



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

---

PORTO

# PSICOPATOLOGIA E VIVÊNCIAS EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre  
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado por:

*Vera Andréa Alves Pires*

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Maria Elisa Pina Tomaz Veiga

Porto, Julho de 2024



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

---

PORTO

# PSICOPATOLOGIA E VIVÊNCIAS EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre  
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado por:

*Vera Andréa Alves Pires*

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Maria Elisa Pina Tomaz Veiga

Porto, Julho de 2024

## Índice

Agradecimentos .....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	6
Índice de Tabelas e Figuras .....	7
1. Introdução .....	8
2. Enquadramento Teórico .....	9
2.1. Cuidados Paliativos .....	9
2.2. Necessidades dos Doentes nos Cuidados Paliativos .....	11
2.3. Vivência Valorizadas nos Doentes e Famílias .....	12
2.4. Estado Emocional nos Doentes Paliativos .....	13
2.4.1. Prevalência de Depressão nos Cuidados Paliativos .....	15
2.4.2. Prevalência de Ansiedade nos Cuidados Paliativos .....	15
2.4.3. Prevalência de Stress nos Cuidados Paliativos .....	16
2.5. Intervenções Psico-Existenciais .....	17
2.5.1. Terapia de Sentido de Vida .....	18
3. Método .....	19
3.1. Amostra .....	20
3.2. Instrumentos .....	21
3.3. Procedimento de Recolha de Dados .....	24
3.4. Tratamento e Análise de Dados .....	24
4. Resultados .....	24
5. Discussão .....	30
6. Conclusão .....	34
7. Referências .....	35
8. Anexos .....	43
8.1. Resultados individuais das subescalas de Importância, Consistência e discrepância no QVV .....	43
8.2. Resultados individuais na subescala Discrepância na VVQ .....	44
8.3. Análise Individual da Importância versus Consistência e sua Relação com os Níveis de Severidade dos indicadores de psicopatologia na EADS-21 .....	45

## Agradecimentos

Obrigado a professora Elisa Veiga, pela pessoa e profissional que é, pela atenção e pelo carinho, obrigado por me ter acompanhado ao longo desta aventura acadêmica.

Agradeço aos meus pais, pela motivação constante, pelo apoio incondicional, pelo vosso sacrifício e pela confiança que depositaram em mim.

Obrigado às minhas irmãs, Sylvie e Tatiana, pois sem vocês esta etapa da vida teria sido mais complicada. Espero que consigam tudo o que desejam na vida.

Um agradecimento enorme aos meus avós, por serem os pilares desta família, por estarem presentes na minha vida e por continuarem a teimar com a mesma. Vocês são a inspiração deste percurso profissional.

Obrigado Tia Celeste, dedico esta dissertação em tua homenagem, pois o cancro levou tudo menos à tua memória. *Merci de nous protéger de là-haut.*

Sem esquecer, obrigado Ligia e Jessyca, pela vossa amizade e pelos risos e fofocas constantes. Obrigado por serem uma parte inevitável da minha experiência em Portugal.

E por fim, obrigado a Yolk, Malia, Nishh, Wero e Pocket pelos risos em torno do 6URSE, pelo carinho e pelo apoio incondicional mesmo à distância. Sem vocês, este ano teria sido muito complicado.

À Lilah, por ser o meu conforto.

*In memoriam of Minou,*

*“If I am killed for simply living, let death be kinder than man” - Althea Davis*

## **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo geral identificar a sintomatologia psicológica e as vivências valorizadas pelos doentes com doença terminal, numa unidade de Cuidados Paliativos no norte de Portugal.

A recolha de dados utilizou dos instrumentos a EADS-21 e a VVQ, com uma amostra de conveniência de 8 participantes, com doenças oncológicas e não oncológicas.

Foram encontrados resultados positivos para a sintomatologia psicopatológica nos doentes, sendo os estados de depressão (62,50%) e ansiedade (50%) os mais prevalentes. As vivências valorizadas como importantes pelos participantes foram a “Parentalidade”, a “Família de origem”, o “Casamento/Casal/Relações íntimas” e os “Amigos/Vida Social”, os resultados demonstram que a “Família de origem” e a “Espiritualidade/significado e propósito da vida” são domínios de vida onde os participantes referem o desenvolvimento de ações consistentes com os seus valores.

O estudo concluiu que a depressão, a ansiedade e o stress são problemas psicológicos significativos enfrentados pelos doentes em Cuidados Paliativos. Abordar estas questões através de cuidados psicológicos, apoio espiritual, preservação da identidade e relações familiares podem ajudar os doentes a manter um sentido de dignidade e bem-estar psicológico face a uma doença terminal.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Serviço de Cuidados Paliativos; Psicopatologia; Vivências Valorizadas; Terapias Psicoexistenciais.

## **Abstract**

The general aim of this study was to identify the psychological symptoms and the living values of terminally ill patients in a palliative care unit in the north of Portugal.

Data collection used the EADS-21 and the VVQ instruments, with a convenience sample of 8 participants, with oncological and non-oncological diseases.

Positive results were found for psychopathological symptoms in the patients, with depression (62.50%) and anxiety (50%) being the most prevalent. The living values viewed as important by the participants were "Parenthood", "Family of origin", "Marriage/Couple/intimate relationships" and "Friends/social life". The results show that "Family of origin" and "Spirituality/significance and purpose of life" are life domains where the participants refer to developing actions consistent with their values.

The study concluded that depression, anxiety and stress are significant psychological problems faced by palliative care patients. Addressing these issues through psychological care, spiritual support, identity preservation and family relationships can help patients maintain a sense of dignity and psychological well-being in the face of terminal illness.

Keywords: Palliative Care; Palliative Care Service; Psychopathology; Living Values; Psycho-existential Therapies.

## **Índice de Tabelas e Figuras**

Tabela 1: *CrITÉrios da Qualidade dos ServiÇos pela da AssociaÇão portuguesa de Cuidados Paliativos Fundamentados pela OMS (2006)*

Tabela 2: *CrITÉrios de Inclusão e Exclusão do Presente Estudo*

Tabela 3: *Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra*

Tabela 4: *Caracterização dos Níveis de Severidade da EADS-21*

Tabela 5: *Médias e Desvio Padrão para cada Subescala da EADS-21*

Tabela 6: *Níveis de Severidade de Sintomatologia Psicopatológica para cada participante e para cada subescala da EADS-21*

Tabela 7: *Média Geral e Desvio Padrão dos resultados obtidos nas Subescalas de Importância, Consistência e Composto Vivo Valorizado*

Figura 1: *Resultados da EADS-21 nos Participantes*

Figura 2: *Comparação Entre a Média Global obtida na subescala Importância e a média global obtida na subescala Consistência nos Vários Domínios da Vida*

## 1. Introdução

Este estudo é voltado para as doenças terminais e os processos de luto englobando a importância das terapias psico-existenciais em indivíduos em Cuidados Paliativos (CP) (Bauereiß et al., 2018; Scarton et al., 2019; Li et al., 2020; Söderman et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2022 mais de 50 milhões de pessoas encontravam-se em situação paliativa, sendo que apenas 12% desses indivíduos estavam a receber cuidados paliativos em hospitais e instituições (OMS, 2022). Em Portugal, os tumores são responsáveis por cerca de 25% da mortalidade em serviços paliativos, e estima-se que dos 100 mil indivíduos, entre eles crianças, jovens, adultos e idosos que estão em CP, apenas 30% deles têm acesso a este tipo de cuidados (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2022).

Os CP são usualmente associados a dor e perda (Chochinov et al., 2007; Aoun et al., 2012), sendo que indivíduos nesta situação se confrontam com sofrimento existencial, intenso e subjetivo da realidade que os rodeia. Eric Cassel (1982) define o mesmo como “*um estado de angústia grave associado a acontecimentos que ameaçam a integridade da pessoa*” (p.640). Estudos quantitativos e qualitativos demonstram que o diagnóstico de uma doença oncológica impacta de forma negativa o bem-estar emocional do indivíduo, que experiencia um vasto ramo de respostas emocionais, incluindo angústia, ansiedade, depressão e medo (Brunelli et al., 2018).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar a sintomatologia psicopatológica dos doentes com doença terminal, assim como as suas vivências valorizadas, permitindo a identificação de domínios da vida importantes que podem potencialmente serem pertinentes durante a intervenção psicoexistencial em contexto paliativo.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1 Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição dos CP, atualizada em 2002, descreve o conceito como “*a assistência promovida por uma equipa multidisciplinar, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos seus familiares, diante a uma doença que ameaça a vida do próprio*” (OMS, 2002).

A intervenção paliativa objetiva trabalhar para além da esfera física, focalizando também na totalidade da dor sentida pelo medo da mortalidade e da doença (Saunders, 1967). Os princípios dos CP incluem o controle dos sintomas físicos gerados pelas doenças, assim como promover suporte psicológico, social e espiritual (Hall et al., 2021). Sendo assim, o objetivo primário é augurar a qualidade de vida dos utentes, promovendo otimizar os seus contextos e assegurar uma morte com dignidade (OMS, 2014).

Mais recentemente, a organização mundial Center To Advance Palliative Care (CAPC, 2020), define os cuidados paliativos como cuidados especializados que proporcionam alívio dos sintomas e do stress da doença. O objetivo primordial dos CP é a promoção da qualidade de vida tanto do doente como de sua família (CAPC, 2020). Com isso, foram determinados pela organização quatro critérios essenciais para promover esta melhora junto dos doentes nos serviços de CP: a) Tempo para se dedicar a reuniões familiares intensivas e aconselhamento do doente/família; b) Comunicação competente sobre o que esperar no futuro, a fim de garantir que os cuidados são adaptados aos objetivos e prioridades do doente e da família; c) Gestão especializada de sintomas físicos e emocionais complexos, incluindo dor complexa, depressão, ansiedade, fadiga, falta de ar, obstipação, náuseas, perda de apetite e dificuldade em dormir, e; d) Coordenação e comunicação de planos de cuidados entre todos os prestadores de cuidados e em todos os contextos (CAPC, 2020).

Esses objetivos são igualmente sustentados e apoiados por outras organizações europeias, como por exemplo, a European Association for Palliative Care (EAPC), que enfatiza a importância de educar e sensibilizar profissionais de saúde e o público, aos efeitos físicos e psicológicos que constituem o contexto de doença terminal no utente e nos seus cuidadores e familiares (EAPC, 2022). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2006), adota 12 critérios fundamentados pela OMS para garantir a qualidade dos serviços os CP, sendo esses estipulados (Tabela 1);

**Tabela 1**

*Cr terios da Qualidade dos Servi os pela da Associa o portuguesa de Cuidados Paliativos Fundamentados pela OMS (2006)*

<i>Cr�terio</i>	<i>Descri�o</i>
1- Alívio da dor e outros sintomas angustiantes	A gestão eficaz da dor e outros sintomas angustiantes � um princípio fundamental dos cuidados paliativos.
2- Afirmac�o da vida e reconhecimento da morte como um processo normal	Os cuidados paliativos vêm a morte como uma parte natural da vida e não tentam apress�-la ou adiar-la.
3- Não prolongar nem encurtar a vida intencionalmente	Os cuidados paliativos não têm a inten�o de prolongar ou encurtar a vida, mas sim proporcionar alívio e conforto.
4- Integra�o dos aspetos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente	Os cuidados paliativos abordam as necessidades psicológicas e espirituais, além das físicas.
5- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte	Os cuidados paliativos proporcionam suporte para que os pacientes possam viver da forma mais ativa e plena possível até a sua morte.
6- Oferecer um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e no seu próprio luto	Proporciona suporte � família durante a doença do paciente e no período de luto.
7- Utilizar uma abordagem de equipa para responder às necessidades dos pacientes e das suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto	Envolve uma equipa multidisciplinar para atender às necessidades holísticas dos pacientes e suas famílias
8- Melhoria da qualidade de vida e, possivelmente, influenciar positivamente o curso da doença	Visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e pode influenciar positivamente o curso da doença.
9- Aplicar-se precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluir as investiga�es necessárias para melhor compreender e gerir as complica�es clínicas angustiantes	Deve ser iniciado precocemente e pode ser combinado com tratamentos curativos.

10- Basear-se numa abordagem que respeite a dignidade da pessoa, centrada na pessoa e nos seus direitos, e no respeito pelas suas preferências e decisões	Os cuidados são centrados na pessoa, respeitando sua dignidade, preferências e decisões.
11- Promover a comunicação honesta, aberta e sensível, que respeite a privacidade e a confidencialidade	Todos os indivíduos devem ter acesso aos cuidados paliativos, independentemente de qualquer condição.
12- Garantir o acesso universal aos cuidados paliativos, independentemente do diagnóstico, idade, local de residência ou condição socioeconómica	Todos os indivíduos devem ter acesso aos cuidados paliativos, independentemente de qualquer condição.

---

## 2.2. Necessidades dos Doentes nos Cuidados Paliativos

Em 2019, a Ordem dos Psicólogos Portuguesa (OPP), publica um documento intitulado “*Linhas de Orientação para a Prática Profissional em Cuidados Paliativos*”. Neste documento é enfatizado que indivíduos em situação paliativa apresentam maioritariamente sintomas associados a depressão, desespero existencial, ansiedade e dificuldade na aceitação da doença (OPP, 2019). A revisão sistemática de Kawashima e Evans (2023) demonstrou que os doentes em CP demonstram necessidades diversas e subjetivas, sendo as mais identificadas: a) contingência e controlo dos sintomas físicos e psicológicos, b) promover o estado funcional do indivíduo e, c) aumentar a qualidade de vida dos utentes.

Em 2021, a instituição Palliative Care in Cancer defende que os membros da família têm um papel fundamental no bem-estar global do utente em situação paliativa, sendo esses, por vezes, o único apoio emocional fora do contexto hospitalar (PCC, 2021). A subjetividade do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal como o cancro predispõe a uma potencial crise existencial (Lee & Loiselle, 2012), demonstrado a necessidade da presença da família para o bem-estar emocional do indivíduo. O paciente necessita de acompanhamento durante este período de crise, sendo que a família exerce um papel essencial em seu desenvolvimento e no bem-estar global (OPP, 2019).

Esta perspetiva é reforçada pelos estudos realizados por Higginson e Sen-Gupta (2000), que apontam que a família exerce o papel de prover conforto, segurança e companheirismo, sendo o suporte emocional mais necessitado pelos pacientes. Os mesmos autores apontam para a necessidade de incluir familiares durante o processo terapêutico, pois a presença de entes queridos influencia positivamente os resultados (Higginson & Sen-Gupta, 2000); Hudson & Payne, 2011). A revisão sistemática recentemente publicada por Jansen,

Schaufel e Ruths (2020) comprova essa afirmação, demonstrando o papel crucial da família, que através do suporte emocional e conforto proporciona uma diminuição de sentimentos negativos relativamente ao medo experienciado pelos utentes de morrer sozinho.

De acordo com Ho e colaboradores (2017), as intervenções paliativas estão orientadas predominantemente na contingência dos sintomas e no controle da dor física, sem necessariamente questionar temas relacionados com o psicossocial, o emocional e a dor espiritual provocada pelo medo de morrer.

A revisão sistemática de Kawashima e Evans (2023), mencionada previamente, também enfatiza que a maior parte das instituições paliativas têm pouca consideração para o estado psicológico dos utentes, focalizando-se em boa parte no controlo dos sintomas físicos. Segundo Chochinov (2008), as intervenções nos CP devem ir para além da dor física e dos sintomas somáticos manifestados pelas doenças. A compreensão das intervenções psicoexistenciais potencialmente permitiria responder às necessidades complexas dos indivíduos em cuidados paliativos, e proporcionar uma qualidade de vida satisfatória no período de fim de vida.

### **2.3. Vivências Valorizadas nos Doentes**

O surgimento e progressão de uma doença ameaçadora de vida resulta numa série de desafios para o doente e, de igual forma, para o cuidador (De Vries & Stiefel, 2018). Com o avançar da idade e a morte, os indivíduos tendem a refugiarem-se no desenvolvimento espiritual e na auto-transcendência para compensar as perdas de vitalidade físicas e mentais (Reed & Pamela, 2018). Embora os sintomas físicos possam ser mais facilmente identificados pelos profissionais de saúde, doentes e cuidadores, a vivência subjetiva relativa ao significado existencial é complexa e contribui na perturbação da qualidade de vida do doente e da família, causando sofrimento (Ann-Yi et al., 2018). De facto, quando as necessidades espirituais não são cumpridas, o sofrimento existencial pode surgir, contribuindo para o aumento do sofrimento global dos doentes e, também, dos familiares (OPP, 2019; Rego & Nunes, 2019).

O momento de diagnóstico e anúncio de uma doença terminal constitui-se como um grande desafio. Inevitavelmente, as mudanças na aparência e as alterações funcionais podem representar para o utente uma ameaça à identidade e à dignidade, levando muitas vezes a um sofrimento existencial (Watson et al., 2019). Esta crise existencial traduz-se por uma luta entre a realidade do sofrimento e de morrer, e a necessidade de cumprir os desejos internos antes do fim da vida (Wong & Yu, 2021).

Abordar o tema da morte e a relação do doente com ela continua a ser um tópico subjetivo e difícil de explorar (Bianke, Keubo Nguepy & Chmielewska, 2017). Os resultados da análise temática qualitativa por Matos, Querido e Laranjeira (2024) num centro de unidades paliativas no centro de Portugal sugere que o despertar espiritual é uma condição comum em indivíduos que estão perto da morte.

O estudo qualitativo conduzido por García e colaboradores em 2020, em indivíduos com cancro terminal e os seus familiares, revelou as seguintes preocupações dos doentes face a crise existencial provocada pela doença: a) a procura de um objetivo e de realização, b) a valorização das relações, c) o confronto com preocupações existenciais e, d) a procura de paz espiritual e emocional. Os autores demonstram, ainda, que os cuidadores desempenham um papel crucial na prestação de apoio, no companheirismo e na assistência de resolução de questões existenciais (Garcia et al., 2020).

Nesse sentido, a revisão sistemática e metanálise realizada por Edmondson e colaboradores (2019) reagrupando cerca de 1,642 pacientes em CP nos Estados Unidos, Suécia, China e Inglaterra, salientou que os doentes paliativos atribuíam sistematicamente prioridade a vários valores sendo esses: a) Família de origem, b) Autocuidado físico, c) Espiritualidade/significado e propósito de vida e, d) Cidadania/vida em comunidade. No entanto, o estudo empírico feito por Witt, Jacobson e Malley em 2022 em doentes em CP demonstrou que os valores mais priorizados pelos doentes eram a família de origem, casamento/parceiro/relações íntimas e amigos/vida social. Estes resultados demonstram a necessidade dos CP se centrarem no doente, dando prioridade à qualidade de vida, ao bem-estar emocional e aos valores pessoais subjetivos de cada indivíduo (Witt, Jacobson & Malley, 2022).

#### **2.4. Estado Emocional nos Doentes Paliativos**

A notícia do diagnóstico de uma doença terminal impacta profundamente os pacientes e as suas famílias, provocando sofrimento psicológico, crise existencial, diminuição da qualidade de vida dos pacientes e afetando as relações sociais e dinâmicas familiares, impactando assim o bem-estar geral (Clarke et al., 2006). Pacientes em CP tendem a ter um senso de dignidade fraturado (Abbey et al, 2006) geralmente relacionada ao medo de perda e de ter a sensação de serem um peso para os cuidadores (Agich, 2007). O estudo conduzido por Gulliford em 2019, confirma que o conceito de dignidade e do *self* fraturado em contexto

paliativo são uma resposta natural da doença crónica e/ou terminal que gera perda de autonomia e percepção de perda de identidade.

Teixeira (2006) descrever a psicopatologia da seguinte forma:

“A psicopatologia caracteriza-se essencialmente por uma existência *limitada, tematizada e bloqueada*. Limitada e aprisionada, porque afastada dos seus valores e da sua possibilidade de auto-afirmação. O indivíduo não experimenta a sua existência como uma realidade. Tematizada pelo seu passado, na medida em que o indivíduo continua a viver em função de identidade e características que já não são as presentes. Bloqueada no seu desenvolvimento, porque não consegue projectar-se no devir.” (p. 293)

O senso de dignidade fraturado representa um dos desafios principais em CP (Chochinov et al., 2005) pois ela leva a uma crise existencial que pode levar o paciente a um estado desmoralizado, caracterizado por sentimentos de perda de esperança aumentando por sua vez, a sintomatologia psicopatológica (Kissane, Clarke & Street, 2001). Uma boa gestão dos sintomas emocionais e psicológicos é essencial para a qualidade de vida dos doentes nos cuidados em fim de vida (Kozlov et al., 2019).

A revisão sistemática de Martins e colaboradores (2024) reagrupando 84 estudos sobre o sofrimento espiritual, o desespero e depressão em CP demonstram que os utentes exprimem uma falta de sentido e de objetivo na vida, que se deve à rutura do seu sistema de crenças espirituais/religiosas, à falta de sentido da vida e a questões existenciais. A crise existencial em pacientes em CP engloba dor e sofrimento existencial, que por sua vez estão interligados ao desespero e sintomatologia depressiva (Martins et al., 2024).

Segundo o estudo de Ozdemir e colaboradores (2021), em países asiáticos estar ciente ou inseguro quanto ao seu prognóstico vital está associado a sintomas de ansiedade e depressão mais elevados e a diminuição do bem-estar espiritual. Nas últimas décadas, Portugal tem assistido a um aumento de prevalência de cancro e doenças crónicas associados ao envelhecimento progressivo da população (Ribeiro, 2020). Ribeiro (2020) realizou um estudo em um hospital na região do Norte de Portugal, nos CP, onde o autor seguiu 70 doentes, em internamento e ambulatório, apoiados pela equipa intra-hospitalar de suporte em CP. A sua amostra apresentou altos níveis de depressão e ansiedade, verificando-se que

19,70% dos utentes consumiam antidepressivos, 9,09% consumiam ansiolíticos e 13,64% consumiam ambos psicofármacos.

#### **2.4.1 Prevalência de Depressão nos Cuidados Paliativos**

Segundo o DSM-IV, a depressão é uma perturbação mental caracterizada por um conjunto de sintomas persistentes que afetam o humor, a cognição e o funcionamento geral de uma pessoa. Em pacientes de doenças terminais e crônicas, a depressão é caracterizada por sintomas semelhantes a perturbação depressiva major, sendo que essa ocorre durante a doença grave, incurável e progressiva (OMS, 2018).

A prevalência da depressão em CP é muito variável. O estudo realizado por Kozlov e colaboradores em 2019 nos Estados Unidos, numa amostra de 351 pacientes em Cuidados Paliativos demonstrou prevalência de sintomatologia depressiva de 43%. No entanto, na revisão sistemática de Perusinghe, Chen e McDermott (2021) foi estimado uma prevalência de depressão entre 24% a 70% para a população mundial em CP. Os estudos longitudinais realizados por Swetz e colaboradores (2021) apontam que cerca de 57% da amostra de 206 indivíduos com cancro demonstram sintomatologia depressiva durante os seus percursos nos CP.

Um estudo conduzido por Carneiro (2020) no centro oncológico de cancro de Maranhão no Brasil, numa amostra de 23 indivíduos em situação paliativa, referiu uma percentagem de 12,7% de sintomatologia depressiva. Já o estudo de Ribeiro em 2020, constatou uma percentagem de 55,71% de depressão na sua amostra de 70 doentes paliativos, num hospital no Norte de Portugal.

Segundo Julião e colaboradores (2011) a depressão é um fator de risco de suicídio e desejo de antecipação de morte, diminuindo o desejo dos doentes na busca de sentido, no estabelecimento de relações e na despedida. Para além disso, a depressão constitui um preditor independente que diminui consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo e pode levar ao desejo de morte precoce (Perusinghe, Chen & McDermott., 2021). A sintomatologia depressiva representa um problema psicossocial comum nos cuidados paliativos e permanece como uma doença pouco investigada, sub-diagnosticada e sub-tratada nesse contexto (Julião e Barbosa, 2011).

#### **2.4.2. Prevalência da Ansiedade nos Cuidados Paliativos**

A ansiedade nos CP é uma consequência esperada perante a doença terminal e a progressão da chegada da morte (Irwin & Hirst, 2024). A ansiedade é caracterizada como uma

emoção desagradável, uma sensação de preocupação, nervosismo ou receio do que poderá acontecer (OPP, 2020). Nos CP, a mesma é uma consequência direta da experiência de cada sujeito face ao perigo de morte, suscitando sentimentos de preocupação, medo e apreensão ligados à condição física, ao tratamento e ao prognóstico (Atkin, Vickerstaff & Candy., 2017).

Em 2002, Garrigos e colaboradores, demonstraram através do seu estudo que os sintomas ansiosos em pacientes com cancro ocorrem em 43.5% dos casos durante as últimas semanas de vida. Mais recentemente, os estudos longitudinais mencionados acima por Sewtz e colaboradores (2021), demonstram que a prevalência da ansiedade em doentes com cancro avançado varia entre 11% e 63%.

O estudo realizado por Atkin, Vickerstaff e Candy (2017) nos hospitais no Reino Unido aponta que a ansiedade é um problema comum nos pacientes em CP, e é acompanhada de sentimentos de terror, medo, agitação psicomotora e crises existenciais. Essas manifestações, provocam dificuldades na gestão da sintomatologia por parte dos profissionais.

Tal como para a depressão, a prevalência de sintomatologia ansiosa em contexto paliativo em Portugal está pouco estudada. No estudo de Ribeiro (2020) foi identificado uma prevalência de sintomatologia de ansiedade em 40,58% numa amostra de 70 doentes em CP em um hospital do Norte de Portugal. Outro estudo realizado em Portugal por Antunes e colaboradores (2020) que utilizou a EADS-21 em 9 hospitais distribuídos do norte e sul do país, numa amostra de 1703 indivíduos diagnosticados com uma doença terminal, cerca de 36,3% referem ter ansiedade relacionado com amigos e família.

### **2.4.3. Prevalência do Stress nos Cuidados Paliativos**

O processo de hospitalização é uma experiência que gera stress e desgaste devido a incerteza do futuro e do prognóstico (Rosário, 2020). Segundo McMullen e colaboradores (2018), definir o stress é complexo e complementar aos sintomas de depressão e ansiedade que geram angústia e sofrimento ao indivíduo em CP. Os mesmos autores constataam que o stress provoca manifestações psicossomáticas e impacta negativamente a saúde mental, que por sua vez, aumenta o risco de mortalidade aos indivíduos com diagnóstico de doença terminal (McMullen et al., 2018).

Não existem estudos relevantes que demonstram a prevalência de stress em indivíduos em CP em Portugal. No entanto, no mesmo estudo mencionado anteriormente e elaborado por Carneiro (2022) em 23 indivíduos no centro oncológico de Maranhão, no Brasil, foi identificado com base na EADS-21 uma prevalência de 14,1% de indivíduos com sintomatologia de stress agudo.

A doença terminal provoca uma transição, que vai para além do medo e da dor (Silva & Lima, 2018). Os sintomas relativos ao stress são geralmente interligados com a deterioração da integridade física e das capacidades mentais e cognitivas, assim como o receio da morte e a alteração do papel do indivíduo em contextos emocionais, sociais e espirituais (Silva & Lima, 2018).

Resumidamente, a complexidade das doenças que geram necessidades de CP são ameaçadoras do mal-estar psicológico que pode se traduzir em sintomatologia depressiva, ansiosa, em sofrimento existencial e psicológico, em sentimentos de luto e perda, défices cognitivos associados às doenças orgânicas e sintomatologia psicossomática (Irving & Smith, 2016; Das Ros Motta, Coutinho & Pacheco, 2019).

## **2.5. Intervenções Psico-Existenciais nos Cuidados Paliativos**

Em 1980, Yalom aponta que a morte é a preocupação primária mais facilmente aprendida, pois gera conflito existencial entre a consciência da inevitabilidade da morte e o desejo de continuar a ser. A psicoterapia existencial pode ser definida como uma abordagem dinâmica, centrada nas procurações relativas à morte, à liberdade e ao sentido de vida, promovendo o desenvolvimento de uma perspectiva satisfatória da vida e facilita a aceitação das realidades relativas à doença (Spinelli, 2005; Teixeira, 2006; Yalom, 1980).

É possível distinguir dentro das intervenções psico-existenciais, terapias como Entrevistas Biográficas (“*Biographical Interview*”) que focam a intervenção na exploração dos eventos significativos de vida, nas transições e nos relacionamentos interpessoais (Prokok & Hassenfeld, 1983; Hesse et al., 2019); a Terapia Narrativa (“*Narrative Therapy*”) e Escrita Reflexiva (“*Reflective Writing*”) que enfatizam a narrativa e reflexão de significados (Pennebaker, 2004; Roikjær et al., 2019); a Terapia da Dignidade (“*Dignity Therapy*”), estruturada para aliviar o sofrimento existencial e melhorar a experiência da doença terminal (Chochinov, 2002); a Terapia da Revisão de Vida (“*Life Review*”), que elabora uma autobiografia extensa e a preservação dos dados da mesma (Butler, 1974).

Ho e colaboradores, apontam num estudo realizado em 2017, que a ausência de terapias holísticas nos cuidados paliativos pode provocar a retração do senso de dignidade na pessoa (Ho et al., 2017).

Os resultados demonstrados pela revisão sistemática por Bauereiß e colaboradores em 2018, demonstraram a eficácia das intervenções psico-existenciais na promoção do bem-estar e na qualidade de vida em pacientes e das suas famílias em CP (Bauereiß et al, 2018). Os estudos empíricos conduzidos por Saracino e colaboradores (2019) apontam igualmente para

a eficácia da psicoterapia existencial na construção de significado face às doenças graves e terminais (Saracino et al., 2019).

No entanto, estas abordagens apresentam algumas limitações, sendo essas, a possibilidade de falhas de comunicação entre o utente e a família e a subjetividade de cada paciente (Ho et al, 2017; Söderman et al., 2020). O estudo conduzido por Chochinov e colaboradores (2008) identificaram a limitação da abordagem da Terapia da Dignidade em indivíduos com diagnóstico de demência avançada destes processos terapêuticos, pois os indivíduos são considerados como demasiado frágeis devido aos processos de diálogo limitados. Segundo Ho e colaboradores (2017), a capacidade de expressar emoções, apreciações e reconciliação vai depender dos fatores externos e internos dos pacientes, tais como a cultura e a intersubjetividade.

### **2.5.1. Terapia Sentido de Vida**

Em 2023, Cardoso e colaboradores publicaram um estudo piloto sobre o desenvolvimento da terapia Terapia Sentido de Vida (TSV), especialmente adaptada para o contexto português. A TSV é uma terapia psicoexistencial que inclui temas e questões relativas sobre perdão, pedido de desculpas, reconciliação, despedida e um documento de legado chamado de Carta da Vida (“Life Letter”).

Segundo Cardoso e colaboradores, a TSV foi baseada nas 3 terapias existenciais seguintes:

- *Terapia da Dignidade*: Intervenção existencial, individualizada e psicossocial breve para doentes em situação próxima da morte, com impacto significativo na atenuação do sofrimento psicoemocional e existencial (Chochinov et al., 2005; Julião, 2014). Esta intervenção manualizada tem como objetivo aumentar o sentido de significado, propósito e dignidade dos doentes terminais, eventualmente resolvendo assuntos inacabados e criar um documento legado para a família (Chochinov et al., 2007; Vuksanovic et al., 2017). Os estudos de Julião (2014) sobre a Terapia da Dignidade verificou melhoria em pessoas com sofrimento psicológico clinicamente significativo, nomeadamente em sintomatologia depressiva e ansiosa (Julião, 2014).
- *Terapia de Revisão de Vida*: Intervenção psicoterapêutica breve, inicialmente desenvolvida por Butler (1974) com o objetivo de ajudar os indivíduos a encontrar significado e propósito através de temas e acontecimentos de vida (Vuksanovic et al., 2017; Huang et al., 2020). Esta terapia tem como abordagem terapêutica centrada no

existencialismo, ajudando o indivíduo a reinterpretar e revisitar eventos significativos ao longo da suas vidas (Butler & Moody, 2012). Os mesmos autores descrevem a terapia como um modo de proporcionar ao indivíduo em situação paliativa, o alívio de sentimentos de culpa relacionados com conflitos internos, traumas e relacionamentos interpessoais (Butler & Moody, 2012).

- *Terapia de Construção de Sentido*: Abordagem terapêutica baseada no trabalho de Viktor Frankl, que tem por objetivo de procurar o sentido e vida, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida (Rosenfeld et al., 2017; Thomas et al., 2014). Esta abordagem terapêutica pode ser aplicada individualmente ou em grupo, procurando proporcionar aos pacientes um espaço onde podem explorar questões relativas a sentimentos pessoais relacionados com a doença e o sofrimento e facilitar a compreensão das possíveis fontes de significado antes e depois do diagnóstico da doença (Saracino et al., 2019).

Estas 3 terapias partilham o acesso a narrativa e a experiência subjetiva de cada pessoa face ao fim da vida (Cardoso et al., 2023). O objetivo primário dos autores foi procurar as especificidades demográficas, sociais, culturais, existenciais, religiosas da população portuguesa e das exigências nos Cuidados Paliativos em Portugal (Cardoso et al., 2023).

As abordagens terapêuticas psico-existenciais são destacadas pelo aumento do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos pacientes, enfatizando a importância das mesmas, na promoção e na aceitação das suas condições físicas, envolvendo o receio de fim de vida (Butler & Ciarleglio, 2012).

### **3. Método**

A investigação científica pode ser definida como “*um método próprio de aquisição de conhecimentos, uma forma organizada e sistemática de achar respostas para questões, que necessitam de investigação*” (Fortin, 1999, p. 17). O presente trabalho de investigação tem como objetivos: a) identificar os níveis de sintomatologia psicopatológica em indivíduos com doença terminal e b) identificar as vivências valorizadas pelos indivíduos com doença terminal.

É importante enfatizar que o presente estudo está inserido numa investigação abrangente de carácter longitudinal e de metodologia mista desenvolvida em vários hospitais do norte de Portugal, que tem como objetivo principal a implementação da Terapia de Sentido

de Vida (Cardoso et al., 2023) e o seu efeito na promoção do bem-estar psicológico, emocional e espiritual de pessoas com doença terminal.

### 3.1. Amostra

Os participantes incluíram pacientes em tratamento num serviço de CP de um hospital do norte de Portugal. Segue-se os critérios de inclusão e exclusão elaborados pela equipa de investigação:

#### **Tabela 2**

*Critérios de Inclusão e Exclusão do Presente Estudo*

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
a) doentes com idade superior a 18 anos.	a) presença de sintomatologia psiquiátrica grave e comprometimento intelectual ao nível do raciocínio e memória, que interfira com a capacidade crítica e de reflexão.
b) presença de uma doença avançada progressiva que exija intervenção paliativa com prognóstico inferior a 1 ano.	
c) orientação alopsíquica e autopsíquica e capacidade de insight.	

Todos os participantes cumpriram os critérios de inclusão e exclusão e participaram no estudo de forma voluntária.

Esta amostra de conveniência é constituída por 8 pacientes, seguidos pela equipa hospitalar de Cuidados Paliativos de um hospital da região Norte de Portugal, sendo quatro com diagnóstico de doença oncológica e quatro com doença não oncológica. 75% do sexo masculino (n=6) e 25% do sexo feminino (n=2). As idades dos participantes estão compreendidas entre os 49 e os 78 anos de idade.

**Tabela 3***Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra*

<b>Código</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tempo de diagnóstico</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Estado Civil</b>
Hu.	Adenocarcinoma pulmonar	Outubro de 2022	78	M	Casado
H.	Síndrome de Marfan	Agravamento em junho de 2018	48	M	Casado
M	Colangiocarcinoma	Maior de 2022	70	M	Casado
A.	Fibrose Pulmonar	Assintomática até janeiro de 2018	70	F	Casado
E.	Esclerose Lateral Amiotrófica	Julho de 2018	49	M	Casado
J.	Glioblastoma	Agosto 2023	56	M	Casado
Jm.	Adenocarcinoma do esôfago	Diagnóstico em 2021	68	M	-
Mj.	Artrite reumatoide erosiva + Doença pulmonar obstrutiva crônica	-	55	F	Divorciada

Nota. M= Masculino; F= Feminino

### **3.2. Instrumentos**

#### *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress*

O presente estudo utilizou um questionário de autorrelato, sendo essa a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) na sua versão original *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2007.

A EADS-21 permite um rastreio de estados de stress, ansiedade e depressão com uma versão reduzida de 21 itens. As três subescalas são compostas por 7 itens cada, pontuados

separadamente, com respostas descritivas. Por sua vez, cada dimensão é constituída por 7 itens e inclui vários conceitos nomeadamente clínicos e empíricos, sendo os seguintes (Pais-Ribeiro et al., 2007):

- Depressão – Anedonia (item 3), Inércia (item 5), Desânimo (item 10), Disforia (item 13), Falta de interesse ou envolvimento (item 16), Autodepreciação (item 17) e Desvalorização da vida (item 21).
- Ansiedade – Excitação do sistema autónomo (itens 2,4 e 19), Efeitos músculo esqueléticos (item 7), Ansiedade situacional (item 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20)
- Stress – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12), Excitação nervosa (item 8), Facilmente agitado/chateado (item 18), Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11) e Impaciência (item 14)

Cada item conta com quatro opções de resposta, baseada numa escala de Likert de 4 pontos, sendo que 0 representa “*não se aplicou nada a mim*”, 1 a “*aplicou-se a mim algumas vezes*”, 2 a “*aplicou-se a mim de muitas vezes*” e 3 a “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. A cotação da EADS-21 é determinada pela soma dos resultados dos sete itens de cada dimensão, sendo que a pontuação mínima é 0 e a máxima é 21, em que pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A adaptação do EADS-21 para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) foi realizada através de uma amostra por conveniência com indivíduos sem doença ( $n=200$ ). Caracteriza-se por uma boa magnitude dos valores de alpha de Cronbach, com valores encontrados de .93 para a depressão, .83 para a ansiedade e .88 para o stress (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Os autores concluem que a versão portuguesa da EADS-21 é uma medida fiável e válida para avaliar a ansiedade, o stress e a depressão em diferentes contextos médicos e populações de doentes (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Para determinar os níveis de severidade da EADS-21, as pontuações brutas são multiplicadas por 2 para corresponder à escala completa EADS-42 (Lovibond & Lovibond, 1995). São interpretadas da seguinte forma:

**Tabela 4**  
*Caracterização dos Níveis de Severidade da EADS-21*

	Depressão	Ansiedade	Stress
Normal	0-9	0-6	0-10

<b>Leve</b>	10-12	7-9	11-18
<b>Moderada</b>	13-20	10-14	19-26
<b>Severa</b>	21-27	15-19	27-34
<b>Extremamente Severa</b>	28+	20+	35+

---

### *Questionário de vivências valorizadas*

O Questionário de Vivências Valorizadas (QVV) na sua versão original “*Valued Living Questionnaire*” por Wilson and Murrell em 2004, foi adaptado em versão de investigação por Teixeira e Pereira em 2013. São enumerados 10 diferentes domínios da vida valorizados, concretamente: a) família de origem, b) casamento/parceiro/relações íntimas, c) parentalidade, d) amigos/vida social, e) trabalho, f) educação/formação, g) divertimento, h) espiritualidade/significado e propósito da vida, i) cidadania/vida em comunidade e, j) autocuidado físico.

O QVV pede ao participante que avalie, numa escala de Likert de 0 a 10, o grau de importância que atribui a estes domínios da vida, sendo que 0= pouca importância e 10= muita importância.

Na primeira parte o participante avalia o seu próprio sentido pessoal de importância e a segunda parte do questionário avalia o grau de consistência com que, durante a última semana, cumpre ou realiza os valores enumerados na primeira parte. A avaliação também é feita numa escala de Likert de 0 a 10, sendo que 0= não foi coerente com os seus valores e 10=tem cumprido fielmente os seus valores.

É obtida uma pontuação em diferentes subescalas, a saber: a) importância (somatório dos valores obtidos na primeira parte, b) consistência (somatórios dos valores atribuídos na segunda parte, c) “composto vivo valorizado” (calculado do produto do valor de Importância X o valor de Consistência) e d) discrepância (subtraindo ao valor de Importância, a Consistência).

O primeiro estudo realizado por Wilson e Groom em 2002, encontrou uma consistência interna no intervalo  $\alpha = .58$  a  $.83$  em diferentes itens e subescalas. Em 2010, Wilson e colaboradores revelaram uma boa consistência interna na subescala Importância ( $\alpha = .79$ ) e uma consistência adequada na subescala de Consistência ( $\alpha = .58$ ), (Wilson et al., 2010).

### **3.3. Procedimento e recolha de dados**

Durante todo o processo da recolha de dados foram tidos em conta os princípios éticos associados à investigação com seres humanos. A recolha decorreu num centro hospitalar no norte do país, tendo sido submetido o pedido de autorização à respetiva comissão de ética que emitiu parecer positivos, garantindo os cuidados éticos e deontológicos (OPP, 2021).

Antes de iniciar a recolha dos dados, foram explicitados aos participantes os objetivos do estudo, o cariz voluntário e anónimo da sua participação, assim como a possibilidade de desistência do processo, a qualquer momento. Foi entregue o consentimento informado e explicado aos participantes o seu conteúdo.

A administração dos instrumentos da EADS-21 e do VLQ, precede a implementação da Terapia de Sentido de Vida e decorreu entre Abril de 2023 a Maio de 2024.

### **3.4. Tratamento e Análise de dados**

Sendo que o presente estudo é de cariz quantitativo, a análise de dados foi realizada através do *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v.29.0.2.0 (20). A análise de dados foi baseada em estatística descritiva.

Estes procedimentos permitiram o cálculo das médias e desvio padrão obtidos nos diversos questionários. Todos os dados recolhidos foram tratados de forma anónima, utilizando-se códigos a fim de permitir a confidencialidade de todos os participantes (OPP, 2021).

## **4. Resultados**

### ***EADS-21***

Para a apresentação dos resultados da EADS-21 recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos.

### **Tabela 5**

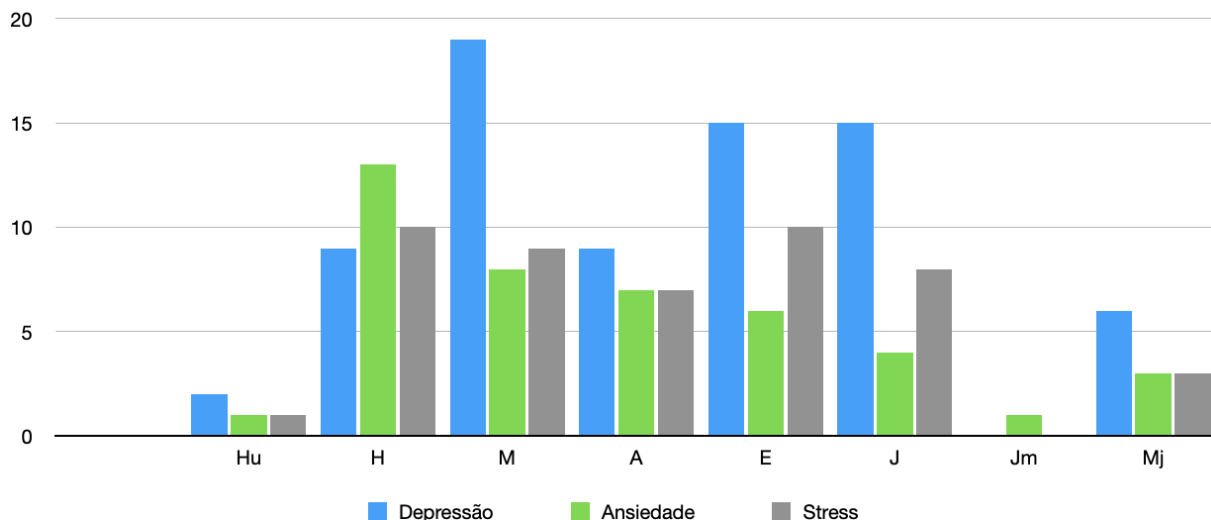
*Médias e Desvio Padrão para cada Subescala da EADS-21*

<b>Participantes</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Stress</b>
HU	2	1	1
H	9	13	10
M	19	8	9
A	9	7	7
E	15	6	10
J	15	4	8
JM	0	1	0
MJ	6	3	3
<b>Média Geral</b>	9,38	5,38	6,00
<b>Desvio Padrão</b>	6,653	4,033	4,071

Na Tabela 5, é possível identificar que a subescala de depressão apresenta globalmente um valor mais elevado (9.38) comparativamente às subescalas de ansiedade (5.38) e de stress (6.00). Todas as subescalas apresentam um desvio padrão alto (6.65 para depressão, 4.03 para ansiedade e 4.07 para stress) indicando dispersão dos resultados.

### **Figura 1**

*Resultados da EADS-21 nos Participantes*



Nota: “Hu”, “H”, “M”, “A”, “E”, “J”, “Jm”, “Mj” representam os códigos dos participantes (Tabela 3)

A Figura 1 permite observar que os níveis individuais de depressão são elevados, tendo 3 participantes (37,5%) com uma pontuação acima dos 10. Segundo as pontuações brutas das médias descritas por Lovibond e Lovibond (1995) para a EADS-21, as pontuações são multiplicadas por 2 para obter os níveis de severidade (Tabela 4). Posto isso, os participantes deste estudo demonstraram uma pontuação média global (Tabela 5) de 18,76 para depressão (correspondente a depressão moderada), 10,76 para ansiedade (correspondente a ansiedade moderada) e 12 para stress (correspondente a stress leve). Na tabela 6 apresentam-se os níveis de severidade de sintomatologia psicopatológica para cada um dos participantes.

**Tabela 6**

*Níveis de Severidade de Sintomatologia Psicopatológica para cada participante e para cada subescala da EADS-21*

	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Stress</b>
<b>Normal</b>	Hu, Jm,	Hu, Jm	Hu, Jm, Mj
<b>Leve</b>	Mj	J, Mj	M, A, J
<b>Moderado</b>	A, H	A, E	H, E
<b>Severo</b>		M	
<b>Extremamente Severo</b>	M, E, J	H	

Nota: “Hu”, “H”, “M”, “A”, “E”, “J”, “Jm”, “Mj” representam os códigos dos participantes (Tabela 3)

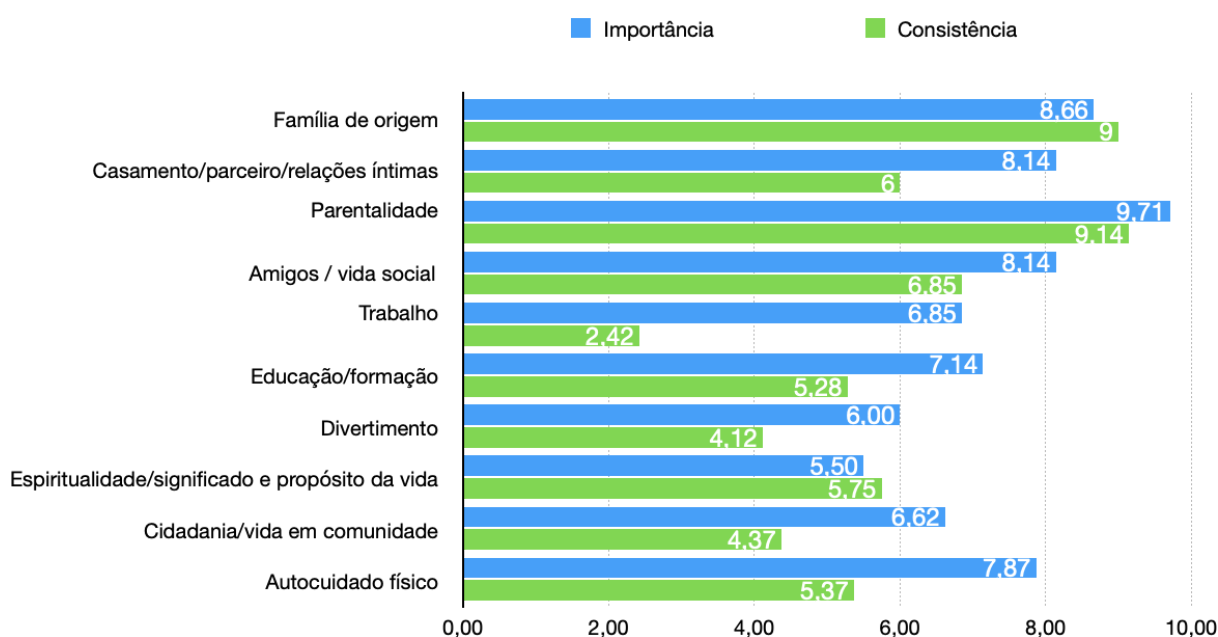
Segundo a Tabela 6, 62,50% dos participantes apresentam níveis “Moderado” e “Extremamente Severo” de depressão, 50% apresentam níveis “Moderado”, “Severo” e “Extremamente Severo” de ansiedade e 25% apresentam nível “Moderado” de stress.

### *QVV*

Para a apresentação dos resultados do QVV recorreu-se igualmente ao uso de tabelas e gráficos. A avaliação do QVV na subescala da Importância é feita através de uma escala de Likert de 0 a 10, sendo que 0= valor nada importante e 10=valor extremamente importante. A subescala de Consistência recorre a escala de Likert de 0 a 10, sendo 0= significa que as suas ações não foram coerentes com os seus valores e 10= significa ter cumprido fielmente os seus valores.

**Figura 2**

*Comparação Entre a Média Global obtida na subescala Importância e a média global obtida na subescala Consistência nos Vários Domínios da Vida*



A análise dos dados destaca na subescala de importância quatro domínios da vida com níveis muito altos de importância (>8), sendo essas “Parentalidade” (9,71), “Família de origem” (8,66), “Casamento/Casal/Relações íntimas” (8,14) e “Amigos/Vida Social” (8,14).

Os domínios da vida “Autocuidado (7,87), “Educação/formação” (7,14), “Trabalho” (6,85) e “Cidadania/vida em comunidade” (6,62) apresentam na subescala importância valores entre 6,5 à 8 correspondente a níveis altos de importância. Os domínios da vida “Divertimento” (6,00) e “Espiritualidade/significado e propósito da vida” (5,5) apresentam na subescala de Importância uma pontuação média entre 5 - 6,5 que são considerados como níveis moderados. Nenhuma das dimensões apresenta níveis baixos (<5) na valorização, dados pelos participantes.

A Figura 2 destaca ainda os valores obtidos na subescala de Consistência para cada domínios da vida, considerando os níveis avaliados como (>8) a níveis muito altos de Consistência, (6,5 à 8) a níveis altos de Consistência, (5 - 6,5) a níveis moderados de Consistência e (<5) a níveis baixos de Consistência. Segundo a Figura 2, os níveis muito altos de consistência são representados nos domínios “Família de origem” (9,00) e “Parentalidade” (9,14).

Contrariamente à subescala de Importância que não apresentou nenhum domínios com níveis baixos de valorização, na subescala de Consistência é possível destacar três domínios da vida que apresentam níveis baixos (<5), sendo “Trabalho” (2,42), “Divertimento” (4,12) e “Cidadania/vida em comunidade” (4,37).

Na sua globalidade, a Figura 2 demonstra que os domínios “Família de origem” e “Espiritualidade/significado e propósito da vida” tendem a ser mais valorizados na última semana, sendo que os participantes desenvolvem mais ações consistentes nesses domínios ao detrimento de domínios tais como “Trabalho”, “Divertimento”, “Cidadania/vida em comunidade” e “Autocuidado Físico, nos quais é apresentada maior discrepância.

As médias e os desvios-padrão das subescalas de Importância, Consistência e Composto Vivo Valorizado para cada domínio da vida, podem ser vistos na Tabela 7.

**Tabela 7**

*Média Geral e Desvio Padrão dos resultados obtidos nas Subescalas de Importância, Consistência e Composto Vivo Valorizado*

Domínio da Vida	Importância		Consistência		Composto Vivo Valorizado	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Família de origem</b>	8,66	2,815	9	2,449	76,66	36,57
<b>Casamento/parceir</b>	8,14	2,774	6,00	4,082	57,57	43,00

**o/relações íntimas**

<b>Parentalidade</b>	9,71	0,462	9,14	1,864	89,28	20,04
<b>Amigos / vida social</b>	8,14	1,727	6,85	2,267	58,75	27,57
<b>Trabalho</b>	6,85	3,990	2,42	3,270	19,71	37,21
<b>Educação/formação</b>	7,14	3,202	5,28	3,507	35,57	33,24
<b>Divertimento</b>	6,00	3,585	4,12	4,176	22,25	33,78
<b>Espiritualidade/significado e propósito da vida</b>	5,50	3,526	5,75	4,062	43,25	38,80
<b>Cidadania/vida em comunidade</b>	6,62	3,205	4,37	3,764	35,12	36,00
<b>Autocuidado físico</b>	7,87	2,996	5,37	3,877	47,25	37,91

Nota: M= Média; DP: Desvio Padrão

O Composto Vivo Valorizado foi calculado do produto do valor de Importância pelo o valor de Consistência. O valor médio dos domínios da vida valorizados distribui-se normalmente em torno de uma média de 64,21, com um desvio-padrão de 15,41 (Wilson, Sandoz & Kitchens, 2010). Como se pode ver na Tabela 7, as médias do Composto Vivo Valorizado para os vários domínios da vida variaram entre 19,71 (indicando níveis baixos para o domínio de vida “Trabalho”) e 89,28 (indicando níveis elevados para o domínio de vida “Parentalidade”). Nesse sentido, os domínios “Parentalidade” (89,28) e “Família de origem” (76,66) apresentam níveis altos de valorização pelos participantes, enquanto os domínios da vida “Trabalho” (19,71) e “Divertimento” (22,25) apresentam níveis muito baixos de valorização.

Devido ao número de participantes do estudo ser reduzido, foi realizada uma análise casuística representada nas Tabelas 8, 9 e 10 (Anexos), que, contudo, não demonstrou nenhuma pista ou regularidade considerando as subescalas de Importância versus Consistência e Discrepância na sua relação com os níveis de severidade encontrados na EADS-21.

## 5. Discussão

A discussão deste presente estudo foi realizada de forma reflexiva e seguiu a ordem dos objetivos e da apresentação dos resultados.

O primeiro objetivo do estudo é identificar os níveis de sintomatologia psicopatológica em indivíduos com doença terminal. O estudo mostra que os estados de depressão identificados pela EADS-21 são um problema prevalente entre os doentes em CP, com 62,50% dos participantes com níveis moderados a extremamente severos, incluindo 37,5% com níveis de severidade extremamente severos. Este facto realça a importância de abordar e intervir na depressão dos doentes nos CP, sendo que este problema continua a ser uma doença pouco investigada, pouco diagnosticada e pouco tratada neste contexto (Julião e Barbosa, 2011). Os mesmos autores apontam que a doença terminal leva à perda de identidade pessoal, o que contribui para a depressão (Julião e Barbosa, 2011). Sugere-se que a perda de identidade provocada pela doença e as consequências psicossociais na vida dos doentes (eg., perda de trabalho, incapacidade física), podem resultar em stress emocional significativo, que leva a sentimentos de desespero e tristeza. Nesse sentido, defende-se a importância dos profissionais de saúde estarem atentos ao estado psicológico dos doentes, promovendo intervenções psicossociais adequadas (Mitchell et al., 2011).

No que se refere à ansiedade, o estudo aponta que cerca de 50% dos participantes apresentam níveis moderados a extremamente severos de ansiedade, um resultado que não deve ser negligenciado. A ansiedade é uma perturbação muito prevalente e incapacitante nos doentes terminais, conduzindo a uma baixa qualidade de vida. A ansiedade nos CP é uma reação expectável devido às consequências ligadas à doença terminal e a progressão do fim de vida (Irwin & Hirst, 2024).

Relativamente ao stress, o estudo não aponta para níveis significativos, pois todos os participantes apresentam níveis normais a moderados de stress. Contudo, o estudo de Blanckenburg e Leppin (2018) afirma que o stress, quando relacionado a uma componente existencial, pode se manifestar em uma perda de dignidade.

O segundo objetivo deste estudo é identificar os domínios da vida valorizados pelos indivíduos com doença terminal. Foi verificado que os domínios “Família de origem” e “Espiritualidade/significado e propósito da vida” são os domínios mais valorizados durante essa fase da vida, mesmo que se detete uma discrepância entre o grau de valorização da importância atribuído no início, comparativamente a valorização atribuída durante a última

semana. Os resultados encontrados vão de acordo com a evidência demonstrada pela revisão sistemática e metanálise realizada por Edmondson e colaboradores (2019), onde os domínios “Família de origem” e “Espiritualidade/significado e propósito de vida” apresentaram os mesmos graus de consistência. Por conseguinte, podemos refletir sobre o papel que a família ocupa na cultura portuguesa e os laços familiares que são valorizados. Pereira e Alves da Silva (2013) salientam que a família é vista como a principal fonte de apoio e segurança, e discute o sistema de família alargada em Portugal, onde várias gerações vivem frequentemente juntas ou próximas, o que reforça a importância da interdependência. Estes resultados indicam uma ligação cultural em torno da importância da família para a população portuguesa e a forte ênfase da espiritualidade durante este período difícil da vida.

O estudo permitiu identificar que alguns domínios da vida tais como “Trabalho”, “Divertimento” e “Cidadania/vida em comunidade” foram desinvestidos pelos participantes. Estes resultados podem ser interpretados como uma consequência natural da mudança provocada pela doença terminal. A progressão da doença terminal não permite ao doente continuar o seu trabalho, ou participar em atividades diversas da vida devido ao deterioramento físico e a perda de autonomia. Um estudo longitudinal entre doentes em cuidados paliativos em Portugal, elaborado por Vancini e Pereira (2021), demonstrou que a doença terminal provoca nos doentes um sentimento de perda de autocontrolo e de independência, contribuindo para sentimentos de impotência e desespero. Esta mudança na perda de papéis sociais pode potencialmente aumentar o risco de sintomatologia psicológica e traz, por sua vez, riscos de fragilidade emocional e de identidade para os doentes.

A revisão sistemática de Kawashima e Evans (2023) mencionada previamente demonstrou que os doentes em CP demonstram necessidades diversas e subjetivas, sendo as mais identificadas o controle dos sintomas físicos e psicológicos, a promoção do estado funcional do indivíduo e o aumento da qualidade de vida dos doentes. O presente estudo promove várias implicações associadas para os CP, relativamente às necessidades dos doentes com doença terminal, ao papel do psicólogo na promoção do bem-estar global dos doentes e a pertinência das intervenções psico-existenciais para o aumento da qualidade de vida e do estado emocional do doente.

A investigação permitiu realçar o impacto psicológico, emocional e social nos doentes em CP face ao viver com uma doença oncológica ou crônica ao quotidiano. Estes indivíduos necessitam de vários recursos e apoio a fim de responder às suas necessidades específicas, as quais foram identificadas como sendo: a) a promoção de cuidados psicológicos para lidar com

a depressão, a ansiedade e o stress, b) o apoio espiritual para lidar com as preocupações existenciais recorrentes e, c) a promoção do senso de dignidade e identidade, e d) a promoção de relações sociais entre o doente e os seus entes queridos.

A promoção dos cuidados psicológicos é vital para doentes em CP. Segundo Ann-Yi e Bruera (2022), os CP apresentam limitações nas suas equipas de recursos humanos na área da psicologia, mais especificamente a falta de psicólogos treinados em psicoterapia psicoexistencial. Isso pode ser devido à falta de consideração pela parte das instituições ao estado psicológico dos doentes, focalizando-se maioritariamente no controlo de sintomas físicos. No entanto, é necessário enfatizar a importância da contingência desses sintomas psicológicos, já que a literatura demonstra que os sintomas como a ansiedade e a depressão são associados com o aumento da mortalidade (Sullivan et al., 2016; Bougea et al., 2019; Gomes et al., 2021). Potencialmente, o papel do psicólogo nestas situações é trazer uma oferta de terapias psico-existenciais e apoio psicológico para ajudar os doentes a aumentar o seu bem-estar emocional. Nesse sentido, as terapias psico-existenciais podem não só promover a relativização do sofrimento emocional, como também facilitar o sentido e propósito de vida do indivíduo através da auto-realização, promover a auto-consciência em si mesmo e promover o conforto existencial face à inevitabilidade da morte (Deurzen-Smith, 1996; Teixeira, 2006).

Os resultados apontam ainda para a importância da dimensão da espiritualidade, dado que o apoio espiritual torna-se crucial uma vez que ajuda os doentes a lidar com preocupações existenciais recorrentes em torno da doença, ao medo de morrer e ao legado. O estudo realizado por Karaman e Yildirim (2021) examinou a relação entre os cuidados espirituais e o significado da vida em pacientes com cancro avançado, destacando a sua importância nestes contextos, pois promovem o significado de vida, a esperança e melhora a vivência dos indivíduos e das famílias face aos desafios da doença terminal. As vivências subjetivas ao significado existencial são complexas (Ann-Yi et al., 2018), demonstrando o papel importante do psicólogo nestas necessidades e contextos. Nesse sentido, a implementação das terapias psico-existenciais podem potencialmente ajudar os doentes a alcançar esse bem-estar existencial e espiritual (Rudilla et al., 2018).

A dignidade e a identidade do doente é igualmente importante, uma vez que pode promover um sentimento de baixa autoestima e tristeza. A revisão sistemática de Gade e colaboradores (2021) verifica que a dignidade nos CP envolve vários fatores, incluindo o respeito pela autonomia do indivíduo, a manutenção do conforto físico e a preservação da sua

identidade pessoal. Nesse sentido, podemos refletir sobre a importância do papel do psicólogo na promoção da dignidade dos utentes mas também da importância das terapias psico-existenciais. Segundo Staats e colaboradores (2020) as intervenções psico-existências contribuem para a diminuição do sofrimento associado a dignidade, a falta de esperança e a sentimentos de desvalorização. Assim, ao possibilitarmos a promoção de dignidade e identidade em pacientes nos cuidados paliativos, estamos potencialmente a promover a qualidade de vida e a diminuir sintomatologia psicológica que está interligada com sentimentos de dignidade fraturados.

Por último, a manutenção das relações sociais entre o doente e os seus entes queridos não só proporciona apoio emocional, como também contribui para um sentimento de segurança e conforto promovendo os papéis familiares, como exemplo de parentalidade e de casal. O nosso estudo realça a importância dos domínios da vida “Família de Origem” e “Parentalidade” como sendo um domínio extremamente valorizado pelos utentes mas também extremamente desenvolvido nas ações de consistência. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2006) determinou que um dos critérios essenciais para responder às necessidades dos doentes nos serviços paliativos era a utilização de abordagens para responder às necessidades dos pacientes e das suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. Nesse sentido, entendemos e refletimos sobre o papel crucial da família, no suporte emocional e no conforto do utente. A integração da família nas intervenções psico-existenciais e no acompanhamento do paciente pode potencialmente proporcionar uma diminuição de sentimentos negativos relativamente ao medo de morrer sozinho. Além disso, podemos hipotetizar que a implementação da Terapia Sentido de Vida poderia através do seu documento legado e da reconciliação ajudar a diminuir os sentimentos negativos e sensações do doente de ser um fardo para a família, focalizando em aspectos mais positivos tais como o alívio de sentimentos de culpa.

Se atenta para a importância de se considerar algumas limitações do estudo pois, os participantes não sugerem generalização da população em estudo, considerando sua dimensão reduzida (Moher et al., 2010). Adicionalmente, os participantes, para além de apresentarem diagnósticos de doença terminal e estarem sob tratamento psicofarmacológico, podiam ter comorbidades de patologias físicas, o que por sua vez podem ter parasitado as variáveis.

## **6. Conclusão**

O psicólogo necessita de ter uma compreensão exaustiva da complexidade de cada doente, e proporcionar uma intervenção eficaz relacionada com os seus valores. Os significados que os indivíduos dão aos eventos que vivenciam ao longo da vida são de alguma forma relacionados com a construção da sua identidade, com o entendimento que têm de si próprios e com o seu comportamento (Reischer & Beverley, 2019).

Os domínios da família e da espiritualidade têm vindo a ser identificados como as principais dimensões onde são devolvidas ações consistentes pelos doentes em CP. A utilização do QVV permite identificar os domínios em que os doentes tendem a valorizar quando estão parentes à ameaça da morte, e quais domínios tendem a ser descartados, dando assim, possíveis pistas de intervenção.

O psicólogo deve promover a qualidade de vida do doente, focalizando na diminuição de sintomatologia depressiva e ansiosa.

A importância dos familiares no contexto paliativo e o seu reconhecimento como parte integrante (OMS, 2002) demonstra a necessidade de investigar mais profundamente sobre as dinâmicas familiares e o impacto cultural na população portuguesa e como isso pode se tornar um fator protetor contra a psicopatologia encontrada em doentes nos CP.

Por fim, podemos concluir que este estudo permitiu refletir acerca das necessidades dos doentes em contexto paliativo, integrando as suas vivências valorizadas. Sugere-se como possível linha futura de investigação a exploração mais extensa dos domínios da vida e a sua valorização, assim como a sua relação com a sintomatologia psicopatológica. Também se indica pela exploração dos domínios da família e da espiritualidade como possíveis ferramentas na intervenção psicoexistencial.

## 7. Referências:

- Abbey, J., Froggatt, K., Parker, D., & Abbey, B. (2006). Palliative care in long-term care: A system in change. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 56–63.
- Agich, G. J. (2007). *Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care*. Cambridge University Press.
- Aoun, S. M., Breen, L. J., O'Connor, M., et al. (2012). A public health approach to bereavement support services in palliative care. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(1), 14–16. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00825.x>
- Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, DD., Agosta, M., Williams, JL., et al. (2018) Characteristics and outcomes of psychology referrals in palliative care department. *J Pain Symptom Manag.*
- Lee, A.-Y., & Bruera, E. (2022). Addressing Psycho-existential Stress in Advanced Cancer. *Psycho-Oncology*, 103(1), 162-165.
- Antunes, B., Rodrigues, P. P., Higginson, I. J., & Ferreira, P. L. (2020). Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the Integrated Palliative Care Outcome Scale – a multi-centre study. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00571-8>
- Atkin, N., Vickerstaff, V., & Candy, B. (2017). 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC palliative care*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0245-5>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), “Organização de serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos-recomendações da APCP”, (Online). Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/critriosdequalidade-2006-apcp.pdf>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (s.d.). Campanha 2022.
- Bauereiß, N., Obermaier, S., Obermaier, E, S. Baumeister & H. (2018) Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Wiley. Review. Accepted: 21 June 2018. DOI: 10.1002/pon.4829
- Bianke, P., Keubo Nguepy, R. & Chmielewska, K. (2017). Le sens de la mort dans le contexte des soins palliatifs et de l'accompagnement: Question à partir de trois situations cliniques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 32, 23-29. <https://doi.org/10.3917/inka.171.0023>
- Blanckenburg, T., & Leppin, A. (2018). Existential issues in palliative care: an overview. *Palliative Medicine*, 32(4), 675-684.
- Bougea, A. E., et al. (2019). Prevalence of depression in palliative care patients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(1), e028798.

- Brunelli, E., Comacchio, B., Fusi, S., & Stefenelli, A. (2018). Psychological impact of a diagnosis of advanced cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1396-1407. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>
- Butler R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529–535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>
- Butler, R. N., & Ciarleglio, C. L. (2012). The role of life review therapy in coping with terminal illness: A review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 10(2), 125-133.
- Butler, R. N., & Moody, H. R. (2012). *Life review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), pag.640.
- Carneiro, L. (2022). *Gestão do Stress em Pacientes com Doença Oncológica: Uma Intervenção Baseada na Realidade Virtual*. ESEC Politécnico de Coimbra.
- Cardoso, A. R.; Remondes-Costa, S.; Veiga, E.; Almeida, V.; Rocha, JC.; Teixeira, RJ.; Macedo, G.; Leite, M. (2023). Meaning of Life Therapy: a Pilot Study of Novel a Psycho-Existential Intervention for Palliative Care in Cancer. *OSF Preprints*, 29. <https://osf.io/2bnsx/>.
- Center to Advance Palliative Care. About Palliative Care <https://www.capc.org/about/palliative-care/> (2020)
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care - A new model for palliative care—Helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253– 2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, et al. (2007) Burden to others and the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management* 34(5), 463– 471. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.12.012
- Chochinov, M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., Harlos, M. (2008). Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*. Original Report. Volume 23, number 24. August 20, 2005.
- Clarke, D. M., McLeod, J. E., Smith, G. C., & Bathurst, K. (2006). The impact of receiving a diagnosis of cancer: Patient and family perspectives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 39-55. [https://doi.org/10.1300/J077v24n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J077v24n02_03)
- Deurzen, E. (1996). *Terapia Existencial: Uma Abordagem Psicológica para o Sofrimento*. In P. Kugler (Ed.), *Terapias Existenciais* (pp. 21-42). Porto Alegre, Brazil: Artes.

- Da Ros Motta, L. T., Coutinho, M. T. F., & Pacheco, G. D. P. (2019). Psychological and psychiatric symptoms in terminally ill cancer patients in acute pain. *Palliative & Supportive Care*, 17(6), 664-671.
- De Vries, M., & Stiefel, F. (2018). Psychotherapy in the Oncology Setting. In U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp- 143-161). Springer Cham.
- Edmondson, A. J., MacLeod, R., Hill, R., & Arthur, A. (2019). The integration of acceptance and commitment therapy with palliative care interventions: A systematic review and meta-analysis. *Palliative & Supportive Care*, 17(6), 728-736
- European Association For Palliative Care. (2022) EAPC Strategy 2022-2025. March 2022.
- Fortin, M. F. 1999. Processo de Investigação: da Concepção à Realização. *Lusociência*. 17-120.
- Gade, L., et al. (2021). Achieving dignity in palliative care: a systematic review and content analysis of the literature and guidelines. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-9.
- Garcia, C. B., Ospina-Pinillos, L., Posada-López, A., & Tovar-Restrepo, M. (2020). Meaning of Life in People With Terminal Cancer and the Importance of Their Caregivers: A Qualitative Study. *Omega-Journal of Death and Dying*, 82(3), 486-502.
- Garrigos, A., Conill, C., Saiz, N., et al. (2002). Symptom prevalence in the last week of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(6), 328-331.
- Gomes, B., et al. (2021). The burden of depressive symptoms in palliative care: A systematic review and meta-synthesis. *Palliative Medicine*, 35(5), 907-921.
- Gulliford, M. (2019). Dignity in palliative care: A matter of perspective. *European Journal of Palliative Care*, 26(3), 100-101
- Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (2011). Palliative care for older people: Better practices. Denmark: World Health Organization, WHO Regional Office for Europe.
- Hesse, M., Forstmeier, S., Cuhls, H. et al. Volunteers in a biography project with palliative care patients – a feasibility study. *BMC Palliat Care* 18, 79 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0463-0>
- Higginson, I. J., & Sen-Gupta, G. J. (2000). Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3(3), 287-300.
- Ho, A. H. Y., Car, J., Ho, M. R., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., Patinadan, P. V., ... & Krishna, L. K. R. (2017). A Novel Family Dignity Intervention for Enhancing and Informing Holistic Palliative Care in Asia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-8. DOI: 10.1186/s13063-017-2325-5
- Huang, M.-H., Wang, R.-H., & Wang, H.-H. (2020). Effect of life review on quality of life in terminal patients. *Journal of Nursing Research*, 28(2), 1. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000335>
- Hudson, P., & Payne, S. (2011). Family caregivers and palliative care: Current status and agenda for the future. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 864-869.

- Irving, B. N., & Smith, D. M. (2016). The role of existential distress in the assessment of psychological suffering in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 19(5), 516-521.
- Irwin, A. S., & Hirst, M. J. (2024). Overview of Anxiety in Palliative Care. *MediMedia*. Literature review current through: Jan 2024.
- Jansen, K., Schaufel, M. A., & Ruths, S. (2020). Family caregivers in palliative care: A systematic review on the needs of patients, relatives, and professionals. *Palliative & Supportive Care*, 18(5), 629-642. DOI: 10.1017/S1478951520000226.
- Julião, S. A. (2007). The psychological aspects of end-of-life care. In R. W. Twyford (Ed.), *Palliative care in practice* (pp. 125-135). Radcliffe Medical Press.
- Julião, M., Barbosa, A. (2011) Depressão em Cuidados Paliativos: Prevalência e Avaliação. *Artigos de Revisão. ACTA MED port* 2011. 24(S4): 807-818
- Julião, M. (2014). Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado. [Doctoral Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11700>
- Julião, S. A., Pereira, A. I., & Alves, A. R. (2017). Acompanhamento psicológico em cuidados paliativos.
- Karaman, S., & Yıldırım, N. (2021). The Relationship Between Spiritual Care, Meaning in Life, and Hope in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(3), 244-251
- Kawashima, A., & Evans, C. J. (2023). Needs-based triggers for timely referral to palliative care for older adults severely affected by noncancer conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC palliative care*, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01131-6>
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.
- Kozlov, E., Phongtankuel, V., Prigerson, H., Adelman, R., Shalev, A., Czaja, S., Dignam, R., Baughn, R., & Reid, M. C. (2019). Prevalence, Severity, and Correlates of Symptoms of Anxiety and Depression at the Very End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(1), 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.012>.
- Lee, V., & Loiselle, C. G. (2012). The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliative & Supportive Care*, 10(2), 123-133.
- Li, Y., Li, X., Hou, L., Cao, L., Liu, G., & Yang, K. (2020). Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234-246. <https://doi.org/10.1002/da.22980>
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation. 12-14.
- Martins, H.; Silva, R.S.; 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>

- Matos, J., Querido, A., & Laranjeira, C. (2024). Spiritual Care through the Lens of Portuguese Palliative Care Professionals: A Qualitative Thematic Analysis. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *14*(2), 134. <https://doi.org/10.3390/bs14020134>
- McMullen, M., K.H. P., Lau., Taylor, S., McTigue, J., Angus Cook, Marion Bamblett, Arman Hasani, Claire E. Johnson. (2018) Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. *Applied Nursing Research*. Volume 40. Pages 45-50. ISSN 0897-1897. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.002>.
- Mitchell, M. L., Fraser, V. J., Thompson, D. R., et al. (2011). Impact of stress and burnout on clinical performance among primary care providers. *Journal of the American Medical Association*, *306*(4), 369-376.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., et al. (2010). Consort 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Journal of clinical epidemiology*, *63*(8), 834-840.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2019). Linhas de Orientação para a prática profissional: Cuidados paliativos. Ordem dos Psicólogos. [www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2020). Fact Sheet Sobre Ansiedade. 09.novembro.2020
- Ozdemir, A., Ng, S., Wong, W. H. M., Teo, I., Malhotra, C., Mathews, J. J., Joad, A. S. K., Hapuarachchi, T., Palat, G., Tuong, P. N., Bhatnagar, S., Ning, X., Finkelstein, E. A. (2022). Advancer Cancer Patients' Prognostic Awareness and Its Association With Anxiety, Depression and Spiritual Well-Being: A Multi-Country Study in Asia. *Clinical Oncology*, *34*(6), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.11.041>
- Pais-Ribeiro, J., Raposo, B., Mendes-Soares, H., et al. (2004). Psychosocial interventions in chronic physical illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *185*, 361-367.
- Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):225–37. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>.
- Palliative Care In Cancer - National Cancer Institute. (2021, August 30). Palliative care. Cancer.gov. Retrieved January 13, 2024, from [<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>].
- Pennebaker, J. W. (2004). *Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. New Harbinger Publications.
- Pereira, V., & Alves da Silva, I. (2013). The centrality of family in Portuguese culture. *Journal of Family Studies*, *19*(4), 397-408.
- Perusinghe, M., Chen, K. Y., & McDermott, B. (2021). Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of palliative medicine*, *24*(5), 767–781. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0659>

- Prorok, J. C., & Hassenfeld, I. N. (1983). Biographical interviews with older adults: A primer. *The Gerontologist*, 23(4), 393-397.
- Reed, P. G., & Reed, G. P. (2018). Self-transcendence theory. In: Alligood M.R., editor. *Nursing Theorists and Their Work*. 9th ed. Mosby Elsevier; Toronto, ON, Canada: 2018. pp. 463–476.
- Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of health psychology*, 24(3), 279–287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>
- Reischer, R. J., & Beverley, A. J. (2019). Spiritual life stories in palliative care: A case study analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 345-355.
- Ribeiro, T. (2020). Ansiedade e Depressão em Doentes em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina em Cuidados Paliativos. Porto, 2020.
- Roikjær, J. B., Missel, M., Bergenholtz, H., Nanna & Schønau, N. M. (2019). The use of personal narratives in hospital-based palliative care interventions: An integrative literature review. *ResearchGate*. August 2019 *Palliative Medicine* 33(10):026921631986665 DOI:10.1177/0269216319866651
- Rosário, J. M. (2020). O Processo de Hospitalização: Desafios e Perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20200018.
- Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Pessin, H., Applebaum, A., Brescia, R., & Breitbart, W. (2017). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative Medicine*, 31(2), 140–146. <https://doi.org/10.1177/0269216316651570>
- Rudilla, D., Martín, M. S., Sánchez, P., et al. (2018). Existential issues in palliative care. *Psychology & Health*, 33(3), 329-343.
- Saunders, C. (1967). *The management of terminal illness*. London: Hospital Medicine Publications.
- Saracino, R. M., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Chochinov, H. M. (2019). Psychotherapy at the End of Life. *The American Journal of Bioethics*, 19(12), 19–28. doi:10.1080/15265161.2019.1674552
- Scarton, L. J., Boyken, L., Lucero, R. J., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. J. (2019). Effects of dignity therapy on family members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), 542–547. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000469>
- Silva, G. (2010). O método científico na psicologia: abordagem qualitativa e quantitativa. O portal dos psicólogos. Documento produzido em 21-11-2010.
- Sewtz, C., Muscheites, W., Grosse-Thie, C., Kriesen, U., Leithaeuser, M., Glaeser, D., Hansen, P., Kundt, G., Fuellen, G., & Junghanss, C. (2021). Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. *Annals Of Palliative Medicine*, 10(4), 3836-3846. doi:10.21037/apm-20-1346
- Silva, M. D., & Lima, C. F. (2018). O papel do cuidador familiar na qualidade de vida do doente em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 93-100.
- Söderman, A., Östlund, U., Werkander Harståde, C., & Blomberg, K. (2020). Dignity-conserving care for persons with palliative care needs — identifying

- outcomes studied in research: An integrative review. *Palliative and Supportive Care*, 18, 722–740. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000139>
- Spinelli, E. (2005). *Practicing Existential Psychotherapy: The Relational World*. Sage Publications.
- Staats, B., Aoun, S. M., & Higginson, I. J. (2020). A scoping review of spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-14.
- Sullivan, A., Harlos, M., & Kristjanson, L. J. (2016). Integrating psychological care into palliative care: current status and future directions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(2), 191-196.
- Teixeira, J. A. (2006). Introdução à Psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 289–309.
- Thomas, L. P. M., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014). Meaning-centered Psychotherapy: A form of Psychotherapy for patients with cancer. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 488. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0488-2>
- Van Der Steen, J. T., Bloomer, M. J., & Martins Pereira, S. (2022). The importance of methodology to palliative care research: A new article type for *Palliative Medicine*. *Palliative Medicine*, 36(1), 4-6.
- Vancini, K., & Pereira, V. (2021). Autonomy and terminal illness: A longitudinal study among palliative care patients in Portugal. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 1749-1760.
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2017). Dignity therapy and life review for palliative care patients: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., Ward, S., & Wells, J. (Eds.). (2019). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford University Press, USA.
- Wilson, K. G., Pakenham, K. I., & Backhouse, S. H. (2002). Measuring quality of life among older adults with severe mental illness.
- Wilson, K. G., Pakenham, K. I., & Backhouse, S. H. (2004). Valued living questionnaire (VLV): Measuring quality of life for people with serious mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-12.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.
- Witt, W. P., Jacobson, V., & Malley, A. (2022). Assessing valued living in palliative care patients: A review and empirical evaluation. *Palliative Medicine*, 36(2), 269-278
- Wong, P. T. P., & Yu, T. T. F. (2021). Existential Suffering in Palliative Care: An Existential Positive Psychology Perspective. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(9), 924. <https://doi.org/10.3390/medicina57090924>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva:

- World Health Organization/Worldwide Palliative Care Alliance (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London: Worldwide Palliative Care Alliance. Retrieved from: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) )
- World Health Organization. (2018). Manual de Cuidados Paliativos da Organização Mundial da Saúde. Geneva, Switzerland: World Health Organization
- World Health Organization. (2021, October 12). WHO's Newsletter: Implementing World Health Assembly Resolution on Palliative Care. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/12-10-2021-implementing-world-health-assembly-resolution-on-palliative-care> (accessed on March 27, 2022).
- Yalom, I. D. (1980). Existential Psychotherapy. BasicBooks.

## 8. Anexos

### 8.1. Tabela 8

Tabela 8

Resultados individuais das subescalas de Importância, Consistência e discrepância no QVV

	Hu	H	M	A	E	J	Jm	Mj
<b>Família de origem</b>								
<i>Imp.</i>	10	10	10	10	2	10	8	10
<i>Cons.</i>	4	10	10	10	10	-	-	10
<i>Dis.</i>	6**	0	0	0	-8*	-	-	0
<b>Casamento/parceiro/relações íntimas</b>								
<i>Imp.</i>	10	10	10	10	9	10	3	5
<i>Cons.</i>	5	10	10	10	5	-	1	1
<i>Dis.</i>	5**	0	0	0	4**	-	2	4**
<b>Parentalidade</b>								
<i>Imp.</i>	10	10	9	10	9	10	10	10
<i>Cons.</i>	9	10	10	10	5	-	10	10
<i>Dis.</i>	1	0	-1*	0	4**	-	0	0
<b>Amigos / vida social</b>								
<i>Imp.</i>	9	9	9	9	5	8	10	6
<i>Cons.</i>	9	8	5	7	5	-	10	4
<i>Dis.</i>	1	1	4**	2	0	-	0	2
<b>Trabalho</b>								
<i>Imp.</i>	10	9	1	10	1	10	10	7
<i>Cons.</i>	2	1	1	1	1	-	10	1
<i>Dis.</i>	8**	8**	0	9**	0	-	0	6**
<b>Educação/formação</b>								
<i>Imp.</i>	9	9	7	10	1	-	9	5
<i>Cons.</i>	3	8	8	7	1	-	9	1
<i>Dis.</i>	6**	1	-1*	3	0	-	0	4**
<b>Divertimento</b>								
<i>Imp.</i>	9	9	5	1	1	8	5	10
<i>Cons.</i>	1	8	1	1	1	1	9	10
<i>Dis.</i>	8**	1	4**	0	0	7**	-4*	0

**Espiritualidade/s  
significado e  
propósito da  
vida**

<i>Imp.</i>	3	1	5	10	1	8	9	7
<i>Cons.</i>	1	1	7	10	1	8	8	10
<i>Dis.</i>	2	0	-2*	0	0	0	1	-3*

**Cidadania/vida  
em comunidade**

<i>Imp.</i>	5	6	8	9	1	10	10	4
<i>Cons.</i>	5	1	9	7	1	1	10	1
<i>Dis.</i>	0	5**	-1*	2	0	9**	0	3

**Autocuidado  
físico**

<i>Imp.</i>	9	8	10	10	1	8	7	10
<i>Cons.</i>	9	1	9	7	1	1	10	5
<i>Dis.</i>	0	7**	1	3	0	7**	-3*	5**

Nota: Imp=Importância; Cons=Consistência; Dis=Discrepância; \*=Um valor negativo indica o desenvolvimento de ações orientadas para uma determinada dimensão à qual não foi inicialmente atribuída uma valorização na ponderação de importância; \*\*= Um valores positivos > ou = a 4 indica uma valorização determinada como importante à qual não foi desenvolvida ações orientadas para uma valorização na consistência.

## 8.2. Tabela 9

### Tabela 9

*Resultados individuais na subescala Discrepância na VVQ*

	Hu	H	M	A	E	J	Jm	Mj	Média Global	Desvio Padrão
<b>Família de origem</b>	6	0	0	0	-8	-	-	0	-1.00	9.899
<b>Casamento/parceiro/relações íntimas</b>	5	0	0	0	4	-	2	4	2.14	2.19
<b>Parentalidade</b>	1	0	-1	0	4	-	0	0	.571	1.61
<b>Amigos / vida social</b>	1	1	4	2	0	-	0	2	1.28	1.49

<b>Trabalho</b>	8	8	0	9	0	-	0	6	4.42	4.23
<b>Educação/ formação</b>	6	8	-1	3	0	-	0	4	2.85	3.38
<b>Divertime nto</b>	8	8	4	0	0	7	-4	0	2.28	4.53
<b>Espirituali dade/signif icado e propósito da vida</b>	2	0	-2	0	0	0	1	-3	-2.85	1.70
<b>Cidadania/ vida em comunida de</b>	0	5	-1	2	0	9	0	3	1.28	2.13
<b>Autocuida do físico</b>	0	7	1	3	0	7	-3	5	1.85	3.38

Nota: Um valor negativo indica o desenvolvimento de ações orientadas para uma determinada dimensão à qual, contudo não foi inicialmente atribuída uma valorização na ponderação de importância; valores positivos indicam lacuna entre o que é valorizado e o que é realizado.

### 8.3. Tabela 10

#### Tabela 10

*Análise Individual da Importância versus Consistência e sua Relação com os Níveis de Severidade dos indicadores de psicopatologia na EADS-21*

<b>Códigos</b>	<b>Valorização determinada como importante à qual não foram desenvolvidas ações orientadas na consistência.</b>	<b>Ações orientadas à qual não foi inicialmente atribuída valorização de importância</b>	<b>Níveis de severidade das dimensões na EADS-21</b>
<b>Hu</b>	“Família de origem” “Casamento/parceiro/relações íntimas” “Trabalho” “Educação/formação” “Divertimento”	-	<i>Depressão: Normal</i> <i>Ansiedade: Normal</i> <i>Stress: Normal</i>
<b>H</b>	“Trabalho”	-	<i>Depressão: Moderado</i>

	“Cidadania/vida em comunidade” “Autocuidado físico”		<i>Ansiedade:</i> Extremamente Severo <i>Stress:</i> Moderada
<b>M</b>	“Amigos / vida social” “Divertimento”	“Parentalidade” “Educação/formação” “Espiritualidade/significado e propósito da vida” “Cidadania/vida em comunidade”	<i>Depressão:</i> Extremamente Severo <i>Ansiedade:</i> Severo <i>Stress:</i> Leve
<b>A</b>	“Trabalho”	-	<i>Depressão:</i> Moderado <i>Ansiedade:</i> Moderado <i>Stress:</i> Leve
<b>E</b>	“Casamento/parceiro/relações íntimas” “Parentalidade”	“Família de origem”	<i>Depressão:</i> Extremamente Severo <i>Ansiedade:</i> Moderado <i>Stress:</i> Moderado
<b>J</b>	“Divertimento” “Cidadania/vida em comunidade” “Autocuidado físico”	-	<i>Depressão:</i> Extremamente Severo <i>Ansiedade:</i> Leve <i>Stress:</i> Leve
<b>Jm</b>	-	“Divertimento” “Autocuidado físico”	<i>Depressão:</i> Normal <i>Ansiedade:</i> Normal <i>Stress:</i> Normal
<b>Mj</b>	“Casamento/parceiro/relações íntimas” “Trabalho” “Educação/formação” “Autocuidado físico”	“Espiritualidade/significado e propósito da vida”	<i>Depressão:</i> Leve <i>Ansiedade:</i> Leve <i>Stress:</i> Normal

---