

Competências do psicólogo em cuidados paliativos

Skills of psychologists in palliative care

Martinho, A.R.; Pilha, L.** & Sapeta, P.****

Resumo

Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte, através de uma abordagem multidisciplinar, incluindo as componentes física, psicológica, social,

espiritual, etc., sendo o grande objectivo promover a qualidade de vida e aliviar o sofrimento. Este objectivo estende-se à actuação do psicólogo, porém a intervenção psicológica neste contexto não está claramente definido. Assim, o objectivo deste estudo é averiguar as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente, como com a família. Para responder à questão de partida, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com um horizonte temporal entre 2005 e 2014. Como forma de seleccionar a informação importante foram definidos critérios de inclusão e exclusão assim como, descritores de pesquisa, complementando-se com o método PICOD, para a selecção dos artigos. Como resultados apuraram-se os seguintes: na intervenção psicológica com os doentes e os familiares (gestão de sintomas; questões espirituais, de significado e sentido da vida; psicopatologias; no processo de luto/de perda; ajuste de expectativas; resolução de problemas/preocupações); claudicação familiar. Concluiu-se então que existe benefício na existência de, pelo menos um psicólogo, na equipa de cuidados paliativos, as intervenções deverão seguir maioritariamente uma abordagem cognitivo-comportamentais e a necessidade de um investimento na formação dos psicólogos em cuidados paliativos.

Palavras-chave:

Competências/Papel/Intervenção; Psicólogo; Cuidados paliativos; Doente; Família.

Abstract

Palliative care intended to help terminally ill patients to live as actively as possible until death, through a multidisciplinary approach, including many components, such as physical, psychological, social and spiritual, etc., with the main objective to promote quality of life and alleviate suffering. This objective extends to the action of the psychologist, but the psychological intervention in this context is not clearly defined. Thus, the aim of this study is to investigate the skills of psychologists in palliative care intervention on both the patient and with the family. To answer the initial question, we carried out a systematic literature review, with a time horizon between 2005 and 2014. In order to select the important information were defined inclusion and exclusion criteria as well as descriptors of research, complementing with PICOD method, for the selection of research articles. The results have established the following: the psychological intervention with patients and family members (management of symptoms, spiritual issues, the significance and meaning of life, psychopathology, intervention in grief/loss process, setting expectations, resolution of problems/concerns); family claudication. It was concluded that there is benefit from the existence of at least one psychologist, the palliative care team, interventions should mostly follow one cognitive-behavioral approach and the need for investment in the training of psychologists in palliative care.

Key-words: Competences/Role/Intervention; Psychologist; Palliative Care; Ill/Diseased; Family.

*Mestre em Psicologia Clínica e Saúde, sub-especialização em Intervenções Cognitivo-comportamentais, pela FPCE-UC.

** Licenciada em psicologia pelo ISCTE-IUL e Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela UBI.

***Doutorada em Enfermagem e Mestre em Sociologia.

Coordenadora do mestrado em cuidados paliativos da ESALD-IPCB.

I. Introdução

A cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde. Num ambiente onde predomina o carácter premente da cura ou a prevenção da doença, torna-se difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes incuráveis, com sofrimento intenso. A Organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada.

O aumento de doenças crónicas deve-se em parte ao aumento da esperança média de vida, sendo urgente que os profissionais de saúde e a população em geral se ajustem a esta nova realidade de doenças oncológicas em progressão, demências, AVC's, doenças degenerativas e outras doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas. A prestação de cuidados a estas pessoas e suas famílias designa-se de Cuidados Paliativos.

A APCP (Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos) considera os cuidados paliativos como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro, um imperativo ético, organizacional e um direito humano. Segundo a OMS, estes cuidados correspondem a um trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar que utiliza estratégias de intervenção, preconizando o bem-estar / qualidade de vida e promovendo o alívio do sofrimento físico, social, emocional, espiritual e psicológico da pessoa com uma doença grave, avançada e incurável, bem como dos seus familiares. As directrizes básicas

incluem o controlo de todos os sintomas, quer sejam físicos, psicológicos ou outros; a comunicação eficaz e terapêutica numa relação de ajuda; o cuidado à família; e o trabalho em equipa, em que todos partilham a mesma missão. A EAPC (European Association for Palliative Care, 2013) define como directrizes centrais nos cuidados paliativos a autonomia, dignidade, relação entre doente e profissionais de saúde, qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, comunicação, educação pública, abordagem multiprofissional, perda e luto.

Destaca-se a particularidade de que a unidade de cuidados engloba tanto o doente como a família, intervindo-se em ambos e em parceria. E mais, o trabalho desenvolvido em cuidados paliativos estende-se após o falecimento do doente, abrangendo o acompanhamento da família no processo de luto.

Tendo em conta que os cuidados paliativos só são exequíveis com uma equipa multidisciplinar, a psicologia tem um papel imprescindível na prevenção e alívio do sofrimento do doente e família num processo de doença (Barbero, 2008; Bayés, 2005), surgindo assim a necessidade de definir as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente, como com a família.

A intervenção psicológica é justificável com base nos diversos estudos, nomeadamente numa investigação com doentes com Parkinson's concluiu-se que cerca de 70% dos pacientes sentiram ansiedade e 60% se sentiu deprimido, comumente dos seus

familiares 85% apresentaram também sintomatologia ansiogénica e preocupação face ao doente. Uma boa percentagem referiu queixas relacionadas com a falta de informação, podendo o psicólogo ter um papel preponderante neste processo comunicacional, assim 38% teria gostado de receber mais informações e 42% tiveram problemas práticos que ainda precisavam ser abordados (Saleem, Higginson, Chaudhuri, Martin, Burman, & Leigh, 2012).

A escolha do presente tema surgiu da necessidade de esclarecimento e definição clara da intervenção psicológica nos Cuidados Paliativos tendo em conta a nossa formação de base em Psicologia, pois estas competências não são claras (contrariamente à intervenção médica ou de enfermagem, por exemplo). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012), na nova Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, afirmam que a relevância da intervenção psicológica e o papel dos Psicólogos nos Cuidados Paliativos centra-se em: facilitar o apoio psicológico aos cuidadores profissionais, numa lógica de prevenção do esgotamento e de redução dos riscos psicossociais; facilitar o processo de luto nos doentes e familiares. Centrando-se muito nos profissionais (*burn out*) e nos familiares, não mencionando o núcleo, o doente paliativo. Não existem muitas referências que explicitem as competências do psicólogo em contexto de cuidados paliativos, podendo-se atribuir como causa o facto de que na Inglaterra, onde nasceu a filosofia dos cuidados paliativos, o psicólogo não se

encontra inserido como membro essencial na equipa multidisciplinar (Bertan & Castro, 2009; *citado em* Ferreira, Lopes & Melo, 2011). Para além disso, a ausência de antecedentes históricos da intervenção psicológica nos cuidados paliativos e não definição de limites de conhecimento em psicologia também condicionam a investigação e obtenção de conclusões viáveis. Como tal, espera-se que esta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) possa contribuir para o estabelecimento de directrizes no campo da psicologia, nos cuidados paliativos, em Portugal, o que poderá inclusive constituir um guia de orientação de boas práticas do psicólogo, neste contexto (Ferreira, Lopes & Melo, 2011). De uma forma geral, o psicólogo deverá fornecer o suporte necessário para promover a qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de doenças sem cura, mantendo o equilíbrio nas suas relações com os outros profissionais e encontrando vias de comunicação, que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes (Ferreira, Lopes & Melo, 2011).

Assim sendo, segundo a APA (2005), a intervenção do psicólogo em cuidados paliativos abrange as seguintes áreas: intervenção clínica, educação e treino, investigação e papel institucional. Dentro da primeira, o psicólogo realiza psicoterapia para a depressão e ansiedade, controlo de sintomas e dor (estratégias de relaxamento, imagética, distração, etc. – não farmacológicas), intervenção cognitivo-comportamental/grupal e junto dos doentes/ familiares.

Tendo em conta as restantes áreas, acrescenta-se: a assistência ao doente, família, assessoria dos membros da equipa, *counselling*, formação e entretenimento, desenvolver investigações e publicações científicas, apoio psicológico à equipa, supervisão da mesma, investigação e intervenção clínica (EAPC).

É expectável que as competências do psicólogo se centrem no alívio do sofrimento do doente e da família, e que facilitem o processo de adaptação à doença e à morte (estratégias de *coping* adaptativas). O psicólogo terá que ter competências para intervir em sintomas psicopatológicos, perturbações psicológicas, no processo de luto, em comportamentos desajustados face ao processo de fim de vida, controlo de sintomas, *counselling*, corresponder às necessidades emocionais, acontecimentos críticos, através essencialmente de estratégias de comunicação e técnicas de intervenção psicológica (Martínez & Barreto, 2002).

I. Metodologia

O desenvolvimento deste trabalho partiu da seguinte **questão central**: Quais são as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente como com a família?

Pretende-se com o presente trabalho atingir os seguintes **objectivos**:

- a) Conhecer as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção com o doente;
- b) Identificar as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção com a família.

Com o intuito de seleccionar os artigos importantes para a realização desta revisão sistemática da literatura definiram-se **critérios de inclusão e exclusão**, sendo eles:

- a) Inclusão: horizonte temporal (de 9 anos: entre 2005 e 2014); estudos empíricos: qualitativos e quantitativos; adultos; contexto: hospital de agudos, equipas de cuidados paliativos, comunidade, unidade ou lar.
- b) Exclusão: crianças em cuidados paliativos; intervenção psicológica com a equipa, em cuidados paliativos.

Neste processo de selecção foram definidos os seguintes **descritores de pesquisa**:

- Psicólogo + “Cuidados Paliativos” + Doente OR Família NOT Crianças*;
- *Psychologist* + “*Palliative Care*”;
- *Role of Psychologist* + *Palliative Care*;
- Papel do Psicólogo + Cuidados Paliativos;
- Intervenção do Psicólogo em Cuidados Paliativos;
- *Psychologist Interventions in Palliative Care*.
- Psicoterapia + Cuidados Paliativos
- *Psychotherapy* + *Palliative Care*

Reviu-se literatura científica publicada entre 2005 e 2014 nas seguintes bases de dados, de referência e de texto integral:

- Biblioteca do Conhecimento Online B-One; ProQuest; PsycINFO; SciELO; Web of Science; PubMed; ClinicalKey; MDConsult; EBSCO; Redalyc.

- Motores de busca Google e ResearchGate;
- Consultámos listas de teses, do Repositório da Universidade de Lisboa;
- Referências bibliográficas referidas nos artigos analisados.

Tendo em conta que nos propusemos realizar uma RSL definimos o método **PICOD** cujos parâmetros essenciais permitiram a selecção dos artigos:

- P – Participantes;
- I – Intervenção;
- C – Comparações;
- O – (Outcomes) Resultados;
- D – Desenho do estudo.

Para o desenho do estudo realizou-se o **PICOD** com o objectivo de se definir os pontos a conter na RSL:

P: Quem foi estudado?

- Doentes (somente adultos) e familiares/cuidadores informais e o Psicólogo, a receber cuidados paliativos, tanto em domicílio, como em regime intra-hospitalar (agudos e paliativos), Lar e Unidades de cuidados continuados.

I: O que foi feito?

- Diferentes tipos de intervenções psicológicas/psicoterapias com o doente e família;
 - Interação/Relação Psicólogo-Doente;
 - Interação/Relação Psicólogo-Família;
 - Papel/práticas comuns do Psicólogo em cuidados paliativos.

[C] – Se podem existir ou não? Quais?

O: Resultados, efeitos ou consequências relacionados com intervenções psicológicas, prática do psicólogo, psicoterapias, funções/papel,

dificuldades/obstáculos, em contexto de cuidados paliativos.

D: Desenho do estudo: Metodologias Qualitativas e Quantitativas.

II. Análise dos dados e resultados

Identificação e Selecção dos Estudos Relevantes

É de salientar que a primeira e principal fase desta Metanálise, a pesquisa, foi complexa, dada a escassez de artigos encontrados, que fossem directamente relacionados com o tema.

A partir do *abstract* seleccionámos 33 artigos, 5 revisões, 2 teses; após uma leitura mais detalhada eliminámos os que não cumpriam os critérios, 22 trabalhos de investigação.

No total seleccionámos 18 trabalhos: 14 artigos, 1 tese de mestrado e 3 revisões da literatura, das quais 1 é uma revisão não sistemática.

Sendo que da nossa amostra, podemos concluir que 2010 foi o ano de maior número de publicações (com 5), seguindo o ano 2014 (com 3). Em relação ao país de origem dos estudos, destaca-se mais investigações nos países Estados Unidos, Austrália e Reino Unido (com 4 estudos cada país). A nível metodológico, percebemos que a maioria dos estudos foi de natureza quantitativa e logo a seguir a qualitativa. Como participantes nos estudos encontraram-se, maioritariamente, doentes e familiares/cuidadores informais, o que talvez possa ser indicador da necessidade de pesquisa deste tema, do ponto de vista do psicólogo.

Todos os trabalhos incluídos respondem de algum modo à questão inicial, fornecendo conceitos, factores, características, funções/papel do psicólogo, assim como as suas intervenções e benefício das mesmas junto dos doentes e familiares/cuidadores, num contexto de cuidados paliativos.

Os resultados obtidos foram confrontados também com o recomendado por documentos elaborados por organizações nacionais e/ou internacionais, na forma de guias orientadores e definidores das competências do psicólogo em cuidados paliativos, de que são exemplos: OPP –

Ordem dos Psicólogos Portugueses; APA – American Psychology Association; DGS- Direcção Geral de Saúde; EAPC - European Association for Palliative Care; APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; BPS – The British Psychological Society; SECPAL – Sociedade Española de Cuidados Paliativos.

Nos gráficos seguintes apresentamos a sua distribuição por ano de publicação e o país de origem do estudo, é importante salientar que algumas das investigações foram realizadas em mais do que um país, portanto o valor N pode ser diferente de 18.

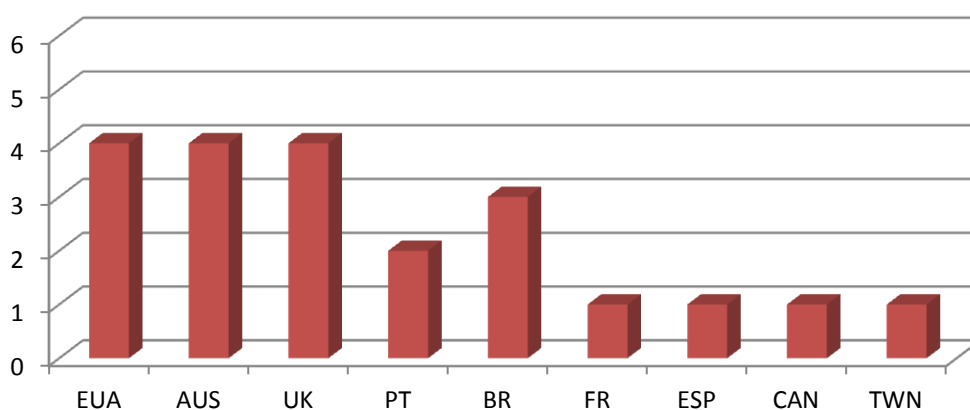


Gráfico 1. Distribuição por País de Origem do Estudo

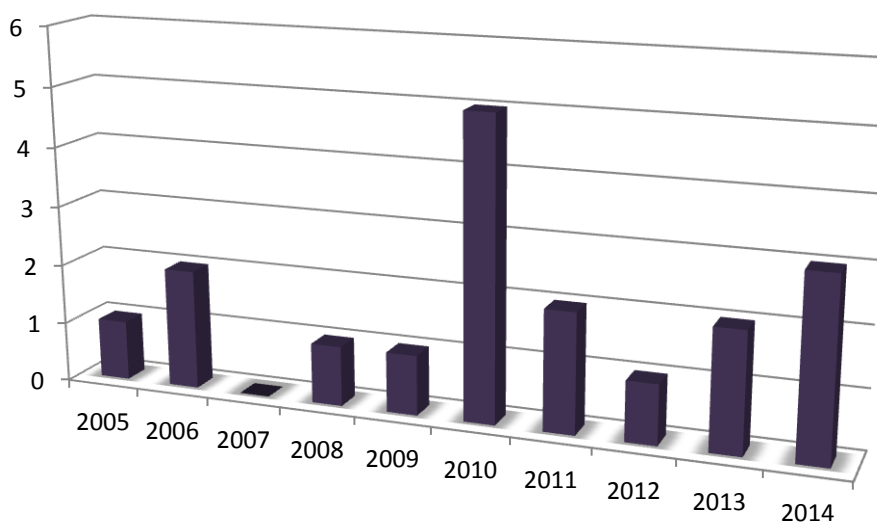


Gráfico 2. Distribuição por Ano de Publicação

Objectivos da intervenção psicológica

A intervenção psicológica para os pacientes que se aproximam da fase terminal, tem o potencial de melhorar a sua qualidade de vida. A psicologia em cuidados paliativos tem vindo a comprovar a sua importância no bem-estar espiritual, no encontro de sentido/significado (de vida ou outros), e na necessidade da abordagem das questões da terminalidade da pessoa (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, & McClement, 2005; Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Nelson, Tomarken, Timm, Berg, Jacobson, Sorger, Abbey, & Olden, 2010; Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira, Reis, 2010; Melo, Valero, Menezes, 2013).

A literatura demonstra que as técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) produzem uma melhoria significativa na capacidade dos profissionais de cuidados paliativos em reconhecer problemas emocionais e pensamentos distorcidos dos pacientes. Selecionando e utilizando estratégias e técnicas TCC apropriadas, poder-se-ão proporcionar aos doentes uma “nova” visão, ajustada à sua realidade, mudando o seu comportamento e recuperando o controlo da sua própria vida (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, & McClement, 2005; Mannix, Blackburn, Garland, Gracie, Moorey, Reid, Standart, & Scott, 2006).

O grande objectivo da acção do psicólogo é aliviar o sofrimento causado pelas alterações emocionais e favorecer o objectivo principal dos cuidados paliativos. A sua principal função é o apoio aos doentes e família: avaliação,

estabelecimento de objectivos, plano de actuação, intervenção psicológica e articulação com os outros profissionais da equipa. (Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008).

Intervenção com o doente

Seguidamente, será realizada uma listagem de todas as competências do psicólogo, encontradas nos estudos seleccionados, na intervenção com o doente:

- Guiar o processo de facilitação da tomada de decisão (principalmente as mais complexas), de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover as despedidas;
- Identificar as fontes de *stress* e intervir neste sentido, nomeadamente face à sintomatologia, tratamentos ou situações com estratégias e técnicas psicológicas que permitam reduzir os mesmos;
- Intervir na crise e mudanças de humor;
- Promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos;
- Favorecer a adaptação à doença, com promoção de estratégias de *coping* adaptativas e de treino de contingências;
- Potenciar a comunicação doente-família (para resolução de conflitos e reduzir as barreiras de comunicação);
- Desenvolver reestruturação cognitiva (de pensamentos distorcidos e crenças erróneas);
- Estabelecer objectivos reais, ajustáveis e realizáveis;
- Permitir a antecipação de possíveis situações para uma melhor decisão;
- Promover o sentido de vida e significado para cada situação nova;

- Trabalhar os medos e fobias;
- Planificar actividades de gratificação e de compensação (hierarquizando as mesmas);
- Proporcionar o processo de elaboração das diversas perdas inerentes ao processo de doença vivenciado;
- Promover a segurança, auto-estima, e auto-imagem mais positivas (Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008; Demiris, Oliver, Washington, Fruehling, Haggarty-Robbins, Doorenbos, Wechkin, & Berry, 2010; Roletto, 2013);
- Potenciar o controlo da sintomatologia, nomeadamente da dor (Hudson, Remedios, & Thomas, 2010).
- Intervir na ansiedade decorrente, de uma consciencialização da finitude da vida;
- Trabalhar a angústia existencial, prevenindo-se a sedação paliativa para alívio do sofrimento psicológico;
- Facilitar a gestão e ajuste das expectativas e reacções perante a inquietação terminal e delírio normativas da fase final da vida, satisfazendo as suas necessidades (de informação, comunicação e apoio psicológico) (Golijani-Moghaddam, 2014).

Para além das competências já referidas, também na intervenção se destacou a psicoterapia de grupo. Uma investigação levada a cabo por Breitbart e colaboradores (2010) revelou a importância desta área, num estudo sobre a eficácia de psicoterapia de grupo centrada no significado. Esta estruturou-se em 8 sessões nas quais se trabalharam os temas relacionados com

o significado do cancro numa fase avançada: (1) exploração dos conceitos e fontes de significado; (2) cancro e significado; (3) fontes históricas do significado da vida – herança/passado; (4) fontes históricas do significado – herança/presente e futuro; (5) Origens da atitude face às limitações de vida; (6) origens fontes criativas de significado: criatividade e responsabilidade; (7) origens das experiências sensoriais; (8) rescisão: despedidas e esperança para o futuro. Por outras palavras, os objectivos estipulados passaram pela compreensão da relação e o impacto do cancro, no caso de significado e identidade, e colocando a própria vida num contexto histórico e pessoal (ou seja, a compreensão de uma “herança”). Comparativamente, efectuou-se num grupo psicoterapia de apoio com a mesma duração, com sessões focadas na discussão de questões que emergem dos pacientes, sobre como lidar com o cancro. Ambas as intervenções grupais obtiveram benefícios terapêuticos, enumerando-se: melhoria do bem-estar espiritual, maior sentido de significado, redução do sofrimento psicológico, melhorias modestas na desesperança, desejo de morte e de ansiedade.

Segundo Breitbart, *et al.*, (2010) a terapia a cognitivo-comportamental demonstra ser a melhor abordagem na intervenção com o doente paliativo deprimido.

Dos artigos incluídos nesta RSL alguns debruçaram-se sobre a eficácia da Terapia da Dignidade, no âmbito dos cuidados paliativos. Esta é uma psicoterapia breve única e individual, que foi desenvolvida com o objectivo de aliviar o sofrimento e melhorar a experiência de fim de vida. A validação

obtida através de estudos empíricos, apontam para os benefícios da mesma, nomeadamente o facto dos pacientes a terem considerado eficaz. Foi demonstrado que houve uma melhoria a nível da qualidade de vida, do sentido de dignidade; proporcionando também mudanças na família, melhoria na sintomatologia depressiva e questões de esperança. Comparativamente, existiu uma abordagem paralela designada de “Cuidado Centrado no Cliente” (*Client Centred Care*), sendo esta uma abordagem psicoterapêutica de suporte, em que o profissional de saúde orientou o paciente através de discussões com foco no “aqui e agora” e nos problemas, ou seja, os participantes foram questionados sobre a sua doença, sintomas associados, e estratégias utilizadas para lidar e tentar resolver a sua angústia (Chochinov, Kristjanson, Breitbart, McClement, Hack, Hassard, & Harlos, 2011; Chochinov, H. *et al.*, 2005).

Através da intervenção psicológica e tendo em conta as competências do psicólogo é possível cumprir um dos princípios básicos da filosofia dos cuidados paliativos, que é proporcionar qualidade de vida, principalmente nos momentos que precedem a terminalidade, tentando que seja desde o diagnóstico até o momento da morte (Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2010).

Existem também barreiras que poderão condicionar o papel do psicólogo, nomeadamente a resistência por parte dos pacientes, se os mesmos consideram ou atribuem mais competências aos médicos e enfermeiros para a redução ou controlo da sintomatologia, mesmo que ansiogénica ou depressiva.

Intervenção com a família/cuidadores informais

Os **familiares/cuidadores informais** consideram o acompanhamento psicológico fundamental, nomeadamente em intervenções-chave como: na promoção da aceitação da morte iminente do doente e assumir o papel de intermediário, na gestão do fim de vida da pessoa (Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter, & Guirimand, 2014); na gestão de conflitos e resolução de problemas/dúvidas/anseios (Demiris, G. *et al.*, 2010) e no processo de luto (Kissane, McKenzie, Bloch; Moskowitz, McKenzie, O’Neill, 2006).

À semelhança do descrito, anteriormente, para a intervenção junto do doente, também neste ponto se irá realizar uma listagem de todas as competências do psicólogo, encontradas nos estudos seleccionados, (Kissane, *et al.*, 2006; Demiris, *et al.*, 2010; Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008; Roletto, 2013):

- Prevenir as barreiras da comunicação família/doente ou intervir junto das mesmas quando estas surgem (conspiração do silêncio ou dificuldades na comunicação);
- Permitir a expressão e diferenciação de emoções, sentimentos e pensamentos, com base em estratégias que permitam a sua validação, normalização e elaboração (reestruturação cognitiva);
- Prevenir e intervir na claudicação familiar-emocional;
- Reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas,

assim como na alteração de humor e sintomatologia de ansiedade;

- Facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de *coping* e recursos internos adequados;

- Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como co-terapeutas, ao nível emocional;

- Ajustar expectativas à realidade; facilitar a aceitação da situação pelos familiares;

- Identificar e intervir nos medos;

- Aconselhar sobre a gestão emocional com menores e/ou pessoas com alguma dificuldade de compreensão;

Nesta revisão da literatura foram apontadas na intervenção psicológica com os cuidadores mais algumas vertentes ou problemáticas, nomeadamente:

- Na qualidade do sono;

- Na satisfação de necessidades, sendo que a psicoeducação se revelou uma estratégia positiva e significativa, com efeitos na preparação, competência, recompensa e reduzidas necessidades não satisfeitas;

- Na promoção de esperança. (Hudson, Remedios, & Thomas, 2010)

Segundo o estudo realizado por Demiris, G. et al. (2010), acerca de um estudo piloto, sobre A Intervenção em Resolução de Problemas para Cuidadores em *Hospice*, no mesmo é explorada uma intervenção psicoterapêutica focada na resolução de problemas (PSI).

A Intervenção focada em Resolução de Problemas (PSI) foca-se em princípios de mudança de comportamento

derivados dum quadro teórico. PSI aborda quatro capacidades/*skills*: (1) a definição e formulação de problemas, que envolve a recolha de dados e informações, articulando o problema em questão, clarificando-o, identificando o desafio, e estabelecendo metas realistas; (2) gerar estratégias alternativas; (3) a tomada de decisão; e (4) implementação da solução. A abordagem actual utilizada para aplicar o PSI é resumida pelo acrónimo ADAPT, que inclui as tarefas seguintes:

A= Atitude: sugere que, antes de se tentar resolver um problema, o indivíduo deve adoptar uma atitude positiva e optimista.

D= Definir: recomenda que os indivíduos definam o problema através da obtenção de factos relevantes, identificação de obstáculos, especificando metas realistas.

A= Alternativas: encorajar a produção de uma variedade de alternativas para a superação dos obstáculos identificados e atingir as metas.

P= Prever: pede aos indivíduos para prever tanto as consequências positivas como as negativas para cada alternativa e escolher aquela que providencie a maior probabilidade de alcançar a meta.

T= *Try Out*: instrui as pessoas a implementar a solução na vida real e monitorar seus efeitos.

PSI é uma breve intervenção cognitivo-comportamental estruturada, que ensina os indivíduos estratégias de *coping*, para resolução de problemas, no sentido de os ajudar a lidar com eventos negativos *major* da sua vida, bem como os

problemas diários que os deixam ansiosos ou deprimidos.

Um outro estudo analisado é convergente com as informações supracitadas, reforçando a importância da intervenção psicológica: Na facilitação do processo comunicacional doente/família e vice-versa; Em proporcionar ventilação e suporte emocional face à expressão de emoções e sentimentos associados aos diversos acontecimentos que causam bastante sofrimento, estando inerente a escuta activa e relação empática; Em facilitar a resolução de conflitos, despedidas (pedidos de desculpas, agradecimentos, etc.) e assuntos pendentes para que seja necessária uma preparação para o processo de morrer e elaboração da perda; Trabalhar os medos, inseguranças e sentimentos de culpa associados a este processo de doença (Schmidt, Gabarra, & Gonçalves, 2011).

Na análise realizada vários autores salientaram a importância da intervenção específica no processo de luto, com os cuidadores informais.

Numa das investigações sobre o processo de luto, concluiu-se que os factores cujos cuidadores informais/familiares, consideram ser importantes nesta questão são: as experiências enquanto cuidador (ex. o tempo de cuidado/qual a doença), o planejar com antecedência a assistência necessária, anterior contacto com a prestação de cuidados/com a morte e a preparação para o impacto (má notícia). As conclusões deste estudo evidenciaram a importância da comunicação por profissionais (equipa), informações e prognósticos comunicados assertivamente gerando

um menor grau de incerteza (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009).

A maioria dos estudos revela que o principal instrumento para gerir a incerteza é a comunicação, que inclui informação confiável centrada numa boa relação.

Kissane e colaboradores (2006) investigaram com várias famílias e doentes o impacto de uma intervenção focada no luto, através de uma abordagem sistémica. Esta intervenção visa prevenir as complicações de luto ao promover a melhoria do funcionamento da família, através da exploração da sua coesão, comunicação (de pensamentos e sentimentos), e gestão de conflitos. A história da doença e o luto associado são compartilhadas no processo. A terapia familiar focada no luto tem três fases: 1) avaliação (1 ou 2 sessões semanais) concentra-se na identificação de problemas e preocupações relevantes para a família/cuidadores e a elaboração de um plano para lidar com os mesmos, 2) intervenção (geralmente 2 a 4 sessões) concentra-se sobre as preocupações comuns, e 3) finalização (1 ou 2 sessões) consolida ganhos e enfrenta o final da terapia. A frequência e o número de sessões em cada fase são modificados atendendo às necessidades de cada família. Salientaram do funcionamento psicossocial em membros da família enlutada, especialmente os níveis de *stress*, depressão e ajustamento social, que são relevantes para avaliar/prevenir o luto complicado. Esta terapia sistémica revelou ser uma mais valia para família, tanto como forma de prevenção de luto complicado e/ou patológico, como instrumento para diminuir a hostilidade,

frustração, problemáticas familiares e gerir conflitos.

Para que se consiga eficazmente preparar o cuidador e familiares, os profissionais de saúde, nomeadamente, o psicólogo com formação específica (ter competências comunicacionais), devem conseguir numa fase inicial estabelecer uma relação empática e, acima de tudo, de confiança, fornecendo-lhes informação confiável para as suas incertezas, permitir o tempo e espaço que necessitam para que possam processar e assimilar a informação e completar tarefas importantes (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009).

III. Conclusões

A realização desta revisão da literatura, apesar de laboriosa, foi interessante e desafiadora. Deparamo-nos com poucos estudos desenvolvidos, recentemente, relacionados com o tema, resolvendo aumentar o horizonte temporal, para tentar enriquecer a nossa pesquisa.

Os estudos na sua generalidade, quanto aos resultados e conclusões são muitos similares, apesar de realizados em países diferentes.

Resumidamente, a intervenção do psicólogo clínico nos cuidados paliativos abrange as seguintes competências:

Antes do processo de doença: promoção da saúde, planeamento da assistência de antecedência, ações de sensibilização e programas de psicoeducação;

Após o diagnóstico: apoiar os pacientes e familiares, oferecer orientação/formação para os

profissionais, facilitar a comunicação profissional-paciente;

Durante a doença avançada/ processo de morte: desenvolvimento da intervenção psicossocial com os pacientes e famílias, através de intervenções que abordem: antecipação de eventuais reacções, questões existenciais e espirituais, perturbações psicológicas e psiquiátricas, dor e gestão de outros sintomas físicos, planeamento da assistência atempadamente, revisão de memórias, acontecimentos de vida e resolução de problemas, preocupações ou assuntos não resolvidos;

Luto: trabalhar as diversas perdas com o doente, identificar fatores de risco nos familiares pessoas enlutados e realizar terapia de luto (Golijani-Moghaddam, 2014).

Em síntese, pudemos apurar, relativamente ao papel do psicólogo em contexto de cuidados paliativos, especificamente com doentes e cuidadores informais:

- A importância do diagnóstico (antecipado) de sintomas psicopatológicos, assim como da intervenção psicoterapêutica. Como tal, os benefícios da existência de, pelo menos um psicólogo, na equipa de cuidados paliativos;

- Uma maior frequência de intervenções cognitivo-comportamentais, dada evidência científica demonstrada pelas mesmas;

- O dever de investir na formação específica dos psicólogos em cuidados paliativos. Tal como estabelecido em diferentes *guidelines*, mas também na proposta da revisão do programa

nacional de cuidados paliativos (2008-2016), da DGS: Os profissionais que se dedicam à prática de cuidados paliativos necessitam de uma preparação diferenciada nesta área. A formação especializada em cuidados paliativos exige, para além da diferenciação profissional adequada, formação teórica específica e experiência prática efectiva em cuidados paliativos. A formação avançada em CP corresponde a uma formação diferenciada mais alargada e aprofundada e a uma experiência prática efectiva e prolongada em Unidades de Cuidados Paliativos. A formação diferenciada na área dos CP é uma condição essencial e imprescindível para a qualidade e organização dos cuidados;

- A positiva contribuição da intervenção, do psicólogo, para a diminuição de sintomas negativos tanto no doente, como no cuidador, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente, prevenir *stress* no cuidador e quadros posteriores de luto complicado e/ou patológico. Compreendendo que deste processo de interacção podem advir contributos terapêuticos positivos, para o doente e seus familiares, então esta é uma função (de psicólogo) de excelência, que deve, obrigatoriamente, fazer parte integrante duma equipa, de cuidados paliativos. O qual deve obter formação específica, aperfeiçoando os seus saberes, competências e habilidades.

Segundo a proposta da revisão do programa nacional de cuidados paliativos (2008-2016), da DGS: As Equipas Intra-hospitalares de Suporte e as Equipas Comunitárias de Cuidados

Paliativos são equipas multidisciplinares que incluem, no mínimo, as seguintes condições:

- 1) Um médico com formação diferenciada em cuidados paliativos
- 2) Um enfermeiro com formação diferenciada em cuidados paliativos
- 3) Apoio psiquiátrico / psicológico
- 4) Apoio de fisioterapia / fisioterapia
- 5) Apoio espiritual
- 6) Apoio social
- 7) Secretariado próprio

Percebemos também que será então importante que o psicólogo continue a desbravar caminho neste sentido, desmitificando o papel da psicologia neste contexto, com o apoio e colaboração da equipa (Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter, & Guirimand, 2014). Neste sentido, cada elemento tem a obrigação de definir junto do paciente quais as funções de cada área/ profissional na equipa multidisciplinar.

Na leitura dos artigos apercebemo-nos que mencionaram a abordagem psico-oncológica como uma mais valia, tanto na preparação dos profissionais como uma área já desenvolvida, previamente, aos cuidados paliativos, que influenciou e alertou positivamente os psicólogos para algumas competências, que demonstraram ser úteis no contexto dos CP.

Tendo por base recomendações da APCP, podemos afirmar que os psicólogos são equiparados a qualquer outro profissional de saúde como é o caso do médico, por exemplo. A actuação e intervenção psicológica têm um grande impacto no doente/família em cuidados paliativos, importando reduzir o seu sofrimento emocional e permitir que a vida seja vivida

intensamente (sejam semanas, meses ou anos), com máxima qualidade de vida possível, com dignidade, aceitando a morte como uma etapa natural inerente ao ciclo de vida.

A quase totalidade dos estudos salientou a importância do apoio psicológico, subjacentes ao processo da doença advém outras problemáticas específicas e alterações, que esse mesmo acarreta (gerador de sofrimento emocional), são os sentimentos negativos (tristeza, medos, ansiedade, raiva, culpa, revolta, angústia) que podem ou não ser adaptativos numa situação de crise ou de mudança, requerendo ou não tanto de uma intervenção preventiva, como adaptativa. Dados avançados pelo IPOFG indicam que, um terço dos doentes desenvolve *distress* (sofrimento psicológico causado pela doença) de um

nível elevado, justificando o recurso à intervenção psicológica.

Recomenda-se que existam mais investigações nesta área, principalmente em Portugal, deixando-se o desafio de pesquisa sobre a intervenção do psicólogo com crianças e adolescentes, em cuidados paliativos e/ou com os profissionais das próprias equipas.

Resta-nos ultimar com um quadro síntese (Quadro 1.), das áreas/aspectos de intervenção e competências mais mencionadas (nos artigos seleccionados) do psicólogo em cuidados paliativos. Esclarecendo que todos os artigos cumpriram os critérios, estudando sempre o doente, familiares/cuidadores informais e o psicólogo, no entanto na conclusão mencionavam sempre a relação e impacto do psicólogo na equipa, assim como, a necessidade/pertinência de formação específica, portanto considerámos pertinente incluir essa informação.

Quadro 1. Síntese das Áreas de intervenção e Competências do Psicólogo em Cuidados Paliativos

(Chochinov, *et al.*, 2005; Trancas, *et al.*, 2010; Melo, *et al.*, 2013; Roletto, 2013; Fan *et al.*, 2014)

<p>O Doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar o processo de facilitação da tomada de decisão, de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover as despedidas; - Potenciar a comunicação doente-família; - Identificar as fontes de stress e intervir neste sentido; - Intervir na crise e mudanças de humor; - Promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos; - Favorecer a adaptação à doença, com promoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas e treino de contingências; - Estabelecer objectivos reais, ajustáveis e realizáveis; - Trabalhar os medos e fobias; - Promover o sentido de vida e significado para cada situação nova; - Proporcionar o processo de elaboração das diversas perdas inerentes ao processo de doença vivenciado; - Potenciar o controlo da sintomatologia, nomeadamente da dor; <p>Alívio do sofrimento psicológico.</p>
<p>A Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir as barreiras da comunicação família/doente; - Permitir a expressão e diferenciação de emoções, sentimentos e pensamentos; - Reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas, assim como na alteração de humor e sintomatologia ansiosa; - Facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de coping e recursos internos adequados; - Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como co-terapeutas, ao nível emocional; - Ajustar expectativas à realidade; facilitar a aceitação da situação pelos familiares; - Identificar e intervir nos medos; - Aconselhar sobre a gestão emocional com

	menores e/ou pessoas com alguma dificuldade de compreensão.
A Equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde para cuidar dos doentes (abordagem multidisciplinar): recolher informações e efectuar avaliações, consultar os membros da equipa adequados, assistir a discussões de casos clínicos, coordenar a aprovação de um plano de cuidados; - Formação/Educação específica ou a partilha de conhecimento; - O apoio emocional à restante equipa; - Promover a aceitação popular dos cuidados paliativos, dando palestras ou através de publicações; - Pesquisa/investigação na área dos cuidados paliativos.
Comunidade	- Promover a aceitação popular dos cuidados paliativos, dando palestras ou através de publicações.
Investigação	- Pesquisa/investigação na área dos cuidados paliativos.

Quadro 2. Revisões Sistemáticas dos Artigos Seleccionados

Título do Artigo	Intervenções	Outcomes/ Resultados
1. Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos?		
Autores	Roletto, A.	
Referência	Tese de Mestrado	
Ano / País	2013 /Portugal	
Participantes	6 Psicólogas	
Desenho do Estudo	Qualitativo	
Limitações do Estudo	Não referidas	
Comparações	Não referidas	
	O estudo qualitativo foi realizado com 6 Psicólogas qualificadas, apenas 1 sem formação em CP, no sentido de explorar/analisar a sua auto-percepção sobre funções/competências do psicólogo, em cuidados paliativos. Realizaram entrevista, com um guião com 5 questões, abertas, e posterior análise interpretativa dos resultados.	Revelaram-se 5 temas principais, que representam as 5 questões colocadas nas entrevistas e que genericamente se referem a: 1- Funções e tarefas do psicólogo na equipa de Cuidados Paliativos; 2 – Contributos exclusivos do psicólogo para a equipa de Cuidados Paliativos; 3- Dificuldades sentidas pelo psicólogo para trabalhar em Cuidados Paliativos; 4- Necessidades de formação do psicólogo para intervir em Cuidados Paliativos e, 5 – Áreas de formação consideradas necessárias para o psicólogo intervir em Cuidados Paliativos. As principais áreas mencionadas foram: O doente e a família (os mais abordados), a equipa, a comunidade e a investigação.
2. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic	Estudo quantitativo , comparativo, doentes	Verificou-se um aumento da sensação de dignidade, do sentido e significado da vida, diminuição dos sintomas

<i>Intervention for Patients Near the End of Life</i>		foram testados pré e pós-intervenção da Terapia da Dignidade.	depressivos e ansiosos.
Autores	Chochinov, H. et al.		
Referência	<i>Journal of clinical oncology</i> , 23(24), 5520-5525.		
Ano / País	2005/ Canadá e Austrália		
Participantes	100 Doentes terminais, com capacidades cognitivas		
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas/		
Limitações do Estudo	Não Referidas		
Comparações	Análise comparativa pré e pós intervenção		

<i>3. Family Focused Grief Therapy: A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement</i>			
Autores	Kissane, D. et al.		
Referência	<i>American Journal of Psychiatry</i> , 163(7), 1208-1218.		
Ano / País	2006/ Austrália	Estudo quantitativo, compararam um grupo de controlo com outro em que interviram com Terapia focada no Luto	Verificou-se potencial nesta intervenção para prevenir o desenvolvimento de luto complicado e/ou patológico, tanto em intermediários como em familiares directos e que o cuidar é essencial para evitar o aumento de conflito em famílias hostis e não-hostis.
Participantes	Grupo Controlo: 130 indivíduos em 28 famílias; Grupo Terapêutico: 232 indivíduos em 53 famílias.		
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas		
Limitações do Estudo	Não Referidas		
Comparações	Análise comparativa entre Grupo Controlo/Terapêutico		

4. A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study			
Autores	Demiris, G. et al.	O estudo quantitativo foi realizado com 29 familiares, no contexto de cuidados paliativos.	
Referência	<i>Journal of palliative medicine</i> , 13(8), 1005-1011.	Desenvolveram um estudo piloto, sobre A	
Ano / País	2010/ EUA	Intervenção em Resolução de Problemas para	Depois da intervenção os cuidadores revelaram níveis inferiores de ansiedade, melhoria das capacidades de resolução de problemas e redução do impacto negativo de ser cuidador.
Participantes	29 Familiares/ cuidadores informais	Cuidadores em Hospice, no mesmo é explorada uma intervenção psicoterapêutica focada na resolução de problemas (PSI) e a sua eficácia, junto dos mesmos.	
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Análise comparativa pré e pós-intervenção		
5. A intervenção psicológica em cuidados paliativos			
Autores	Melo, C., Valero, F., & Menezes, M.	Revisão da literatura específica no contexto da produção do conhecimento nos últimos 11 anos e tem como objetivo analisar os referenciais teóricos e as técnicas utilizadas por psicólogos no atendimento a adultos em CP, inclusive a pacientes terminais e seus familiares/ cuidadores.	
Referência	<i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> , 14(3), 452-469.	Investigou-se o conceito, características e contextos que oferecem CP, bem como as intervenções psicológicas realizadas.	
Ano / País	2013 /Brasil		A análise permitiu observar que o psicólogo realiza intervenções relevantes em CP, considerando a intensidade do sofrimento que os pacientes e familiares/cuidadores apresentam nessa fase da doença, com a proximidade da morte. Contudo, a carência de publicações na área da psicologia serve de alerta para a inclusão dos CP na formação destes profissionais, pois, de um total de 149 referências encontradas, apenas 21 abordaram a intervenção psicológica em CP.
Participantes	Interacção/Intervenção Psicólogos-doentes		
Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura		
Limitações do Estudo	Dificuldades na pesquisa/poucos estudos		
Comparações	Não referidas		
6. Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas			
Autores	Trancas, B. et al.	Os autores efectuam uma revisão centrada no rastreio e avaliação da depressão clínica em doentes com doença oncológica/ terminal (factores de risco, instrumentos e estratégias) e no seu tratamento (psicoterapia, farmacoterapia e	Têm sido isolados factores de risco para o aumento da probabilidade de depressão em contexto oncológico, o que pode, aliado a uma estratégia de rastreio, porventura utilizando instrumentos validados como a <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS), permitir aumentar a capacidade de detecção de casos. A revisão das opções terapêuticas mostra que estas devem ser personalizadas e baseadas numa intervenção multidisciplinar, psicofarmacológica e psicoterapêutica, ainda que não recolham para já a melhor evidência baseada em ensaios clínicos aleatorizados. Sublinha-se a necessidade dos técnicos de saúde disporem de tempo para o doente, o que maximiza a sua capacidade de detecção da depressão clínica e subsequente tratamento e permite estabelecer uma relação compreensiva e empática, validando a existência e o sofrimento do doente.
Referência	<i>Acta Médica Portuguesa</i> , 23(6), 1101-12.		
Ano / País	2010 /Portugal		

Participantes	Relação, diagnóstico, intervenção: Psicólogos-doentes	prestação de cuidados).Revisão não sistemática da literatura. A pesquisa foi efectuada na base de dados <i>Pubmed</i> utilizando as seguintes palavras chave no campo <i>title/abstract: cancer, oncology, depression, psychiatry, morbidity, screening, treatment, psychotherapy, psychiatric status rating scales</i> , sem restrição temporal. Incluíram-se artigos redigidos 1em Português, Inglês ou Castelhana. Foram ainda pesquisadas e incluídas fontes bibliográficas citadas nos artigos encontrados.
Desenho do Estudo	Revisão não Sistemática da Literatura	
Limitações do Estudo	Não referidas	
Comparações	Não referidas	

7. Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care

Autores	Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M.		
Referência	<i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i> , 1-8.	O estudo qualitativo foi realizado com 9 Psicólogos	
Ano / País	2014 /Taiwan	qualificadas, no sentido de explorar/analisar a sua auto-percepção sobre funções/competências do psicólogo, assim como as suas dificuldades em cuidados paliativos. Realizaram entrevistas semi-estruturadas, um <i>focus group</i> em que só participaram 4 e posterior análise interpretativa dos resultados.	Foram identificadas os seguintes quatro temas principais: (1) se os psicólogos na sua essência, como cuidadores demonstrariam naturalmente carinho e companhia; (2) o processo de dinâmico incluía avaliação psicológica, intervenção e avaliação, com base em conhecimento psicológico; (3) que precisavam modificar o cuidar usando um quadro integrador, estabelecendo metas concretas e usando técnicas com flexibilidade; e (4) que enfrentaram desafios externos e internos neste domínio. No conteúdo das respostas, os aspectos mais focados relacionam-se com o doente e a família. Concluíram que são necessários programas de formação específicos para os psicólogos clínicos, em cuidados paliativos. Os programas de educação devem abranger as competências centrais de psicólogos clínicos nos cuidados em fim de vida, incluindo as noções básicas de cuidados paliativos, avaliação psicológica, psicoterapia, supervisão e apoio na equipa, a sensibilidade cultural, ética, auto-conhecimento e auto-reflexão. que os Psicólogos clínicos têm contribuições benéficas, neste contexto, reforçando que têm de modelar o cuidado psicossocial com base nas necessidades e situações clínicas dos pacientes.
Participantes	9 Psicólogos, 2 homens e 7 mulheres, 5 inseridos numa equipa de CP e 4 numa equipa intra-hospitalar e também domiciliários de saúde mental		
Desenho do Estudo	Qualitativo de 2-estádios, foi conduzido com recurso a entrevistas semi-estruturadas e um <i>focus group</i>		
Limitações do Estudo	Primeira limitação é a de o estudo apenas se referir ao que vai sendo desenvolvido em Taiwan, sendo difícil generalizar para outros países. Segunda apenas foi explorada a		

experiência no geral, havendo vários assuntos específicos a serem investigados.

Comparações Não referidas

<p>8. <i>Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial</i></p>		<p>Os pacientes com cancro avançado (N590), foram aleatoriamente designados para MCGP (Psicoterapia de grupo centrada no significado) ou uma psicoterapia de grupo de apoio (PEC). Os pacientes foram avaliados antes e após a conclusão da intervenção de 8 semanas, e novamente dois meses após a conclusão. Avaliação de resultados incluíram medidas de bem-estar espiritual, ou seja, falta de esperança, desejo de morte, o otimismo / pessimismo, ansiedade, depressão e qualidade de vida global.</p>	<p>MCGP resultou em melhorias significativamente maiores em bem-estar espiritual e um sentido de significado. Ganhos do tratamento foram ainda mais substanciais (com base em estimativas tamanho do efeito) na segunda avaliação de acompanhamento. Melhorias na ansiedade e desejo de morte também foram significativas (e aumentando ao longo do tempo). Não houve melhoria significativa em qualquer uma destas variáveis para os pacientes que participaram do PEC.</p>
Autores	Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M.		
Referência	Psycho-Oncology, 19, 21–28		
Ano / País	2010/EUA		
Participantes	590 Doentes oncológicos paliativos		
Desenho do Estudo	Quantitativa (com base da avaliação do programa)		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	MCGP ou uma psicoterapia de grupo de apoio (PEC) Avaliação pré e pós intervenção		
<p>9. <i>The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial</i></p>		<p>A Terapia de Dignidade é uma psicoterapia breve que fornece aos pacientes em fim de vida oportunidade de falar sobre as coisas mais importantes para eles. Essas conversas são gravadas e formam a base de um documento, que os pacientes podem legar às pessoas que escolherem. Cliente Centrado Care é</p>	<p>As medidas de resultados primários incluíram a FACIT Spiritual Well-Being Scale, Inventory Dignidade, Hospital Anxiety and Depression Scale; itens da Entrevista Estruturada para sintomas e preocupações do paciente, a Escala de Qualidade de Vida e Edmonton Symptom Assessment Scale modificado Os desfechos secundários, examinando o auto-relato de fim de vida experiência, consistiu uma pesquisa de pós-estudo administrada em todos os braços do estudo.</p> <p>Sem diferenças significativas entre os braços do estudo, entre as medidas de resultado primário do estudo de angústia pré e pós, foram encontradas. No entanto, sobre os desfechos secundários, compostos da pesquisa de estudo de pós, os pacientes relataram que a Terapia da Dignidade foi mais útil, melhora a qualidade de vida, o sentido da dignidade; muda a forma como a sua família vê e apreciá-las e ser útil para sua família.</p>
Autores	Chochinov, H., Kristjanson, L., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T., Hassard, T., & Harlos, M.		
Referência	Lancet Oncol, 12 (8), 753–762		
Ano / País	2011/ Canadá, EUA		

	e Austrália	uma abordagem psicoterapêutica de suporte, em que terapeutas orientam os pacientes através de discussões com foco em questões aqui e agora.	
Participantes	Pacientes do hospital ou apoio domiciliário		
Desenho do Estudo	Entre grupo que beneficiou de Terapia da Dignidade e outro grupo de <i>Client Centred Care</i>		
Limitações do Estudo	Não Referidas		
Comparações	Não Referidas		
10. Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions			
Autores	Golijani-Moghaddam, N.	Este artigo analisa o papel (e potenciais papéis) de psicólogos para os cuidados paliativos.	
Referência	Counselling Psychology Review, 29 (1), 29-40.	Consideração do papel psicólogo está situado dentro de uma análise do contexto atual e histórico dos cuidados paliativos - permitindo algumas sugestões para o futuro:	
Ano / País	2014/ UK	desenvolvimento de papéis e previsões mais amplas.	Apesar da centralidade de apoio psicológico para o ethos de cuidados paliativos, os psicólogos têm historicamente teve pouca participação (ou influência sobre) a sua entrega. Orientação política recente em cuidados paliativos reconhece explicitamente as competências específicas dos psicólogos de aconselhamento, e identifica formas em que podem contribuir para o cuidado paliativo multidisciplinar, em todos os níveis de necessidade psicológica para os moribundos e seus cuidadores em contextos de cuidados paliativos, hospitalares e comunitários.
Participantes	Não tem		
Desenho do Estudo	<i>Qualitativa: análise de publicações</i>		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Passado, presente e futuro do papel do psicólogo		
11. Preparing family caregivers for death and bereavement - Insights from caregivers of terminally ill patients			
Autores	Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V., & Arnold, R.	Entrevistas e focus grupo com os cuidadores para determinar os fatores que os cuidadores familiares acreditam são importantes para a preparação para a morte e luto. E posteriormente realizou-se essa preparação através de uma boa comunicação.	Fatores importantes para a preparação para a morte são: experiências de vida, incerteza, comunicação e preparação que emergiu. Os profissionais de saúde, o paciente e outros familiares, e o cuidador foram a principal forma de gerenciar incerteza e se preparar para a morte e luto.
Referência	Pain and Symptom Management, 37 (1), 3-12		A fim de preparar melhor a família cuidadores para a morte de um ente querido, os prestadores de cuidados de saúde devem desenvolver uma relação de confiança com os cuidadores, fornecer-lhes informação confiável sob medida para as suas incertezas, e permitir tempo para os cuidadores para processar a informação e completar tarefas importantes.
Ano / País	2009/ USA		
Participantes	33 cuidadores familiares enlutados (ou atuais) de pacientes terminais		

Desenho do Estudo	Metodologia qualitativa: entrevistas etnográficas e <i>focus group</i>	
Limitações do Estudo	Não referidas	
Comparações	Não referidas	

12. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients		
Autores	Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K.	<p>Foi feita uma revisão sistemática para identificar desenvolvimentos em apoio ao cuidador / familiar que ocorreu ao longo da última década. O foco da análise foi sobre as intervenções que visavam melhorias no apoio psicossocial de cuidadores familiares de pacientes de cuidados paliativos. Os estudos foram classificados para avaliar a sua qualidade.</p> <p>Um total de catorze estudos preencheram os critérios de inclusão. O foco das intervenções incluíram a psicoeducação, apoio psicossocial, cuidador de enfrentamento, sintoma de gestão, promoção do sono e reuniões familiares. Cinco estudos foram randomizados controlados, dos quais três preencheram os critérios para as provas da mais alta qualidade. Havia dois estudos prospectivos, cinco pré-teste / projetos pós-teste e dois estudos qualitativos.</p>
Referência	BMC Palliative Care, 9 (17), 1-6	
Ano / País	2010/ UK	
Participantes	14 estudos	
Desenho do Estudo	Revisão sistemática	
Limitações do Estudo	Não referidas	
Comparações	Não referidas	

13. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners		
Autores	Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J.	<p>Ensinando de competências de terapia cognitivo-comportamental aos profissionais e interação entre os profissionais de saúde e pacientes</p> <p>Profissionais de cuidados paliativos podem ser treinados em técnicas de TCC por um curso de formação e de apoio, supervisão de desenvolvimento de habilidades. Essas habilidades são compatíveis com diretrizes nacionais para prestação de apoio psicológico para pacientes em todos os estágios avançados do cancro, não substituindo a intervenção psicológica feita pelo psicólogo.</p>
Referência	Palliative Medicine, 20, 579-584	
Ano / País	2006/UK	
Participantes	20 Profissionais de cuidados paliativos	
Desenho do Estudo	Quantitativo: análise estatística	

<p>Limitações do Estudo Não referidas</p> <p>Comparações Profissionais com supervisão ao longo da formação versus quem não teve qualquer supervisão</p>		
<p>14. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida</p>		
<p>Autores Oliveira, E., Santos, M., & Mastropietro, A.</p> <p>Referência Psicologia em Estudo, 15 (2), 235-244</p> <p>Ano / País 2010/ Brasil</p> <p>Participantes 1 Paciente paliativo 1 Psicólogo</p> <p>Desenho do Estudo Estudo de caso</p> <p>Limitações do Estudo Não referidas</p> <p>Comparações Não referidas</p>	<p>O corpus do trabalho foi constituído pelo material clínico sistematizado a partir das intervenções psicológicas ocorridas no período de dois anos (2001-2003).</p>	<p>Procurou-se compreender as fases do luto vivenciadas pelo paciente e a construção de possibilidades de intervenção psicológica na proximidade da morte. A possibilidade de acompanhar todas as etapas do adoecer, culminando com o momento da morte, configurou-se como uma experiência única e transformadora tanto para o paciente como para a psicóloga que o assistiu em sua despedida.</p>
<p>15. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos – Análisis de los servicios prestados en España</p>		
<p>Autores Reverte, M., Gil, J., Toro, L., García, J., & Batiste, X.</p> <p>Referência Medicina Paliativa, 15 (1), 39-44</p> <p>Ano / País 2008/ Espanha</p> <p>Participantes</p> <p>Desenho do Estudo Estudo observacional e descritivo</p> <p>Limitações do Estudo Não referidas</p> <p>Comparações Não referidas</p>	<p>Elaboração de um questionário que foi enviado para cada equipa de cuidados paliativos de Espanha, efetuando posteriormente a análise das respostas da equipa</p>	<p>Apurou-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 102 equipas têm psicólogo nas equipas. - Maior parte desenvolve atividade em equipas domiciliárias. - 46% dedicam-se em pleno à ECP. - O foco principal de atuação é com os doentes e familiares. - 80% refere fazer serviço de acessória da sua equipa e 45% presta apoio para prevenir burnout. - 62% exerce como docente e 37% colabora em investigações.
<p>16. Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment</p>	<p>Um estudo transversal usando uma ferramenta de</p>	<p>Os pacientes relataram uma média de 10,7 sintomas físicos. Mais de 80% tinham dor, fadiga, sonolência dia de tempo e problemas com a mobilidade.</p>

<p><i>using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions</i></p>	<p>avaliação de cuidados paliativos, a Escala de Outcome Paliativos, que foi administrada a doentes.</p>	<p>Outros sintomas em 50% -80% incluído constipação, perda de controle da bexiga, dificuldade para engolir, salivação e falta de ar. Os sintomas classificados como causando problemas graves foram: dor, fadiga, constipação e babando. Avaliação da disposição revelada 70% dos pacientes sentiram ansiedade e 60% se sentiu deprimido. Oito e cinco por cento sentiram que suas famílias estavam ansiosos ou preocupados com eles.</p>
<p>Autores</p>		<p>38% teria gostado mais informações e 42% tiveram problemas práticos que ainda precisavam ser abordadas. Os resultados médios obtidos na Escala foi de 13,6 (desvio padrão = 6,1), o que sugere necessidades de cuidados paliativos moderados.</p>
<p>Referência</p>	<p>Saleem, T., Higginson, I., Chaudhuri, K., Martin, A., Burman, R., & Leigh, P.</p>	
<p>Ano / País</p>	<p>Palliative Medicine, 27 (8), 722 –731</p>	
<p>Participantes</p>	<p>2012/ UK</p>	
<p>Desenho do Estudo</p>	<p>88 pacientes com Parkinson</p>	
<p>Limitações do Estudo</p>	<p>Estudo transversal</p>	
<p>Comparações</p>	<p>Não referidas</p>	
<p>17. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência</p>		
<p>Autores</p>	<p>Schmidt, B., Gabarra, L., & Gonçalves, J.</p>	
<p>Referência</p>	<p>Paidéia, 21 (50), 423-430</p>	
<p>Ano / País</p>	<p>2011/ Brasil</p>	<p>Utilizou-se relato de experiência profissional através de um estudo de caso.</p>
<p>Participantes</p>	<p>Paciente e doente paliativo</p>	<p>Os resultados evidenciaram reconfiguração das relações familiares nos diferentes papéis e funções, na perspectiva de maior autonomia. O ritual de despedida constitui-se em vivência possibilitadora de mudanças e resgates das relações familiares, bem como de elaboração do processo de luto, tanto para o sujeito doente e família quanto para a equipa de saúde.</p>
<p>Desenho do Estudo</p>	<p>Metodologia qualitativa: estudo de caso.</p>	
<p>Limitações do Estudo</p>	<p>Não referidas</p>	
<p>Comparações</p>	<p>Não referidas</p>	
<p>18. Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: a qualitative study</p>		
<p>Autores</p>	<p>Entrevistas semi-estruturadas aos participantes de diversas tipologias: 2 UCP 1 Hospice 3 Equipas de apoio ao domicílio</p>	<p>Quatro principais dimensões da qualidade do atendimento são consideradas críticas pelos pacientes, suas famílias e profissionais, abrangeram: apoio para os próprios, gestão clínica, o envolvimento das famílias e cuidar da pessoa numa fase iminente de morrer ou da morte. Existem diferenças entre as várias partes interessadas sobre a percepção de algumas dimensões da qualidade do atendimento. Caminhos para melhorar qualidade atual de indicadores de saúde são identificados.</p>
<p>Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F.</p>		

Referência	Palliative Medicine, 28 (9), 1128 –11382014/
Ano / País	França
Participantes	61 pessoas (pacientes, familiares, profissionais de saúde gestores)
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo transversal
Limitações do Estudo	Não referidas
Comparações	Não referidas

IV. Referências Bibliográficas

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8), 733-740.
- Alves, M. L. S. D. (2010). Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos ea sobrecarga do cuidador informal.
- American Psychological Association – APA (2005). *The role of psychology in end-of-life decisions and quality of care*. Retirado a 06/0/2014 de <http://www.apa.org/research/action/end.aspx>
- APCP. Grupo de Psicologia. Acedido a 06/07/2014 em <http://www.apcp.com.pt/associacao/grupo-psicologia.html>.
- Barbero, J. (2008) Psicólogos en cuidados paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 5 (1), 179-191.
- Bayés, R. (2000). Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 7 (3), 101-105.
- Bayés, R. (2005). Psicología y cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 8-10.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21–28.
- British Psychological Society (2008). *The Role of Psychology in End of Life Care – Report*.
- 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.
- Chochinov, H., Kristjanson, L., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 12 (8), 753–762.
- Demiris, G., Parker Oliver, D., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., & Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of palliative medicine*, 13(8), 1005-1011.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) - Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa n.º 14/DGCG 13/07/2004.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) – Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016) - 13/07/2004.

- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*.
- Elias, A., Giglio, J., Pimenta, C., & El-Dash, L. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (1), 60-72.
- European Association for Palliative Care - EAPC (2014). Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos. Retirado a 06/0/2014 de <http://www.eapcnet.eu/Corporate/EAPCdocsinotherlanguages/tabid/1958/ArticleId/464/Default.aspx>
- Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M. (2014). Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1-8.
- Ferreira, A., Lopes, L., & Melo, M. (2011). O papel do psicólogo na equipe em cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 85-98.
- Garrido, M. M., Penrod, J. D., & Prigerson, H. G. (2014). Unmet Need for Mental Health Care Among Veterans Receiving Palliative Care: Assessment is Not Enough. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (6), 540-544.
- Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review*, 29 (1), 29-40.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008). Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC
- Hallford et al (2011). Intervention for depression among palliative care patients and their families: A study protocol for evaluation of a training program for professional care staff. *BMC Palliative Care*, 10 (11), 1-6.
- Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V., & Arnold, R. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement - Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (1), 3-12.
- Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9 (17), 1-6.
- Hudson, R. (2014). Palliative care for the older person: cloak or cover-up? *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26 (2-3), 186-200.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. (Consultado a 20 Out. 2014) Disponível em: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=DOSSIER&DossierId=53>

- Jünger, S., Payne, S., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J. L. (2010). EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 17(2), 84-87.
- Junta Directiva de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (2011). Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos [Traduzido da] *European Journal of Palliative Care*, 18 (5), 238-252.
- Kissane, D., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1208-1218.
- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia-cuidados compartilhados. *O mundo da saúde*, 31 (2), 246-255.
- Lei de Base dos Cuidados paliativos - Lei n.º 52/2012 (Acedida em 20 Out. 2014) em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
- Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behavior therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 579-584.
- Martínez, E. & Barreto, M. P. (2002). Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. In M. R. Durá (Coord), *Territórios da Psicologia Oncológica*, 527-545.
- Melo, A. C. D., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 452-469.
- Oliveira, E., Santos, M., & Mastropietro, A. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 235-244.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2011). Evidência Científica sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde. (Consultado a 20 de Out. 2014) Disponível em: https://www.ordemos psicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencoes_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2012). Contributos da ordem dos Psicólogos integrados na nova lei de bases dos cuidados paliativos. *PSIS21*, 4, 11-12.
- Payne, S., & Haines, R. (2002). Doing our bit to ease the pain. *The Psychologist*, 15 (11), 564-567.
- Porto, G., & Lustosa, M. L. (2010). Psicologia hospitalar e CP. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13 (1), 76-93.
- Rasmussen, K. G., & Richardson, J. W. (2010). Electroconvulsive therapy in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1049909110390203.

- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702-712.
- Reverte, M., Gil, J., Toro, L., García, J., & Batiste, X. (2008). Intervención psicológica en cuidados paliativos – Análisis de los servicios prestados en Espanha. *Medicina Paliativa*, 15 (1), 39-44.
- Roletto, A. S. P. D. S. (2013). Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos?. Retirado a 06/07/2014 de <http://hdl.handle.net/10451/11272>
- Rosenfeld et al (2011). Assessing hopelessness in terminally ill cancer patients: development of the hopelessness assessment in illness questionnaire. *Psychol Assess.*, 23 (2), 325–336.
- Saleem, T., Higginson, I., Chaudhuri, K., Martin, A., Burman, R., & Leigh, P. (2012). Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. *Palliative Medicine*, 27 (8), 722 –731.
- Schmidt, B., Gabarra, L., & Gonçalves, J. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21 (50), 423-430.
- Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C., & Wein, S. (2006). ‘Would you like to talk about your future treatment options?’ discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative medicine*, 20(4), 397-406.
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., & Bennett, M. (2008). Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (5), 520-528.
- Tjasink, M. (2010). Art psychotherapy in medical oncology: a search for meaning. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 15 (2), 75-83.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1101-12.
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: a qualitative study. *Palliative Medicine*, 28 (9), 1128 –1138.
- Vissers, K., Brand, M., Jacobs, J., Groot, M., Veldhoven, C., Verhagen, C., Hasselaar, J., & Engels, Y. (2012). Palliative medicine update: a multidisciplinary approach. *Pain Practice*, 13 (7), 576–588.
- Werth, J. L., Gordon, J. R., & Johnson, R. R. (2002). Psychosocial issues near the end of life. *Aging & mental health*, 6 (4), 402-412.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3), 372-390.

- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Graham Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., & Clinch, J. J. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016
- Wilson, K. G., Graham, I. D., Viola, R. A., Chater, S., de Faye, B. J., Weaver, L. A., & Lachance, J. A. (2004). Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 350-358.
- Wrubel, J., Acree, M., Goodman, S., & Folkman, S. (2009). End of living: maintaining a lifeworld during terminal illness. *Psychology and Health*, 24 (10), 1229–1243.

