

Psicoterapia em cuidados paliativos com pacientes oncológicos terminais: uma revisão integrativa*

Psychotherapy in palliative care with terminal oncologic patients: an integrative review

André Antonio de Oliveira Santos¹
Cibelle Araújo e Oliveira²
Clara Mariane Araújo Ferreira³
Ana Paula de Oliveira Santos⁴
Edna Pereira Gomes de Moraes⁵
Luciano Bairros da Silva⁶

Resumo

No Brasil, o câncer ocupa a segunda posição de causa de morte prematura. As políticas de saúde de atenção ao câncer devem garantir o acesso universal aos cuidados paliativos. Objetivou-se delinear as práticas psicoterapêuticas ofertadas nos cuidados paliativos a pacientes com diagnóstico de câncer terminal e verificar os impactos dessas intervenções. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, nas bases de dados LILACS, SciELO, PePSIC e Medline, com uso dos Descritores em Ciências da Saúde: neoplasias, psicologia, psico-oncologia, cuidados paliativos e cuidados terminais. Incluiu-se: artigos completos, em qualquer idioma, publicados entre 2008 e 2018, que abordassem o objetivo da investigação, podendo ser do tipo observacional ou experimental, relatos de experiências ou estudos de casos. O *corpus* do estudo foi constituído de oito artigos. Identificou-se a oferta do Treino de Concretude, do ritual de despedida, do acompanhamento psicológico por atendimentos, de intervenções psico-oncológicas, da Terapia da Dignidade e da Intervenção da Dignidade Familiar. Os impactos identificados foram a diminuição dos sintomas da ansiedade, depressão e angústia, assim como melhora no senso de dignidade e na qualidade de vida.

Palavras-chave: psicoterapia; psicologia; cuidados paliativos; pacientes terminais; neoplasias.

* Agência de fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Semente de Iniciação Científica (PSIC) do Centro Universitário Cesmac.

¹ Centro Universitário Cesmac. – <https://orcid.org/0000-0001-9252-4685>. – E-mail: aaosdre@gmail.com

² Centro Universitário Cesmac. – <https://orcid.org/0000-0001-7161-5393>. – E-mail: cibellearaujo@gmail.com

³ Centro Universitário Cesmac. – <https://orcid.org/0000-0001-7277-7562>. – E-mail: claraaraujo035@gmail.com

⁴ Centro Universitário Cesmac. – <https://orcid.org/0000-0001-6406-2401>. – E-mail: anapaulasemprealerta@yahoo.com.br

⁵ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió/Alagoas – <https://orcid.org/0000-0002-0034-0166>. – E-mail: epgmorais@yahoo.com.br

⁶ Centro Universitário Cesmac – <https://orcid.org/0000-0002-8864-3881>. – E-mail: luciano.silva@cesmac.edu.br

Abstract

In Brazil, cancer occupies the second leading cause of premature death. Health care policies for cancer must guarantee universal access to palliative care. The objective was to outline the psychotherapeutic practices offered in palliative care to patients diagnosed with terminal cancer and to verify the impacts of these interventions. It is an integrative literature review, in the LILACS, SciELO, PePSIC and Medline databases, with the Medical Subject Headings: neoplasms, psychology, psycho-oncology, hospice care and terminal care. Were included: complete articles, in any language, published from 2008 to 2018, that addressed the objective of the investigation, which may be observational or experimental, reports of experiences or case studies. The study corpus consisted of eight articles. It was identified the offer of the Concreteness Training, the farewell ritual, the psychological attendance, psycho-oncological interventions, the Dignity Therapy and the Family Dignity Intervention. The impacts identified were a decrease in the symptoms of anxiety, depression and distress, as well as an improvement in the sense of dignity and quality of life.

Keywords: psychotherapy; psychology; palliative care; terminally ill patients; neoplasms.

Introdução

O câncer está entre as primeiras principais causas de morte prematura (30-69 anos de idade) no mundo. No Brasil, ocupa a segunda posição de causa de morte prematura, somente superado pelas doenças cardiovasculares (Bernard & Christopher, 2020). As políticas de saúde de atenção ao câncer devem garantir o acesso universal aos cuidados paliativos, oferecidos a pacientes e seus familiares quando esses são diagnosticados com a doença. Os cuidados paliativos objetivam melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, a partir da identificação precoce, avaliação e tratamento de problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, com a tomada de ações para prevenção e alívio do sofrimento e manutenção da dignidade desses indivíduos (World Health Organization, 2020). O presente estudo investiga as práticas psicoterapêuticas ofertadas nos cuidados paliativos a pacientes com diagnóstico de câncer terminal, assim como os impactos dessas intervenções.

Em um estudo de revisão bibliográfica que examinou se os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde estavam contemplados nas políticas de cuidados paliativos (Mendes & Vasconcellos, 2015), identificou-se que no Brasil os cuidados paliativos podem ser considerados uma prática relativamente nova, que recebe maior atenção a partir da aprovação da Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005 e reeditada em 2013, mas que ainda não responde de maneira satisfatória à demanda existente.

Um estudo de revisão da literatura publicada que tratou da função do profissional de Psicologia inserido em equipes de cuidados paliativos que assistem a pacientes com diagnóstico de câncer (Ferreira, Lopes, & Melo, 2011) resultou na identificação de poucos trabalhos que tratem do assunto, apontando haver escassos dados que evidenciem o papel do psicólogo nessa prática de cuidados; assim, faltam dados que diferenciem suas especificidades de atuação em relação aos demais profissionais dessas equipes. Porém, destaca-se a importância da inserção e atuação de psicólogos nos cuidados paliativos, para redução do sofrimento e angústia que pacientes com câncer e suas famílias enfrentam após o diagnóstico.

Outra revisão da literatura brasileira sobre a atuação de psicólogos em cuidados paliativos a nível de oncologia pediátrica (Gurgel & Lage, 2013) afirma haver poucos trabalhos publicados que descrevessem as práticas destes profissionais nesse tipo de cuidado. Ainda assim, considera que os psicólogos, ao realizarem cuidados paliativos, podem contribuir na melhoria da qualidade de vida e preparação para o fim da vida quando: atuam no diagnóstico e nas decisões em equipe; promovem a fala e a escuta sobre a aproximação da morte; auxiliam no planejamento dos rituais

de despedida; e favorecem o desenvolvimento de uma compreensão integral da saúde e da vida. No contexto da oncologia pediátrica, o trabalho do psicólogo pode ser ofertado às crianças, aos familiares e aos profissionais de saúde.

Uma pesquisa bibliográfica que investigou as contribuições dos psicólogos aos cuidados paliativos (Rezende, Gomes, & Machado, 2014) considerou que sua relevância estava vinculada às intervenções que fazem para melhorar a comunicação sobre os sofrimentos vivenciados. Essas estratégias de comunicação podem estar direcionadas aos pacientes e seus familiares para que resolvam possíveis conflitos, sintam-se mais confortados e elaborem o luto, como também podem estar direcionadas à escuta das emoções dos profissionais produzidas a partir do próprio sofrimento no trabalho, impresso pelo constante sentimento de iminência da perda.

Esta pesquisa elegeu como objeto de investigação as práticas psicoterapêuticas desenvolvidas neste tipo de cuidado, a fim de ampliar as possibilidades de encontrar literatura, pois, como aqui apresentamos, as revisões que optaram por centrar o foco na atuação do profissional psicólogo identificaram um baixo número de publicações científicas. Embora a psicoterapia seja comumente relacionada ao campo da Psicologia, ela não é uma atividade privada dos psicólogos, sendo assim praticada por profissionais de outras categorias. A prática psicoterápica é definida como

um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos. (Conselho Federal de Psicologia, 2000, Art.1º).

Para realização desta pesquisa, justifica-se que os cuidados paliativos incluem a necessidade de atenção ao sofrimento psíquico de pacientes e familiares, em especial nos cuidados em fim de vida, de modo que se possa produzir uma atenção singularizada, integral e que fortaleça a dignidade dessas pessoas. A oferta da psicoterapia nos cuidados paliativos mobiliza uma ética das práticas de saúde que está centrada sobre as experiências que vivem e a autonomia que mantêm sobre si os usuários dos serviços de saúde.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo delinear as práticas psicoterapêuticas ofertadas em cuidados paliativos a pacientes com diagnóstico de câncer terminal e verificar os impactos dessas intervenções. Nesta pesquisa utilizou-se o método da revisão integrativa da literatura, uma vez que corresponde a um desenho de estudo considerado relevante para a busca de evidências e análise crítica, que se torna fundamental para a prática profissional.

Método

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, que se trata de um método de reunião e síntese de resultados de investigações sobre determinado tema, feito de maneira sistemática e ordenada. Opera-se com levantamento exaustivo da literatura relacionada ao objetivo do estudo, seleção e análise das publicações a respeito de um tópico, a fim de sintetizar os resultados destas pesquisas e apresentar as conclusões do *corpus* da literatura sobre o tema específico. Espera-se, com uma revisão integrativa, demonstrar o estado da arte sobre o tema objeto da investigação, assim como identificar o conhecimento produzido sobre esse e as áreas que necessitam ser melhor aprofundadas em futuras investigações (Crossetti, 2012; Soares et al., 2014; Guirao Goris, 2015). Este método é desenvolvido

em seis fases: definição de uma pergunta orientadora; levantamento da literatura; coleta e categorização dos dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão e interpretação dos resultados; e apresentação do documento da revisão integradora (Souza, Silva, & Carvalho, 2010; Whittemore & Knafl, 2005).

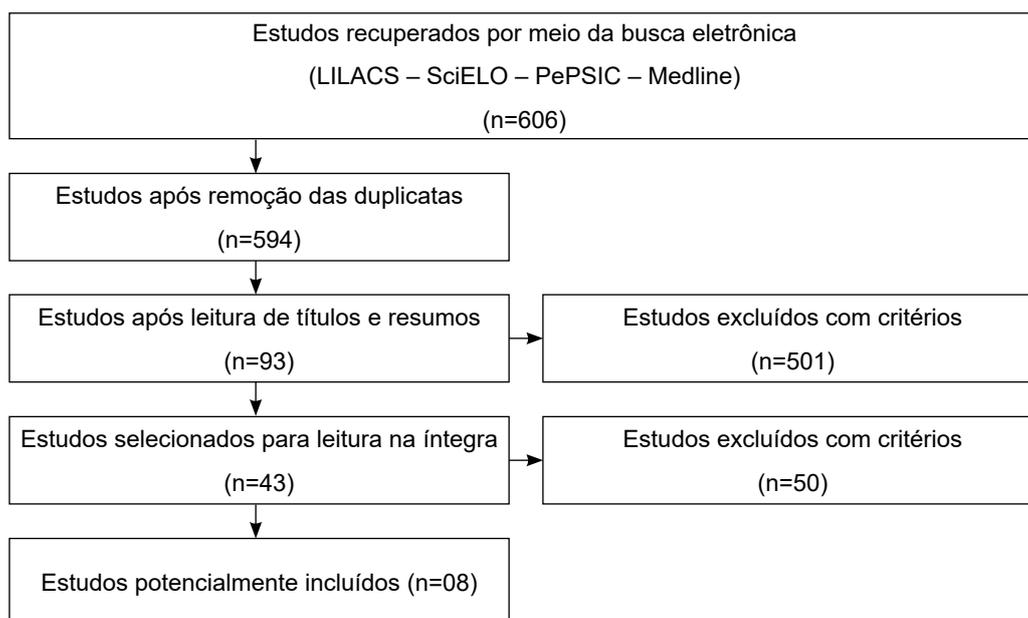
Esta revisão foi orientada pela pergunta: como é delineada a atuação psicoterápica junto às equipes de cuidados paliativos em pacientes oncológicos em estado de terminalidade da vida e quais os seus impactos?

Para levantamento da literatura foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS; *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC); e Medline da *US National Library of Medicine* via PubMed. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): neoplasias, psicologia, psico-oncologia, cuidados paliativos, cuidados terminais e seus sinônimos, assim como os correspondentes em inglês. A estratégia de busca foi adaptada para cada uma das bases, mas seguiu este modelo: (((Neoplasms) AND ((Psychology) OR (Psycho-Oncology) OR (Hospice Care) OR (Terminal Care)))).

Foram considerados critérios de inclusão: artigos completos disponíveis *on-line*, em qualquer idioma e publicados entre os anos de 2008 a 2018, os quais devem abordar a atuação psicoterapêutica, realizada por psicólogos ou terapeutas qualificados, junto às equipes de cuidados paliativos frente aos pacientes oncológicos na terminalidade da vida, podendo os estudos ser do tipo observacional ou experimental, relatos de experiências ou estudos de casos. Foram excluídos resumos de eventos científicos, teses e dissertações.

A seleção dos estudos ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos dos artigos. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados para a extração dos dados daqueles potencialmente incluídos na revisão, a qual foi realizada por dois pesquisadores (A.A.O.S. e C.A.O.) de forma independente, sendo as dúvidas e discordâncias arbitradas por um terceiro pesquisador (L.B.S.). O resultado da busca e todo o processo de seleção está descrito na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma Do Processo De Seleção Dos Estudos



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura: figura adaptada (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009)

A extração dos dados foi realizada por meio de formulário próprio, elaborado para a presente pesquisa, incluindo informações quanto aos autores e ano de publicação, objetivos dos estudos, participantes, atuação psicoterápica e principais resultados e conclusões do estudo. Para apresentar os resultados dos estudos incluídos foi construído um quadro-resumo discutido de forma descritiva.

Resultados

Os oito estudos selecionados foram publicados entres os anos de 2011 e 2018. Não se encontrou nomes de autores ou periódicos que se repetissem. Quanto ao idioma, cinco estavam disponíveis em inglês, dois em português e um dispunha de versões nesses dois idiomas. Os artigos incluídos utilizavam como métodos: um relato de experiência, quatro ensaios clínicos randomizados, dois estudos de caso e um estudo de coorte. Todos os artigos tinham como cenário do estudo estabelecimentos de nível terciário de saúde. Os países onde foram realizados os estudos contemplavam os continentes: europeu, com Bélgica, Portugal, Reino Unido e Suíça; asiático, com Singapura; e América do Sul, com Brasil. Neste último, os artigos selecionados tiveram seus estudos realizados nas regiões Sudeste e Sul, que incluíam cidades localizadas nos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Tabela 1 - *Síntese Descritiva Dos Artigos Incluídos À Revisão Integrativa*

Autores/as Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	Cenário Participantes	Resultados Principais
(Galfin et al., 2011)	Verificar se o Treino de Concretude autoguiado reduz o sofrimento psicológico	Ensaio controlado randomizado	Hospitais Pacientes em cuidados paliativos, Adultos, Gêneros F/M	Os resultados sugerem ser a técnica eficaz no tratamento da ansiedade em cuidados paliativos, porém nenhum efeito significativo foi encontrado na depressão ou qualidade de vida.
(Schmidt et al., 2011)	Analisar a atuação do psicólogo em processos de terminalidade e despedida da vida	Relato de experiência	Unidade de Internação Hospitalar Paciente com Câncer, Esposa e filhos, Adultos e Menores, Gêneros F/M	O ritual de despedida contribuiu na reelaboração de vivências conflitivas familiares anteriores e ressignificações na dinâmica familiar durante o processo da doença e após a perda do ente.
(Nucci, 2012)	Relata o acompanhamento psicológico durante o tratamento quimioterápico e os cuidados paliativos	Estudo de caso	Ambulatório de Oncologia de um Hospital do SUS Paciente com Câncer, Adolescente, Gênero F	Valorizou-se a oferta de acolhimento e escuta, a afirmação da autonomia e autorrealização do sujeito, o apoio da família, aos cuidados integrados, a produção de sentidos às experiências de perda e luto e o respeito à dignidade do morrer.
(Barth et al., 2013)	Explorar os efeitos de intervenções psico-oncológicas para diminuição de sintomas psicológicos	Estudo de coorte	Hospital Universitário Interdisciplinar Pacientes com Câncer e seus/as Companheiros/as, Gêneros F/M	Encontrou melhora na saúde mental de pacientes altamente angustiados e de seus familiares. Não houve melhora em pacientes com moderado ou baixo nível de angústia.

Autores/as Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	Cenário Participantes	Resultados Principais
(Julião et al., 2014)	Verificar a influência da Terapia da Dignidade sobre a depressão	Ensaio controlado randomizado	Unidade de Medicina Paliativa de S. Bento Menni Paciente com doença potencialmente fatal, Adultos, Gêneros F/M	Os resultados demonstraram redução nos sintomas da depressão e ansiedade. Encontrou-se os benefícios da Terapia da Dignidade sustentados após 30 dias da intervenção.
(Espíndula et al., 2017)	Avaliar a eficácia da Terapia da Dignidade	Estudo de caso	Hospital Geral de Alta Complexidade Paciente com Câncer, Adulta, Gênero F	Encontrada redução nos níveis de depressão e melhora no senso de dignidade da paciente. Porém houve leve aumento nos níveis de ansiedade.
(Ho et al., 2017)	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia da Intervenção da Dignidade Familiar na redução dos sofrimentos psicossociais, espirituais e físicos	Ensaio controlado randomizado	Dover Park Hospice (DPH) e Hospice Care Singapore (HCA) Paciente com doença terminal, Adultos, Gêneros F/M	Esperam poder apresentar evidências do uso dessa técnica para o aumento da dignidade e promoção de cuidados paliativos.
(Vanbutsele et al., 2018)	Avaliar o efeito da integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos aos cuidados oncológicos	Ensaio controlado randomizado	Oncologia Médica, Torácica e Digestiva do Hospital Universitário Ghent Pacientes com Câncer, Adultos, Gêneros F/M	Identificou melhora na qualidade de vida dos participantes. Após a 18ª semana da intervenção, observou-se aumento significativo dos participantes por busca de consultas com psicólogos da equipe de oncologia.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação aos objetivos dos estudos, os artigos selecionados versam sobre: técnicas de autoajuda para redução do sofrimento psicológico; atuação do psicólogo em situações de morte e no processo de terminalidade da vida; eficácia das intervenções psico-oncológicas para diminuição de sintomas psicológicos de pacientes com câncer e seus companheiros; influência da terapia da dignidade sobre a depressão em pacientes com uma doença terminal; eficácia de terapia da dignidade; viabilidade, aceitabilidade e eficácia potencial da Intervenção da Dignidade Familiar na redução de distúrbios psicossociais e emocionais; e exame da inserção precoce e sistemática dos cuidados paliativos em pacientes com câncer.

Os participantes dos estudos caracterizavam-se por possuir diagnóstico de câncer ou podendo incluir pessoas que possuíssem qualquer diagnóstico de doença terminal. Apenas um estudo foi realizado com adolescente e um relato de experiência inclui o atendimento de menores de idade, sendo que todos os demais estudos foram realizados com adultos. Em geral, os estudos incluíam participantes do gênero masculino e feminino; no entanto, dois incluíram apenas participantes do gênero feminino.

Com relação aos profissionais envolvidos nos estudos, estes informam: a participação de um pesquisador, tratado como um terapeuta de apoio (Galfin, Watkins, & Harlow, 2011); um/a psicólogo/a junto ao/à paciente (Schmidt, Gabarra, & Gonçalves, 2011); equipe de médicos,

nutrólogo, nutricionista, enfermeiro, psicólogo de um ambulatório de oncologia de um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) – relatam ainda que a paciente foi atendida pelo Serviço Municipal de Atendimento Domiciliar (SAD), porém não detalham esses atendimentos/cuidados (Nucci, 2012); uma equipe de quatro psicólogos/as experientes com formação psicoterapêutica heterogênea (Barth, Delfino, & Künzler, 2013); um médico com formação em Terapia da Dignidade (Julião, Oliveira, Nunes, Vaz Carneiro, & Barbosa, 2014); terapeuta – não detalham a formação (Espíndula, Benincá, Scortegagna, Secco, & Abreu, 2017); dois pesquisadores, com mestrado e treinamento em Terapia da Dignidade e em Intervenção da Dignidade Familiar (Ho et al., 2017); enfermeiras e médico com treinamento em cuidados paliativos precoces (Vanbutsele et al., 2018).

As Práticas Psicoterápicas

Um estudo utilizou como técnica o Treino de Concretude, que “utiliza interações presenciais e telefônicas e instruções de áudio gravadas para facilitar a prática repetida de exercícios de imagens mentais para encorajar a reflexão concreta sobre eventos emocionais” (Galfin, Watkins, & Harlow, 2011, p.198). Neste estudo a intervenção desta técnica com os participantes baseava-se em uma prática guiada para autoajuda e estava organizada em cinco etapas: introduzia-se com o participante a lógica da intervenção; o participante elegia uma memória que era então detalhada em termos de pessoas, lugar e tempo; o pesquisador avaliava se o participante estava absorvido pela memória; o pesquisador dava um *feedback* ao participante; e, ao final, planejavam com detalhes o uso da técnica como rotina diária. Os participantes recebiam um material que orientava como realizar o Treino de Concretude, recebiam chamadas telefônicas do pesquisador semanalmente para abordar problemas que os participantes encontrassem para realizar o treinamento e, ao final de quatro semanas, realizou-se uma entrevista com os participantes para avaliação dos resultados. Os resultados preliminares, demonstraram redução significativa da ansiedade quando comparados aos dados do grupo de intervenção com o grupo-controle, sugerindo “que uma breve intervenção de autoajuda guiada é aceitável, viável e eficaz no tratamento da ansiedade em pacientes paliativos” (Galfin et al., 2011, p.203). Porém o estudo não pode afirmar se os resultados estariam diretamente relacionados ao uso da técnica do Treino de Concretude ou pelo contato com um terapeuta de apoio (pesquisador) durante a intervenção.

Um artigo tratava de relato de experiência sobre o acompanhamento psicológico realizado junto ao leito de um paciente homem, de 47 anos, com câncer no estômago e fígado – adenocarcinoma gástrico com metástase hepática –, sem possibilidade de cura (Schmidt et al., 2011). O acompanhamento incluiu atendimentos individuais e familiar, tendo sido escutados presencialmente o paciente, a esposa e dois filhos, um de 16 anos e uma de dez. No artigo são relatados: os primeiros atendimentos; a solicitação da presença da psicóloga junto ao médico; a solicitação de intervenção da psicóloga pelos médicos quando revelado à família que o câncer estava em estágio avançado, o que comprometia o tempo de vida do paciente, e o óbito poderia ocorrer nos dias subsequentes. Isso culminou com o processo do ritual de despedida realizado “por meio do incentivo à comunicação intrafamiliar, da avaliação de resgates do não dito, do desejo de pedidos de desculpas e agradecimentos entre os membros da família, partindo das necessidades colocadas por eles.” (Schmidt et al., 2011, p.427). No processo foi incluído: valorização da importância da despedida e comunicação entre os membros da família; discutidos alguns desejos expressos pelo paciente; uma reaproximação deste com ritos de fé cristã, com o auxílio da esposa; esclarecimento de situações conjugais entre o casal para alívio de ideias de culpa; comunicação por carta com um filho que na ocasião encontrava-se preso; a visita dos dois filhos mais novos ao pai para despedida; e a visita de despedida de sua mãe, com quem mantinha uma relação conflituosa desde a adolescência. Os autores consideram que o ritual de despedida, ou processo de despedida,

com famílias que têm um doente com prognóstico reservado parece beneficiar a todos os envolvidos, isto é, a pessoa enferma, familiares e equipe de saúde (...). Tal fato aponta para prevenção de sintomas psicológicos futuros naqueles que sofrem a perda, pois além de contribuir para elaboração de possíveis sentimentos de culpa, permite a reelaboração de vivências conflitivas familiares anteriores com ressignificações na dinâmica familiar atual. (Schmidt et al., 2011, p.429).

Sugerem ainda maior abordagem dos temas morte e terminalidade da vida na formação e preparação de psicólogos/as.

Um estudo de caso tratou do acompanhamento psicológico de uma adolescente de 17 anos, com diagnóstico de câncer – adenocarcinoma sigmoide –, que passava por processo quimioterápico e internações decorrentes, em especial, para recuperação nutricional e controle da diarreia (Nucci, 2012). Em atenção à paciente, que comunicava “angústia, o desejo de estar *em casa*, conviver com familiares e amigos, participar da vida *como qualquer um*”, tem início “uma batalha burocrática para viabilizar uma internação todas as noites às 21 horas e alta diariamente às 06 horas da manhã seguinte” (Nucci, 2012, p.62, grifo da autora). O projeto que a autora nomeou de “Boa noite, Cinderela” foi aceito pela Diretoria do Hospital, respeitando a autonomia de decisão da paciente que “consciente de seu prognóstico e embora não o aceitando, mostrava-se resignada, procurando manter sua faculdade de se autogovernar, bem como sua independência moral e intelectual.” (Nucci, 2012, p.63). Durante 11 meses ela foi atendida em casa pelo Serviço Municipal de Atendimento Domiciliar (SAD), vindo a falecer junto à família, com quem desejava estar no momento de morrer. Do processo de acompanhamento psicológico, valorizou-se: a oferta de espaço de acolhimento e escuta; a sustentação do princípio de que a paciente é capaz de orientar e construir sua própria vida; a afirmação da tendência para atualização e autorrealização do sujeito; a aceitação da visão de mundo e dos rumos que nele a paciente toma para si; o apoio da família às decisões da paciente; a atenção à necessidade de cuidados integrados; o auxílio à produção de sentidos para as experiências de perda e luto; e o respeito à dignidade do morrer (Nucci, 2012).

As intervenções psico-oncológicas têm como foco de trabalho “a ansiedade, depressão e angústia geral, assim como a qualidade de vida relacionada a doenças” (Barth, Delfino, & Künzler, 2013, p.1587). Um dos estudos objetivou explorar os efeitos desta prática em pacientes com câncer e em seus/as companheiros/as, os quais participam de intervenções psico-oncológicas que incluíram:

psico-educação sobre respostas psicológicas ao câncer; reestruturação cognitiva, regulação emocional e técnicas de controle de comportamento (trabalhando com cognições disfuncionais, autoinstrução, imagens guiadas, relaxamento), ativação de recursos, treinamento de habilidades de comunicação do casal, aumento do significado e aconselhamento sobre morte e luto. (Barth et al., 2013, p.1588).

As avaliações das intervenções psico-oncológicas ocorreram em três momentos (quatro semanas, seis meses e 12 meses após o início), e os pacientes foram classificados como altamente angustiados, moderadamente angustiados ou com baixa angústia. O estudo

evidenciou “uma melhoria da saúde mental em pacientes com câncer altamente angustiados e seus companheiros ao longo do tempo” (Barth et al., 2013, p.1599), porém o mesmo não foi possível afirmar sobre pacientes com angústia moderada ou baixa e seus/as respectivos/as companheiros/as. Os autores sugerem a regularidade com que esses pacientes utilizam o serviço de atenção psico-oncológica como um possível preditor dos benefícios na diminuição da angústia, mas não puderam afirmar conclusivamente, pois não utilizaram um grupo-controle para comparação.

No entanto, outro estudo que investigou a eficácia da Terapia da Dignidade nos sintomas da depressão e ansiedade incluiu participantes com alto nível de angústia e utilizou grupo de intervenção com 39 pessoas e grupo-controle com 41 (Julião et al., 2014). Os dois grupos recebiam cuidados paliativos. A avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade eram medidos: no dia-base, dia 4, dia 15 e dia 30 de seguimento. Os participantes do grupo de intervenção recebiam também sessões de Terapia da Dignidade à beira do leito, que duravam entre 30 e 60 minutos. A primeira sessão era guiada por um protocolo de nove questões que, de forma sintética, conduzia o paciente a contar sobre: sua história de vida; fatos que gostaria que sua família soubesse e recordasse; os papéis que desempenhou na vida e o que significaram; realizações que lhe dão orgulho; coisas que ainda gostaria de dizer ou dizer uma vez mais a sua família; quais esperanças e sonhos deposita em seus entes próximos; que experiências e conhecimentos gostaria de transmitir à família; o que gostaria de dizer aos familiares para confortá-los; e algo mais que gostaria de incluir – para acesso ao protocolo conferir original (Julião et al., 2014). Essa sessão era gravada, transcrita literalmente, editada e, por fim, transformada em um texto narrativo. A sessão seguinte era dedicada à leitura do documento com a narrativa, feita pelo terapeuta ao paciente, que, ao escutá-la, podia incluir suas indicações de correções e revisões à redação final. O documento com a versão final da narrativa era então entregue ao paciente para que pudesse distribuí-lo com aqueles/as que desejasse. Os resultados demonstraram que os participantes que receberam a Terapia da Dignidade, grupo de intervenção, experimentaram uma redução significativa nos sintomas da depressão e da ansiedade quando comparados com aqueles que participaram do grupo-controle. Sugerem que uma

sessão de Terapia da Dignidade única parece ter um efeito sustentado que pode ser visto aos 30 dias de pós-intervenção. Isso provavelmente indica que usar Terapia da Dignidade para ajudar o paciente a articular memórias, falar sobre seu passado e compartilhar importantes reflexões tem benefícios que se sustentam muito além à própria intervenção. Oferecendo a eles a oportunidade de criar um documento de generatividade pessoal engaja o paciente em um papel vital, o que provavelmente diminui sua sensação de desamparo e desespero. (Julião et al., 2014, p.694).

A Terapia da Dignidade também teve sua eficácia avaliada em estudo de caso realizado com uma participante de 52 anos com diagnóstico de câncer de pulmão e de metástase cerebral (Espíndula et al., 2017). Ao total foram registradas 14 sessões, com duração aproximada de uma hora. A primeira, segunda, 11ª e 12ª sessões foram dedicadas à aplicação da Escala de Beck de Depressão, Escala de Beck de Ansiedade e o Inventário da Dignidade do Paciente, utilizadas para a avaliação dos resultados da técnica. A técnica da Terapia da Dignidade ocorreu nas sétima e oitava sessões, as quais foram gravadas, transcritas e seu conteúdo constituiu o documento “legado”. No décimo encontro o documento foi lido e a participante optou por não realizar qualquer alteração, sendo a versão final entregue a ela na seguinte sessão. As demais sessões foram

destinadas a suporte da participante e de seus familiares. Os resultados da Escala de Beck de Depressão indicaram redução nos níveis de depressão da participante pós-intervenção. Porém, foi encontrado um leve aumento nos índices de ansiedade, o que poderia estar relacionado a uma situação de conflito ocorrida com um dos filhos no mesmo dia em que fora aplicada a Escala de Beck de Ansiedade pós-intervenção ou ainda pela condição clínica da participante, visto que tal escala avalia diversos sintomas físicos. Também foi possível identificar melhora no senso de dignidade a partir dos dados do Inventário da Dignidade do Paciente. Sugere-se que futuros estudos investiguem a relação da eficácia da técnica com fatores de personalidade dos participantes (Espíndula et al., 2017).

Um dos artigos apresenta o desenho metodológico de um estudo realizado na Ásia, com objetivo de avaliar uma nova técnica nomeada por Intervenção da Dignidade Familiar (IDF) na redução dos sofrimentos psicossocial, espiritual e físico (Ho et al., 2017). Essa nova técnica descrita baseia-se no modelo da Terapia da Dignidade, porém sua especificidade ocorre por adotar a díade paciente-familiar no processo de cuidado. O projeto prevê 126 famílias como participantes, que significam: um idoso com mais de 60 anos com doença terminal e um familiar que ele considere seu cuidador principal ou de confiança. As famílias são distribuídas em dois grupos, um de intervenção e outro controle, e os dados foram tratados por métodos quantitativos e qualitativos. O grupo de intervenção recebeu a técnica de Intervenção da Dignidade Familiar, ministrada por dois pesquisadores com mestrado em aconselhamento, treinamento em Terapia da Dignidade e sobre o próprio modelo da IDF. A especificidade aqui ocorre por haver dois roteiros de perguntas, um destinado ao paciente, como também ocorre na Terapia da Dignidade, e outro destinado ao familiar indicado como seu cuidador principal ou de confiança, respostas as quais “são usadas para enriquecer as narrativas dos pacientes” (Ho et al., 2017, p.4) – para acesso aos roteiros de perguntas, conferir original. Porém, os demais passos da técnica da IDF apresentam semelhança com o processo da Terapia da Dignidade. Com o estudo das evidências sobre a técnica da Intervenção da Dignidade Familiar esperam

oferecer uma intervenção viável de aumento da dignidade para promover cuidados paliativos holísticos na Ásia, uma intervenção que atenda às necessidades psíquicas, sociais e espirituais das famílias asiáticas que não são fortes em sua expressão de intimidade e articulação de emoções diante da morte. (Ho et al., 2017, p.3).

No contexto belga, onde os cuidados oncológicos são multidisciplinares e o apoio psicossocial é oferecido a todos os pacientes com diagnóstico de câncer, comparou-se o efeito da integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos na qualidade de vida destes pacientes (Vanbutsele et al., 2018). O estudo contou com 186 participantes, dos quais 94 receberam os cuidados oncológicos habituais, grupo-controle, e 92 foram incluídos no grupo de intervenção, havendo esses recebido os cuidados oncológicos padrão associados aos cuidados paliativos. A intervenção consistiu em: um treinamento para enfermeiros/as e médico que realizariam os cuidados paliativos precoces, ocorrido antes do início do ensaio; consultas individuais de cuidados paliativos realizadas a cada mês pelos/as enfermeiros/as; avaliação mensal de sintomas com uso da *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) e discussão das pontuações com o participante e o médico; e a inclusão do/a enfermeiro/a que realizava os cuidados paliativos precoces nas reuniões semanais multidisciplinares de oncologia e nos relatórios do prontuário do paciente. Os resultados demonstraram que a inclusão dos cuidados paliativos precoces associados aos cuidados oncológicos habituais apresentou melhora significativa na qualidade de vida dos participantes, em comparação ao grupo-controle. Observou-se também que, após

a 18ª semana, a intervenção elevou significativamente a busca dos participantes por consultas com psicólogos da equipe de oncologia, quando comparados com os participantes do grupo-controle. Porém o estudo não encontrou impacto da intervenção na sobrevivência dos participantes.

Discussão

Afirma-se que o levantamento e seleção dos artigos identificaram poucos estudos dedicados a relatar e analisar especificamente o trabalho de psicólogos nos cuidados paliativos a pacientes com diagnóstico de câncer, repetindo a tendência dos resultados encontrados em revisões de literatura feitas em períodos anteriores a esse (Ferreira et al., 2011; Gurgel & Lage, 2013).

Um dos dados identificados neste estudo foi que todas as pesquisas selecionadas para o estudo foram realizadas em cenários hospitalares. Isso pode ser justificado pelo recorte feito a partir do objetivo desta pesquisa, que buscou intervenções com pacientes que tivessem recebido diagnóstico de câncer terminal, fase da vida em que esses são destinatários de diversos procedimentos como intervenções cirúrgicas, tratamento quimioterápico, suplementação nutricional etc., muitas vezes somente oferecidos em serviços da rede de nível terciário de saúde. Assim, é comum estes pacientes estarem internados ou realizarem visitas frequentes ao hospital. No entanto, é necessário considerar que os profissionais de saúde geralmente buscam atender à expectativa de serem eles os preservadores de vidas, decidindo por administrar procedimentos que prolonguem a vida dos pacientes. Nesse sentido, não é incomum o uso dos planos terapêuticos que adiam o fim da vida como uma medida que fornece maior conforto emocional aos próprios profissionais, pois carregam consigo a ideia de que eles tomaram todas as medidas que estavam ao seu alcance. Assim, os profissionais evitam experimentar sentimentos de medo, impotência e frustração diante da morte; porém, em muitas situações, ao paciente essas medidas terapêuticas resultam apenas prolongar o seu sofrimento, isso quando não o intensifica (Arruda & Calhao, 2020; Monteiro, Mendes, & Beck, 2019b). O trabalho de Nucci (2012) explora as possibilidades de cuidados paliativos como em casos em que tanto os profissionais do hospital como a família respeitaram a autonomia da paciente, que, consciente de seu estado clínico, desejou não se manter internada em leito hospitalar e também não receber a dieta nutricional. O relato informa o plano terapêutico elaborado, que integrou serviços de saúde situados em outro nível da rede de atenção, para que fosse respeitado e garantido à paciente poder estar e morrer no lugar que escolheu, em casa. Estudos que avaliem os limites e possibilidades dos cuidados paliativos na atenção primária e secundária de saúde, como a própria consolidação da integralidade dos três níveis de atenção à saúde no fazer dos cuidados paliativos, seguem como desafios a serem efetivados e com escassas investigações (Côbo, Dal Fabbro, Parreira, & Pardi, 2019; Mendes & Vasconcellos, 2015).

Outro dado encontrado foi a ênfase que os estudos dedicaram à técnica da Terapia da Dignidade (Espíndula et al., 2017; Ho et al., 2017; Julião et al., 2014). Essa técnica foi originalmente proposta por Harvey Max Chochinov, psiquiatra e pesquisador, que desenvolve trabalhos com foco nos cuidados paliativos. Inicialmente seus estudos indicaram que a depressão estava associada ao desejo de morrer apresentado por pacientes terminais, condição clínica que poderia ser tratada (Chochinov et al., 1995). Outro estudo investigou como os pacientes terminais definiam o termo dignidade, tomando em consideração a autogovernança que estes mantinham sobre si mesmos e sobre suas vidas (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002). A seguir, elaborou o modelo da Terapia da Dignidade que objetiva abordar os sofrimentos mentais e relacionais de pacientes terminais, a fim de reduzir sintomas e aumentar o senso de dignidade, ou seja, de autogovernança (Chochinov, 2012; Chochinov et al., 2005, 2011). De acordo com Espíndula et al. (2017, pp.735-736, grifo das autoras):

a terapia da dignidade surge como intervenção que objetiva proporcionar um fim de vida digno. Tal abordagem refere-se a uma psicoterapia do tipo breve, direcionada àqueles pacientes em cuidados paliativos. Para o desenvolvimento da terapia são necessários de três a quatro encontros, realizados em um período de aproximadamente duas a três semanas. Em um primeiro momento, explica-se ao participante de que forma acontecerão os encontros e entrega-se o protocolo de questões da terapia da dignidade. No segundo encontro, realizam-se as perguntas do protocolo ao participante, sendo o atendimento todo gravado para posterior transcrição do conteúdo. Este protocolo é composto por questões semidirigidas, cujas respostas dos pacientes compõem, ao final da transcrição, um documento chamado de *legado* que, num terceiro encontro, será lido e analisado pelo paciente, podendo realizar as modificações que considerar necessárias. Caso não seja possível concluir o documento em três atendimentos, realiza-se um quarto encontro para conclusão da terapia. Ao final da técnica, entrega-se o legado ao paciente, que decidirá a destinação do documento: poderá entregá-lo a familiares e demais entes queridos, guardá-lo ou ignorá-lo.

A Terapia da Dignidade recoloca a centralidade do cuidado na escuta e respeito ao desejo dos pacientes em fim de vida, os quais muitas vezes são despersonalizados no contexto hospitalar, pois é preciso considerar que no ambiente hospitalar há sempre tensões que operam na dialética entre a ética biomédica e a ética do sujeito, quando as práticas de cuidado nem sempre conseguem desfazer-se do ideal de cura, para que a morte possa ser considerada parte do viver ou “como aquilo a que a vida leva” (Lamare, Castro-Arantes, & Lo Bianco, 2019, p.34). A atenção aos fatores psicossociais dos pacientes em fim de vida hospitalizados é também frequentemente desassistida em função dos próprios profissionais encontrarem-se fragilizados na organização, tendo que administrar a comum sobrecarga de trabalho e escassez de pessoal e insumos (Monteiro, Mendes, & Beck, 2019a). Nesse sentido, a técnica da Terapia da Dignidade pode ser considerada uma estratégia de comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes terminais, que, além de ofertar a esses a possibilidade de apoio para se despedirem dos seus entes queridos, proporciona-lhes manter a governança sobre sua saúde, sua vida, sua história e sua memória.

A necessidade de maiores investimentos na preparação dos profissionais para conversar com pacientes e seus familiares os temas morte e terminalidade da vida, apontado no estudo de Schmidt et al., (2011), é também encontrado em outros trabalhos, indicando que muitos profissionais demonstram dificuldade para lidar com este tema (Kovács, 2011; Monteiro et al., 2019b; Rezende et al., 2014). Para isso, há também a necessidade de reposicionar o modo como a morte é significada na prática e na formação dos profissionais de saúde, tomada comumente como um fracasso técnico ou como o próprio limite do exercício técnico (Campos, Silva, Bernardes, Soares, & Ferreira, 2017).

A partir dos estudos analisados é possível indicar, como impactos das práticas psicoterapêuticas nos cuidados paliativos, realizadas por um profissional de saúde preparado: redução da ansiedade (Galfin et al., 2011; Julião et al., 2014); redução significativa nos sintomas da depressão (Espíndula et al., 2017; Julião et al., 2014); diminuição da angústia (Barth et al., 2013); e melhora na qualidade de vida dos pacientes (Vanbutsele et al., 2018) e no senso de dignidade, definida como autogovernança (Espíndula et al., 2017; Nucci, 2012). A nível

psicossocial, identificou-se que o contato dos pacientes com um terapeuta de apoio qualificado: pode aumentar a busca dos pacientes por atendimentos com psicólogos (Vanbutsele et al., 2018); e para seus familiares pode-se prevenir sintomas psicológicos (Barth et al., 2013; Schmidt et al., 2011) e auxiliar na resignificação da dinâmica familiar durante ao processo de adoecimento do paciente ou após sua perda (Schmidt et al., 2011).

Conclusões

O presente estudo identificou como práticas psicoterapêuticas ofertadas em cuidados paliativos a pacientes com diagnóstico de câncer terminal: o Treino de Concretude, como prática autoguiada e repetida de exercícios de imagens mentais para encorajar o paciente a refletir sobre eventos emocionais passados; o ritual de despedida, que incentiva a comunicação familiar no momento em que não há prognóstico de cura; o acompanhamento psicológico orientado por atendimentos; as intervenções psico-oncológicas, com foco nos sintomas e qualidade de vida relacionados ao diagnóstico; a Terapia da Dignidade, que objetiva proporcionar a autogovernança do paciente em fim de vida; e a Intervenção da Dignidade Familiar, com o mesmo objetivo da técnica anterior, mas que se difere por adotar no processo a díade paciente-familiar.

Como impactos das intervenções é possível identificar nos pacientes a diminuição dos sintomas da ansiedade, depressão e angústia, assim como a melhora no senso de dignidade e de qualidade de vida. Os familiares podem também se beneficiar com a prevenção de sintomas psicológicos e o apoio para resignificação da sua dinâmica relacional com o ente doente ou falecido.

É possível afirmar que ainda são poucos os estudos publicados a respeito do tema aqui investigado. Os estudos aqui identificados têm geralmente como participantes adultos maduros e idosos, havendo necessidade de estudos que avaliem as possibilidades e limites dessas práticas de cuidados com crianças, adolescentes e adultos jovens. Os estudos desenvolvidos estão vinculados a serviços e práticas desenvolvidas no nível de atenção terciária de saúde, o que exige reorientar a mirada dos pesquisadores para o cenário da rede integrada de cuidados paliativos, a qual deve ser ofertada nos diferentes níveis de saúde, de acordo com sua especificidade e complexidade.

Sugere-se a ampliação e publicização de estudos que investiguem as práticas psicológicas e o trabalho interdisciplinar de psicólogos nos cuidados paliativos de paciente terminais, existindo amplo campo para desenvolvimento de pesquisas que incluam tanto relatos ou estudos de caso como também ensaios clínicos.

Referências Bibliográficas

- Arruda, L. S. P. de, & Calhao, A. R. P. (2020). Significados e sentimentos atribuídos por médicos residentes na comunicação da fase terminal ao paciente. *Revista da SBPH*, 21(2), 61–83.
- Barth, J., Delfino, S., & Künzler, A. (2013). Naturalistic study on the effectiveness of psycho-oncological interventions in cancer patients and their partners. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1587–1595. doi: 10.1007/s00520-012-1700-8
- Bernard, W. S., & Christopher, P. W. (2020). *World cancer report 2020*. Geneva: World Health Organization.
- Campos, C. A. C. A. de, Silva, L. B. da, Bernardes, J. de S., Soares, A. L. C., & Ferreira, S.M. S. (2017). Desafios da comunicação em unidade de terapia intensiva neonatal para profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, 41(spe2), 165–174. doi: [10.1590/0103-11042017s214](https://doi.org/10.1590/0103-11042017s214)
- Chochinov, H. M. (2012). *Dignity Therapy: final words for final days*. New York: Oxford University Press. doi: [10.1093/acprof:oso/9780195176216.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195176216.001.0001)

- 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*, 23(24), 5520–5525. doi: [10.1200/JCO.2005.08.391](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391)
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54(3), 433–443. doi: [10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762. doi: [10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185–1191. doi: [10.1176/ajp.152.8.1185](https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185)
- Côbo, V. de A., Dal Fabbro, A. L., Parreira, A. C. S. P., & Pardi, F. (2019). Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 225–235.
- Conselho Federal de Psicologia. *Resolução n. 10, de 20 de dezembro de 2000*. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo.
- Crossetti, M. da G. O. (2012). Integrative review of nursing research: scientific rigor required. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 12–13. doi: [10.1590/S1983-14472012000200001](https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200001)
- Espíndula, A. V., Benincá, C. R. S., Scortegagna, S. A., Secco, A. C., & Abreu, A. P. M. (2017). Terapia da dignidade para adultos com câncer em cuidados paliativos: um relato de caso. *Temas em Psicologia*, 25(2), 733–747. doi: [10.9788/TP2017.2-18](https://doi.org/10.9788/TP2017.2-18)
- Ferreira, A. P. de Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. de. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da SBPH*, 14(2), 85–98.
- Galfin, J. M., Watkins, E. R., & Harlow, T. (2011). A brief guided self-help intervention for psychological distress in palliative care patients: A randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 26(3), 197–205. doi: [10.1177/0269216311414757](https://doi.org/10.1177/0269216311414757)
- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2). doi: [10.4321/S1988-348X2015000200002](https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002)
- Gurgel, L. A., & Lage, A. M. V. (2013). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. *Revista da SBPH*, 16(1), 141–149.
- Ho, A. H. Y., Car, J., Ho, M.-H. R., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., Patinadan, P. V., ... Chochinov, H. M. (2017). A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), Artigo 587. doi: [10.1186/s13063-017-2325-5](https://doi.org/10.1186/s13063-017-2325-5)
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz Carneiro, A., & Barbosa, A. (2014). Efficacy of Dignity Therapy on depression and anxiety in portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688–695. doi: [10.1089/jpm.2013.0567](https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567)
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 482–503. doi: [10.1590/s1414-98932011000300005](https://doi.org/10.1590/s1414-98932011000300005)
- Lamare, R. de, Castro-Arantes, J., & Lo Bianco, A. C. (2019). A escuta do paciente em cuidados ao fim de vida: entre a ética biomédica e a ética do sujeito. *Revista da SBPH*, 22(spe), 28–43.
- Mendes, E. C., & Vasconcellos, L. C. F. de. (2015). Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, 39(106), 881–892. doi: [10.1590/0103-1104201510600030026](https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Artigo e1000097. doi: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097)

- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2019a). Health professionals' mental health: a look at their suffering. *Temas em Psicologia*, 27(4), 993–1006. doi: [10.9788/TP2019.4-12](https://doi.org/10.9788/TP2019.4-12)
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2019b). Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. *Revista da SBPH*, 22(2), 189–210.
- Nucci, N. A. G. (2012). A construção de uma vida e de seu fim. *O Mundo Da Saúde*, 36(1), 59–64.
- Rezende, L. C. S., Gomes, C. S., & Machado, M. E. da C. (2014). A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 28–36.
- Schmidt, B., Gabarra, L. M., & Gonçalves, J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(50), 423–430. doi: [10.1590/S0103-863X2011000300015](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015)
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., Silva, R. D. A. D., ... Delage, A. (2014). Integrative review : concepts and methods used in nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335–345. doi: [10.1590/S0080-623420140000200020](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020)
- Souza, M. T. De, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. De. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. doi: [10.1590/s1679-45082010rw1134](https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134)
- Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., ... Deliens, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 19(3), 394–404. doi: [10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.
- World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. Geneva: World Health Organization.

André Antonio de Oliveira Santos – Psicólogo e Pós-Graduando em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário Cesmac.

Cibelle Araújo e Oliveira – Psicóloga e Pós-Graduada em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos pelo Centro Universitário Cesmac, Mestranda em Estudos Literários pela Universidade Federal de Alagoas.

Clara Mariane Araújo Ferreira – Psicóloga pelo Centro Universitário Cesmac, Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco.

Ana Paula de Oliveira Santos – Psicóloga pelo Centro Universitário Cesmac e Pós-Graduada em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Faveni.

Edna Pereira Gomes de Moraes – Profa. Titular da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió/Alagoas – Fonoaudióloga, Mestrado em Ciências (Distúrbios da Comunicação Humana) pela Universidade Federal de São Paulo, Doutorado em Ciências (Saúde Baseada em Evidências) pela Universidade Federal de São Paulo.

Luciano Bairros da Silva – Prof. do Centro Universitário Cesmac - Maceió/Alagoas – Psicólogo pela Unisinos, Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas, Doutorando do Programa *Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo*, pelo Departamento de *Psicología Social* da *Universidad Autónoma de Barcelona*.