mais com os outros. Cada um que cuide de si.” • “Certas pessoas não merecem compaixão pelo que são.” • “Não consigo sentir empatia por esse tipo de gente.” • “Deus pune os pecadores, por que eu deveria ter compaixão?” • “Eles estão sofrendo porque se afastaram de Deus, é justo.” • “Minha religião ensina que alguns não merecem misericórdia.”
<p>Gratidão</p>	<p>Insatisfeito(a); nunca estou contente; sempre querendo mais; nada é suficiente; tudo dá errado; é minha obrigação; não ligo; não me lembro de nada de bom; só coisas ruins acontecem; por que eles e não eu?; frustrado(a); desapontado(a); as coisas nunca saem como quero; por que sempre eu?; todo mundo é cruel comigo; sou azarado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Estou muito insatisfeito(a). Nada de bom me acontece.” • “Por que os outros têm tanta sorte e eu não tenho nada?” • “Tudo dá errado para mim. É injusto que eles tenham isso.” • “Todo mundo na festa. Por que eles e não eu?” • “Não consigo aproveitar nada porque sei que vai dar errado.” • “Por que isso sempre acontece comigo? Sou azarado.” • “Não vou agradecer por algo que já deveria ter.” • “Para que agradecer por algo que logo vai acabar?” • “Não consigo ver nada pelo qual se sentir grato na vida.” • “Não sinto nenhuma alegria ou satisfação com o que tenho.” • “Só consigo pensar no que perdi, não no que ainda tenho.” • “O pouco que tenho não compensa o sofrimento.” • “Não consigo ver as bênçãos, só os problemas.” • “A gratidão é só uma forma de manipulação.” • “Não fizeram mais que a obrigação, então não sou grato(a).” • “Não sinto que Deus me abençoa, então por que ser grato(a)?” • “Sinto que fui abandonado(a), não há nada a agradecer a Deus.” • “A fé não me trouxe nada de bom, não sinto gratidão.”
<p>Perdão</p>	<p>- Dificuldade em perdoar o outro: estou ressentido(a); guardo rancor; não consigo esquecer; tenho ódio; aversão; quero vingança; revanche; nunca mais vou confiar; traição imperdoável; não há desculpa; não podem escapar impunes; não consigo superar isso.</p> <p>- Dificuldade em perdoar a si mesmo (autoperdão): culpado(a); só sinto culpa; a culpa me paralisa; remorso; envergonhado(a); vergonha profunda; mereço sofrer; castigo (para si mesmo); pagar pelos erros; raiva de mim mesmo; não consigo me perdoar; é impossível perdoar o que fiz; não mereço perdão; o que fiz é imperdoável; não sirvo para nada depois do que fiz.</p> <p>- Dificuldade em receber o perdão do outro: a culpa me persegue; quero ser perdoado(a); busco perdão; preciso reconciliar; fazer as pazes; restabelecer a relação; cicatrizar as feridas; encontrar a paz interior.</p> <p>- Dificuldade ou dúvida no perdão divino: minha alma está suja; indigno de perdão divino; receber misericórdia divina; ser redimido.</p>	<p>- Dificuldade em perdoar o outro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nunca vou esquecer o que ele(a) me fez, a raiva ainda me consome.” • “Não consigo deixar a mágoa ir embora, ela está sempre presente.” • “O que fizeram é imperdoável, não merecem meu perdão.” • “Sinto um ódio profundo por essa pessoa, não consigo mudar.” • “A justiça precisa ser feita, o perdão não é uma opção.” • “Como posso confiar novamente após ser traído(a) assim?” • “O perdão não apaga o que aconteceu, as cicatrizes permanecem.” • “Não consigo olhar para essa pessoa sem sentir repulsa devido ao que ela fez.” • “Mesmo que eu diga que perdoou, no fundo não consigo.” <p>- Dificuldade em perdoar a si mesmo (autoperdão):</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nunca vou me perdoar pelo que fiz, carrego essa culpa todos os dias.” • “O que fiz foi horrível, mereço sofrer as consequências.” • “O remorso me corrói, não há paz para mim.” • “Sou uma pessoa má por causa do meu passado.” • “Não mereço ser feliz depois do que fiz.” • “Preciso pagar pelos meus erros, o perdão não é para mim.” • “Me sinto tão sujo(a) que não consigo me perdoar.” • “Cometi um pecado imperdoável aos olhos de Deus.” • “Estou condenado(a) pela minha fé, não há salvação para mim.” • “Deus nunca poderá me perdoar pelo que fiz.” • “Minha alma está manchada para sempre.” <p>- Dificuldade em receber o perdão do outro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não acredito que ele(a) realmente me perdoou, deve haver algo por trás.” • “O perdão deles não parece sincero.” • “Como podem me perdoar depois de tudo que eu fiz?” • “Acho que estão sendo condescendentes, mas, no fundo, ainda me culpam.” • “Não confio que esse perdão seja genuíno.” • “O que fiz foi tão grave que o perdão deles não basta.” • “Ainda preciso pagar pelo que fiz, mesmo que eles me perdoem.” • “Não consigo aceitar o perdão, a culpa é muito grande.” <p>- Dificuldade ou dúvida no perdão divino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Meus pecados são tão grandes que nem o perdão dos homens importa diante de Deus.” • “Estou certo de que Deus está me punindo por fazer tanta coisa errada.” • “Tenho a sensação de que Deus está me cobrando por todos meus vícios.” • “Abandonei minha religião e estou sendo punido.” • “Ainda preciso buscar o perdão de Deus; o do(a) companheiro(a) não é suficiente.” • “Sinto que preciso sofrer mais antes de ser perdoado(a) por Deus.” • “Eu rezo, peço perdão, mas sinto que minhas palavras não chegam a Deus.” • “O que fiz foi tão contra os ensinamentos da minha fé que não consigo imaginar que haja perdão para mim.” • “Se Deus é justo, como pode me perdoar tão facilmente depois de todo o mal que causei?” • “O perdão humano não me absolve da minha culpa perante Deus.”

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

1. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:421-33. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>. **FREE**
2. Krafft AM, Guse T, Slezackova A, editors. Hope across cultures: Lessons from the International Hope Barometer. vol. 14. Cham: Springer International Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-24412-4>. **FREE**
3. Davis EB, Worthington EL, Schnitker SA, editors. Handbook of Positive Psychology, Religion, and Spirituality. Cham: Springer International Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5>. **FREE**
4. Heshmati R, Jafari E, Salimi Kande T, Caltabiano ML. Associations of Spiritual Well-Being and Hope with Health Anxiety Severity in Patients with Advanced Coronary Artery Disease. *Medicina* 2021;57:1066. <https://doi.org/10.3390/medicina57101066>. **FREE**
5. Piccinelli C, Clerici CA, Veneroni L, Ferrari A, Proserpio T. Hope in Severe Disease: A Review of the Literature on the Construct and the Tools for Assessing Hope in the Psycho-oncologic Setting. *Tumori* 2015;101:491-500. <https://doi.org/10.5301/tj.5000349>.
6. Peteet JR, Peteet JR, VanderWeele TJ. Handbook of religion and health. Third edition. New York, NY, United States of America: Oxford University Press; 2024.
7. Haugan G, Eriksson M, editors. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. Cham: Springer International Publishing; 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>. **FREE**
8. Corn BW, Feldman DB, Wexler I. The science of hope. *The Lancet Oncology* 2020;21:e452-9. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30210-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30210-2).
9. Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Cham: Springer International Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3>.
10. Martins H, Silva RS, Bragança J, Romeiro J, Caldeira S. Spiritual Distress, Hopelessness, and Depression in Palliative Care: Simultaneous Concept Analysis. *Healthcare* 2024;12:960. <https://doi.org/10.3390/healthcare12100960>. **FREE**
11. DeVon HA, Tintle N, Bronas UG, Mirzaei S, Rivera E, Gutierrez-Kapheim M, et al. Comorbidities are associated with state hopelessness in adults with ischemic heart disease. *Heart & Lung* 2023;60:28-34. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.02.025>.
12. Karakurt P, Aşilar RH, Yildirim A, Memiş Ş. Determination of Hopelessness and Quality of Life in Patients with Heart Disease: An Example from Eastern Turkey. *J Relig Health* 2018;57:2092-107. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0456-3>.
13. Cheavens JS, Whitted WM. Hope therapy. *Curr Opin Psychol* 2023;49:101509. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101509>.
14. Ripamonti CI, Chelazzi C. Hope and spiritual well-being: two sides of the same coin? *Support Care Cancer* 2024;32:708. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08922-4>. **FREE**
15. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;60:570-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>.
16. Snyder CR, Sympson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL. Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;70:321-35. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>.
17. Redlich-Amirav D, Ansell LJ, Harrison M, Norrena KL, Armijo-Olivo S. Psychometric properties of Hope Scales: A systematic review. *Int J Clin Pract* 2018;72:e13213. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13213>.
18. Rasmussen HN, O'Byrne KK, Vandamente M, Cole BP. Hope and Physical Health. vol. 1. Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.15>.
19. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford: Oxford University Press; 2012.
20. Gellman MD, editor. Encyclopedia of Behavioral Medicine. Cham: Springer International Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0>.
21. Toussaint L, Worthington E, Williams DR, editors. Forgiveness and Health: Scientific Evidence and Theories Relating Forgiveness to Better Health. Dordrecht: Springer Netherlands; 2015. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9993-5>.
22. Skalski-Bednarz SB. The interplay of forgiveness by God and self-forgiveness: a longitudinal study of moderating effects on stress overload in a religious Canadian sample. *BMC Psychol* 2024;12:717. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02238-y>. **FREE**
23. Fincham FD, May RW. Divine forgiveness protects against psychological distress following a natural disaster attributed to God. *The Journal of Positive Psychology* 2021;16:20-6. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1689411>.
24. Lucchetti G. Spirituality, Religiousness and Health: From Research to Clinical Practice. Cham: Springer International Publishing AG; 2019.
25. De Souza M, Bone J, Watson J, editors. Spirituality across Disciplines: Research and Practice. Cham: Springer International Publishing; 2016. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-31380-1>.
26. 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. *Journal of Palliative Medicine* 2009;12:885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
27. Laranjeira C, Baptista Peixoto Befecadu F, Da Rocha Rodrigues MG, Larkin P, Pautex S, Dixe MA, et al. Exercising Hope in Palliative Care Is Celebrating Spirituality: Lessons and Challenges in Times of Pandemic. *Front Psychol* 2022;13:933767. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.933767>. **FREE**
28. Laranjeira CA, Querido AIF, Charepe ZB, Dixe MDACR. Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Rev Bras Enferm* 2020;73:e20200283. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>. **FREE**
29. Taylor C. Rethinking Hopelessness and the Role of Spiritual Care When Cure Is No Longer an Option. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012;44:626-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.010>. **FREE**
30. Anderson JK, Turner A, Clyne W. Development and feasibility of the Help to Overcome Problems Effectively (HOPE) self-management intervention for people living with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 2017;39:1114-21. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1181211>. **FREE**
31. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship Between Spiritual Well-Being and Hope in Patients with Cardiovascular Disease. *J Relig Health* 2018;57:938-50. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0467-0>.
32. Negré JADS, Souza LSD, Negri EC. Brazilian Adults' Hope and Spirituality in Preoperative Heart Surgery: A Cross-Sectional Study. *Braz J Cardiovasc Surg* 2023;38. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2022-0230>. **FREE**
33. Yang W, Zhang X, Li Y, Lv Q, Gao X, Lin M, et al. Advanced heart failure patients and family caregivers health and function: randomised controlled pilot trial of online dignity therapy. *BMJ Support Palliat Care* 2024;14:e1361-71. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003945>.
34. Fuseini A, Redley B, Rawson H, Ley L, Kerr D. Methodological quality of dignity-related patient reported outcome measures used in acute hospital settings: A systematic review using the COSMIN methodology. *Journal of Clinical Nursing* 2023;32:4249-64. <https://doi.org/10.1111/jocn.16598>. **FREE**

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

35. Grassi L, Nanni MG, Riba M, Folesani F. Dignity in Medicine: Definition, Assessment and Therapy. *Curr Psychiatry Rep* 2024;26:273–93. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01506-3>. FREE
36. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care* 2015;14:8. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>. FREE
37. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* 2002;54:433–43. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3).
38. Xiao J, Ng MSN, Yan T, Chow KM, Chan CWH. How patients with cancer experience dignity: An integrative review. *Psycho-Oncology* 2021;30:1220–31. <https://doi.org/10.1002/pon.5687>.
39. Van Gennip IE, Pasman HRW, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dynamics in the sense of dignity over the course of illness: A longitudinal study into the perspectives of seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies* 2015;52:1694–704. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.010>.
40. Choo PY, Tan-Ho G, Dutta O, Patinadan PV, Ho AHY. Reciprocal Dynamics of Dignity in End-of-Life Care: A Multiperspective Systematic Review of Qualitative and Mixed Methods Research. *Am J Hosp Palliat Care* 2020;37:385–98. <https://doi.org/10.1177/1049909119878860>.
41. Sailian SD, Salifu Y, Preston N. Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. *BMC Palliat Care* 2024;23:142. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4>. FREE
42. Santos JC, Sena ADS, Anjos JMD. Spirituality and religiosity in the approach to patients under palliative care. *Rev Bioét* 2022;30:382–90. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534en>.
43. Lim YX, Quah ELY, Chua KZY, Lin Ronggui CK, Govindasamy R, Ong SM, et al. A Systematic Scoping Review on Dignity Assessment Tools. *Journal of Pain and Symptom Management* 2024;67:e263–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.12.008>. FREE
44. Cai S, Guo Q, Lin J, Deng C, Li H, Zhou X. The dignity of terminally ill children in pediatric palliative care: perspectives of parents and healthcare providers. *BMC Palliat Care* 2023;22:86. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01206-4>. FREE
45. Söderman A, Östlund U, Werkander Harstäde C, Blomberg K. Dignity-conserving care for persons with palliative care needs – identifying outcomes studied in research: An integrative review. *Pall Supp Care* 2020;18:722–40. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000139>. FREE
46. Schoppee TM, Scarton L, Bluck S, Yao Y, Keenan G, Samuels V, et al. Dignity therapy intervention fidelity: a cross-sectional descriptive study with older adult outpatients with cancer. *BMC Palliat Care* 2022;21:8. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00888-y>. FREE
47. Mehdiipour-Rabori R, Abbaszadeh A, Borhani F. Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015. *J Med Ethics Hist Med* 2016;9:8. PMID: 27974966. PMID: PMC5155306.
48. Huang C-L, Hsu C-H, Hsu S-F, Tung H-H. Dignity, Resilience, and Quality of Life in Patients With Cardiac Disease: A Partial Least Squares Structural Equation Modeling Approach. *J Cardiovasc Nurs* 2025;40:E82–90. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001071>.
49. Amininasab SS, Azimi Lolaty H, Moosazadeh M, Shafipour V. The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure. *J Med Ethics Hist Med* 2017;10:5. PMID: 29291038. PMID: PMC5746662.
50. Addiss DG, Richards A, Adiabu S, Horwath E, Leruth S, Graham AL, et al. Epidemiology of compassion: A literature review. *Front Psychol* 2022;13:992705. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.992705>. FREE
51. Daniel O, Harris H. Intersections of Compassion, Science, and Spiritual Care in Global Health for Public Health Benefits. *J Relig Health* 2024;63:4257–75. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02145-x>. FREE
52. Berlant L, editor. *Compassion - The Culture and Politics of an Emotion*. 0 ed. Routledge; 2014. <https://doi.org/10.4324/9780203871096>.
53. Mandliya A, Pandey J. The development and validation of multidimensional workplace compassion scale: Linking its conceptualization and measurement. *Front Psychol* 2023;14:1142309. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1142309>. FREE
54. Jiang H, Wang W, Mei Y, Zhao Z, Lin B, Zhang Z. A scoping review of the self-reported compassion measurement tools. *BMC Public Health* 2023;23:2323. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17178-2>. FREE
55. Stuffs L. Increasing Self-Compassion: Review of the Literature and Recommendations. *J Undergrad Neurosci Educ* 2022;20:A115–9. <https://doi.org/10.59390/WZSK3327>.
56. Neff KD. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu Rev Psychol* 2023;74:193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>. FREE
57. Baxter R, Sirois FM. Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British J Health Psychol* 2025;30:e12761. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12761>. FREE
58. Kılıç A, Hudson J, McCracken LM, Ruparella R, Fawson S, Hughes LD. A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals With Chronic Physical Health Conditions. *Behavior Therapy* 2021;52:607–25. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>.
59. Misurya I, Misurya P, Dutta A. The Effect of Self-Compassion on Psychosocial and Clinical Outcomes in Patients With Medical Conditions: A Systematic Review. *Cureus* 2020. <https://doi.org/10.7759/cureus.10998>. FREE
60. Semenchuk BN, Boreskie KF, Hay JL, Miller C, Duhamel TA, Strachan SM. Self-compassion and responses to health information in middle-aged and older women: An observational cohort study. *J Health Psychol* 2021;26:2231–47. <https://doi.org/10.1177/1359105320909860>.
61. Thurston RC, Fritz MM, Chang Y, Barinas Mitchell E, Maki PM. Self-compassion and subclinical cardiovascular disease among midlife women. *Health Psychology* 2021;40:747–53. <https://doi.org/10.1037/hea0001137>.
62. Oreopoulos DG. Compassion and Mercy in the Practice of Medicine. *Perit Dial Int* 2001;21:539–42. <https://doi.org/10.1177/089686080102100601>. FREE
63. Watts E, Patel H, Kostov A, Kim J, Elkbuli A. The Role of Compassionate Care in Medicine: Toward Improving Patients' Quality of Care and Satisfaction. *Journal of Surgical Research* 2023;289:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.03.024>.
64. Pavlova A, Wang CXY, Boggiss AL, O'Callaghan A, Considine NS. Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *J GEN INTERN MED* 2022;37:900–11. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07055-2>.
65. Lipsa JM, Rajkumar E, Gopi A, Romate J. Effectiveness of psychological interventions for compassion fatigue: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Health* 2024;66:uiae061. <https://doi.org/10.1093/jocuh/uiae061>. FREE
66. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2021;120:103973. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>.
67. Shaniuk PM. The Spiritual Works of Mercy as a Tool to Prevent Burnout in Medical Trainees. *Linacre Q* 2020;87:399–406. <https://doi.org/10.1177/0024363920920400>. FREE

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

68. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2023;326:168–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>.
69. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Journal of the National Medical Association* 2019;111:546–54. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>.
70. Kirby JN. Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychol Psychother* 2017;90:432–55. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>.
71. Fattahi A, Mazini F, Jaberghaderi N, Rajabi F, Derakhshani M, Laki M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy upon distress, emotion regulation, and self-compassion in patients with cardiovascular disease: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother* 2023. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2023-0685>.
72. Karaj Branch, Karimi M, Emadi SZ, Karaj Branch, Zadeh YM et al. Comparison of the Effectiveness of Compassion-focused Therapy and Mindfulness-based Stress Reduction in Reducing Type D Personality Traits in Patients With Coronary Heart Disease. *JVC* 2021;2:161–70. <https://doi.org/10.32598/JVC.2.4.58.2>.
73. Srivastava S, Iqbal N. Gratitude exercise and well-being in relation to spirituality: A mixed-method study. *Intl J Wellbeing* 2023;13:111–33. <https://doi.org/10.5502/ijw.v13i3.3281>. FREE
74. Mills PJ, Redwine L, Wilson K, Pung MA, Chinh K, Greenberg BH, et al. The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients. *Spirituality in Clinical Practice* 2015;2:5–17. <https://doi.org/10.1037/scp0000050>. FREE
75. Lavelock CR, Griffin BJ, Worthington EL, Benotsch EG, Lin Y, Greer CL, et al. A Qualitative Review and Integrative Model of Gratitude and Physical Health. *Journal of Psychology and Theology* 2016;44:55–86. <https://doi.org/10.1177/009164711604400105>.
76. Diniz G, Korkes L, Tristão LS, Pelegrini R, Bellodi PL, Bernardo WM. The effects of gratitude interventions: a systematic review and meta-analysis. *Einstein (São Paulo)* 2023;21:eRW0371. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023RW0371. FREE
77. Watkins PC, Woodward K, Stone T, Kolts RL. Gratitude Resentment and Appreciation Test 2017. <https://doi.org/10.1037/t60955-000>.
78. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AWA. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review* 2010;30:890–905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>.
79. Wirtz D, Gordon CL, Stalls J. Gratitude and Spirituality: A Review of Theory and Research. In: Kim-Prieto C, editor. *Religion and Spirituality Across Cultures*, vol. 9. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014, p. 287–301. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8950-9_15.
80. Torres RF. Gratitude and individuation: review and reflections. *Junguiana* 2022;40:177–86. ISSN: 0103-0825.
81. Krause N, Ellison CG. Social environment of the church and feelings of gratitude toward god. *Psychology of Religion and Spirituality* 2009;1:191–205. <https://doi.org/10.1037/a0016729>.
82. Wang X, Song C. The impact of gratitude interventions on patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Front Psychol* 2023;14:1243598. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1243598>. FREE
83. Chen Y, Harris SK, Worthington EL, VanderWeele TJ. Religiously or spiritually-motivated forgiveness and subsequent health and well-being among young adults: An outcome-wide analysis. *The Journal of Positive Psychology* 2019;14:649–58. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1519591>. FREE
84. Webb JR, Toussaint L, Conway-Williams E. Forgiveness and Health: Psycho-spiritual Integration and the Promotion of Better Healthcare. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2012;18:57–73. <https://doi.org/10.1080/08854726.2012.667317>.
85. Haikola A. Conversations with God: How Are Religion and Spirituality Used to Make Sense of Forgiveness? *Pastoral Psychol* 2023;72:693–709. <https://doi.org/10.1007/s11089-023-01081-z>. FREE
86. Vismaya A, Gopi A, Romate J, Rajkumar E. Psychological interventions to promote self-forgiveness: a systematic review. *BMC Psychol* 2024;12:258. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01671-3>.
87. Snyder CR, Lopez SJ, Edwards LM, Marques SC, editors. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 3rd Edition. 3rd ed. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199396511.001.0001>. FREE
88. Woodyatt L, Worthington, EL, Wenzel M, Griffin BJ, editors. *Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness*. Cham: Springer International Publishing; 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-60573-9>.
89. Berg SJ, Zaso MJ, Biehler KM, Read JP. Self-Compassion and Self-Forgiveness in Alcohol Risk, Treatment and Recovery: A Systematic Review. *Clin Psychology and Psychoth* 2024;31:e2987. <https://doi.org/10.1002/cpp.2987>.
90. Maynard PG, Van Kessel K, Feather JS. Self-forgiveness, self-compassion and psychological health: A qualitative exploration of change during compassion focused therapy groups. *Psychol Psychother* 2023;96:265–80. <https://doi.org/10.1111/papt.12435>.
91. Costa L, Worthington, Jr. EL, Cavadas Montanha C, Couto AB, Cunha C. Construct validity of two measures of self-forgiveness in Portugal: a study of self-forgiveness, psychological symptoms, and well-being: Self-forgiveness & well-being. *ResPsy* 2021;24. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.500>. FREE
92. Kim JJ, Tracy EL, Enright RD. Motivations for Forgiving an Offender with Practical Implications for Those in the Helping Professions: A Qualitative Study. *J Relig Health* 2022;61:3761–76. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01505-9>.
93. Rasmussen KR, Stackhouse M, Boon SD, Comstock K, Ross R. Meta-analytic connections between forgiveness and health: the moderating effects of forgiveness-related distinctions. *Psychology & Health* 2019;34:515–34. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1545906>.
94. Prêcoma DB, Oliveira GMM de, Simão AF, Dutra OP, Coelho-Filho OR, Izar MC de O, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2019. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>. FREE
95. Toussaint LL, Owen AD, Cheadle A. Forgive to Live: Forgiveness, Health, and Longevity. *J Behav Med* 2012;35:375–86. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9362-4>.
96. Ikedo F, Castro L, Fraguas S, Rego F, Nunes R. Cross-cultural adaptation and validation of the European Portuguese version of the heartland forgiveness scale. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18:289. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01531-9>. FREE
97. Boyle GJ, Saklofske DH, Matthews G, editors. *Measures of personality and social psychological constructs*. New York: Elsevier, Academic Press; 2015.
98. Amanze RU, Carson J. Measuring forgiveness: psychometric properties of a new culturally sensitive questionnaire: the Bolton Forgiveness Scale (BFS). *Mental Health, Religion & Culture* 2019;22:994–1010. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1716211>.
99. Wade NG, Hoyt WT, Kidwell JEM, Worthington EL. Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014;82:154–70. <https://doi.org/10.1037/a0035268>.

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

100. Menahem S, Love M. Forgiveness in Psychotherapy: The Key to Healing. *J Clin Psychol* 2013;69:829–35. <https://doi.org/10.1002/jclp.22018>.
101. La Kahija YF, Rahmandani A, Salma S. The Effectiveness of Forgiveness Meditation Intervention in the Group of Emerging Adult Students. *Jurnal Psikologi* 2022;21:72–88. <https://doi.org/10.14710/jp.21.1.72-88>. **FREE**
102. Griffin BJ, Worthington EL, Lavelock CR, Greer CL, Lin Y, Davis DE, et al. Efficacy of a self-forgiveness workbook: A randomized controlled trial with interpersonal offenders. *Journal of Counseling Psychology* 2015;62:124–36. <https://doi.org/10.1037/cou0000060>.
103. Toussaint L, Kamble S, Marschall JC, Duggi DB. The effects of brief prayer on the experience of forgiveness: An American and Indian comparison. *Int J Psychol* 2016;51:288–95. <https://doi.org/10.1002/ijop.12139>.
104. Fincham FD, May RW. Prayer and forgiveness: Beyond relationship quality and extension to marriage. *Journal of Family Psychology* 2017;31:734–41. <https://doi.org/10.1037/fam0000331>.
105. Recine AC. Designing Forgiveness Interventions: Guidance From Five Meta-Analyses. *J Holist Nurs* 2015;33:161–7. <https://doi.org/10.1177/0898010114560571>.
106. Park CL, Lim H, Newlon M, Suresh DP, Bliss DE. Dimensions of Religiousness and Spirituality as Predictors of Well-Being in Advanced Chronic Heart Failure Patients. *J Relig Health* 2014;53:579–90. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9714-1>.
107. Friedberg JP, Suchday S, Srinivas VS. Relationship between forgiveness and psychological and physiological indices in cardiac patients. *Int J Behav Med* 2009;16:205–11. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9016-2>.