

**O Impacto da Terapia da Dignidade no  
Doente Oncológico em Fim de Vida  
comparativamente aos Cuidados Habituais  
Uma Revisão Sistemática**

**António José Ferreira da Silva**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado Integrado)

Orientador: Dr.<sup>a</sup> Isabel Duque Martins

**março de 2024**

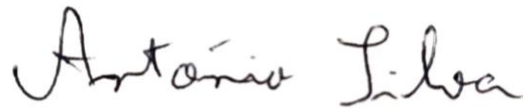
O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **Declaração de Integridade**

Eu, António José Ferreira da Silva, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41964 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 19/03/2024

A handwritten signature in black ink that reads "António Silva". The signature is written in a cursive, flowing style.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **Dedicatória**

Ao meu pai e à minha mãe.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos  
Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Agradecimentos

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Duque Martins, não só por toda a orientação e ajuda que me deu durante a elaboração desta dissertação, mas também pela fantástica pessoa que é. Partilhando sempre do meu entusiasmo ao longo de todo o processo, a Dr.<sup>a</sup> foi um verdadeiro farol, estando sempre prontamente disponível para me ajudar, fosse através da sugestão de ideias, resolução de dúvidas ou instruções sobre o próximo passo a tomar. Muito obrigado, Dr.<sup>a</sup> Isabel, sem si, esta teria sido uma tarefa infinitamente mais complicada.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, por me ter formado e preparado enquanto profissional de saúde.

À cidade da Covilhã, a cidade neve, onde muito fui feliz.

Aos meu pai e à minha mãe, por fazerem de mim a pessoa que sou hoje. São, sem sombra de dúvidas, as pessoas mais importantes da minha vida. Obrigado por todo o amor e apoio que recebi, não só na realização deste trabalho ou durante o curso, mas durante toda a minha vida e no futuro que se avizinha.

Ao meu irmão, que me ajudou em muitos momentos difíceis, e quem eu tenho orgulho no homem que se está a tornar.

Aos meus padrinhos, tios, avós, primos e amigos de família, por toda a preocupação e apoio que me deram, estando lá para me auxiliar quando precisei, sempre com o maior afeto e carinho.

Ao Pedro e ao Jorge, por serem a verdadeira definição do que é ser casa.

Aos meus amigos da Covilhã, por todos os momentos e histórias vividas, por estarem sempre lá quando precisei, por tudo o que fizeram por mim e pelas pessoas incríveis que são.

Aos meus amigos de Barcelos que, embora por vezes longe, sempre me deram a certeza que não seria a distância que iria abalar esta amizade.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

*You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.*

**Cicely Saunders**

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Resumo

**Introdução:** A Terapia da Dignidade (TD) é uma intervenção breve e individualizada, desenhada pelo psiquiatra canadiano Dr. Harvey Max Chochinov na década de 2000, que visa ajudar o doente em fim de vida a lidar com o stress psicológico e existencial inerente a esta condição. Revisões sistemáticas anteriores indicam que esta terapia tem um efeito positivo no alívio de sintomas espirituais nestes doentes.

**Objetivo:** Perceber o impacto da TD no doente oncológico em fim de vida e avaliar as suas possíveis vantagens em relação aos cuidados habituais recebidos por estes doentes.

**Metodologia:** Este estudo foi desenhado sob a forma de uma revisão sistemática. Para tal, foi pesquisada, na *PubMed*, toda a bibliografia relevante sobre a TD, na procura de Ensaios Clínicos Randomizados e Estudos Quase-Experimentais que avaliassem o efeito da TD em doentes oncológicos em fim de vida, e o comparassem com um grupo de controlo a receber a terapia paliativa habitual.

**Resultados:** Dez artigos foram incluídos na revisão. Os parâmetros de avaliação mais recorrentes foram a Dignidade, o Bem-estar Espiritual, a Qualidade de Vida e a Depressão. A análise indicou que a TD, comparada com os cuidados habituais, parece ter um impacto significativo na melhoria do Bem-estar Espiritual e dos sintomas depressivos destes doentes, com os outros dois parâmetros a apresentarem resultados mais variados.

**Conclusão:** Esta revisão parece concordar com a ideia pré-existente de que a TD é uma terapia com bastante potencial para o cuidado do doente oncológico em fim de vida.

## Palavras-chave

Dignidade; Terapia da Dignidade; Cuidados Paliativos; Cuidados em Fim de Vida

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos  
Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Abstract

**Introduction:** Dignity Therapy is a brief and individualized intervention, designed by canadian psychiatrist Dr. Harvey Max Chochinov, with the intention to help the patient at the end of life to deal with the psychological and existential stress inherent to this condition. Previous systematic reviews have indicated that this therapy has a positive effect in the improvement of spiritual symptoms of these patients.

**Objective:** To understand the impact of Dignity Therapy in the cancer patient at the end of life, evaluating its advantages in comparison with the usual care received by these patients.

**Methods:** A systematic review was designed. The search was conducted using *PubMed*, with eligible studies being selected in accordance with the pre-determined eligibility criteria.

**Results:** Ten studies, amongst Randomized Controlled Trials and Quasi-Experimental Studies, were included. The more recurring evaluation parameters were Dignity, Spiritual Well-being, Quality of Life and Depression. The analysis revealed that Dignity Therapy, compared with usual care, seems to have significant impact on the improvement of Spiritual Well-being and Depression, with the other two parameters having mixed results.

**Conclusions:** This review seems to show that Dignity Therapy is a promising therapy to the spiritual care of cancer patients at the end of life. Some suggestions on how to improve future studies are also provided.

## Keywords

Dignity; Dignity Therapy; Palliative Care; End of Life Care

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

# Índice

Declaração de Integridade	iii
Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Epígrafe	ix
Resumo	xi
Abstract	xiii
Índice	xv
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Siglas, Acrónimos e outras abreviaturas	xxi
Capítulo 1 – Introdução	1
Capítulo 2 – Metodologia	5
2.1 Objetivos	5
2.2 Pergunta de Investigação	5
2.3 Desenho da Revisão	5
2.4 Estratégia de Pesquisa	5
2.5 Seleção de Estudos	6
2.5.1 Critérios de Inclusão	6
2.5.2 Critérios de Exclusão	7
2.6 Extração, Análise e Síntese de Dados	8
2.7 Avaliação da Qualidade dos Artigos	8
Capítulo 3 – Resultados	9
3.1 Caracterização Geral	9
3.2 Dignidade	10
3.3 Bem-estar Espiritual	10
3.4 Qualidade de Vida	11
3.5 Depressão	11
3.6 Outros	12
Capítulo 4 – Discussão	21
4.1 Limitações	25
4.2 Direções Futuras	25
Capítulo 5 – Conclusão	27
Referências	29

Anexos	39
Anexo 1 – Avaliação da Qualidade dos Artigos de acordo com a Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell	41
Anexo 2 – Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell	43
Anexo 3 – Divulgação	47

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Diferentes fases dos Cuidados Paliativos	2
Figura 2 – Diagrama PRISMA	7

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Dados extraídos dos estudos	13
Tabela 2 – Compilação dos resultados dos parâmetros de avaliação mais frequentes	20

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **Lista de Siglas, Acrónimos e outras abreviaturas**

DS-II	<i>Demoralization Scale</i>
DS-MV	<i>Demoralization Scale – Mandarin Version</i>
DT	<i>Distress Thermometer</i>
EORTC-QLQ-C15-PAL	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C15 Palliative</i>
EORTC-QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>
et al.	<i>et alli, et aliae, et alia</i>
etc.	<i>Et cetera, Et caetera</i>
ex.	<i>exemplo</i>
FACES-II	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II</i>
FACIT-SP-12	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being</i>
FOP-Q-SF	<i>Fear of Progression Questionnaire-Short Form</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HHI	<i>Herth Hope Index</i>
N/A	<i>not applicable, not available, no answer</i>
PDI	<i>Patient Dignity Inventory</i>
PDI-MV	<i>Patient Dignity Inventory – Mandarin Version</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
SAS	<i>Self-Rating Anxiety Scale</i>
SDS	<i>Self-Rating Depression Scale</i>
SSRS	<i>Social Support Rating Scale</i>
TD	<i>Terapia da Dignidade</i>
UBI	<i>Universidade da Beira Interior</i>

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos  
Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

# Capítulo 1

## Introdução

O século XX marca uma das épocas de desenvolvimento tecnológico mais rápidas na história da humanidade (1). Como qualquer área científica, a Medicina seguiu, naturalmente, essa tendência (2). O surgimento de uma infinidade de novas técnicas e terapêuticas, associado à melhoria nas condições de habitação e higiene, conduziu a que cada vez mais doentes pudessem ser tratados, com cuidados também eles cada vez melhores. As doenças agudas perderam muito do seu protagonismo entre as principais causas de mortalidade, dando lugar ao aparecimento de um novo conceito, que alterou a perspetiva que tínhamos da experiência da morte: as doenças crónicas não-transmissíveis (3). Numa análise realizada por Lynn et al. (3), que compara a diferença de diversos dados estatísticos associados à mortalidade nos EUA entre o ano de 1900 e o ano 2000, um item que salta à vista é a “Dependência antes da morte”. No início do século, esta era definida apenas como sendo “rara”. Contudo, no virar do milénio, durava, em média, 4 anos. Assim sendo, surgiu a necessidade de cuidar destes “doentes a quem já não havia nada a fazer”, doentes com doenças incuráveis, progressivas e potencialmente terminais. Nasceram assim os cuidados paliativos, impulsionados por nomes como Cicely Saunders, Elisabeth Kubler-Ross e Balfour Mount, entre outros (3).

A Organização Mundial da Saúde define os Cuidados Paliativos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, bem como das suas famílias. Previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais” (4). Consideram-se, habitualmente, 4 pilares da aplicação dos Cuidados Paliativos (3): controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

Os Cuidados em Fim de Vida constituem um ramo mais específico dos Cuidados Paliativos. Têm início quando o agravamento da condição do doente implica um prognóstico mais reservado, normalmente inferior a um ano de vida, associado à cessação dos tratamentos com intenção de curar ou controlar a progressão da doença. (5) Representam, deste modo, uma fase em que o principal objetivo da palição é assegurar que o doente se encontra o mais confortável possível, não só através do controlo de sintomas físicos, mas também acedendo às suas necessidades psicológicas,

emocionais e espirituais, e estimulando a realização de tarefas que lhe proporcionem a melhor experiência de vida no tempo que lhe resta (6).



Figura 1 - Diferentes fases dos Cuidados Paliativos – Adaptado de Providence Health Care: “The Phases and Layers of Care” (7)

O aumento do número de doentes nestas condições proporcionou a abertura da discussão sobre o conceito de “boa morte”, associado muitas vezes à ideia de “morte com dignidade” (8). Mas o que é a dignidade? Consultando a sua definição no dicionário de Cambridge, esta aparece como “A importância e o valor que uma pessoa tem, que faz com que os outros a respeitem ou que ela se respeite a si própria” (9). Usualmente, vemos a noção de “morte com dignidade” associada apenas à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido (10), uma associação problemática, visto ignorar todo o cuidado associado ao doente com doença terminal (11). De acordo com as experiências de doentes nas últimas fases da vida (12), a dignidade está relacionada, entre outras coisas, com o controlo que estes exercem sobre si próprios, a sua morte e as emoções que a situação evoca. A dignidade é entendida como um atributo do indivíduo, algo que lhe é devido, tal como o respeito ou a liberdade. Características intrínsecas da dignidade incluem ter sentido paz mental ou espiritual, a compreensão do sentido da existência e a sensação de ter vivido uma vida plena (12).

Assim sendo, diz-nos Chochinov (11) que “quando a conservação da dignidade se torna um objetivo claro da palição, o leque dos cuidados abre-se para lá do paradigma da simples gestão dos sintomas e passa a abranger também os aspetos físicos, psicológicos,

sociais, espirituais e existenciais da experiência terminal do doente” (11), tornando-se um conceito a ser abordado de forma holística (3).

Nesse sentido, a Terapia da Dignidade (TD) (13) é uma intervenção breve e individualizada, que visa ajudar o doente em fim de vida a lidar com o stress psicológico e existencial inerente a esta condição. Desenhada pelo psiquiatra canadiano Dr. Harvey Max Chochinov, na década de 2000, é aplicada, habitualmente, em 2 a 3 sessões de 30 a 60 minutos, nas quais há uma entrevista feita pelo terapeuta ao doente, envolvendo uma série de questões sobre temas que vão desde a reflexão sobre o seu passado até ao legado que este espera deixar. As sessões são gravadas e posteriormente transcritas. Por fim, o doente e o terapeuta fazem uso do conteúdo das entrevistas para elaborarem um documento generativo, que poderá ser posteriormente distribuído pelos amigos e familiares do doente, servindo como um legado deixado por este (13). Consistente com a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (14), uma análise de relatos de doentes em fim de vida, realizada por Julião et. al (15), determinou que, para estes doentes, a ideia de deixar um legado revela-se como algo importante, o que faz com que a TD apresente, na teoria, elevado potencial como intervenção de afirmação de valor para doentes paliativos.

Na prática, esse potencial tem-se vindo a confirmar. Anteriores revisões sistemáticas (16,17) testemunharam a eficácia deste procedimento no alívio de sintomas psicossociais e espirituais em doentes em fim de vida. No entanto, diversos estudos testam apenas a eficácia da terapia isoladamente, não comparando com outros cuidados para aferir as reais vantagens da técnica e aquilo que pode acrescentar de novo. Deste modo, esta revisão vai procurar perceber o impacto da TD comparativamente aos cuidados habituais previamente existentes.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Capítulo 2

### Metodologia

#### 2.1 Objetivos

Os objetivos desta revisão sistemática da literatura compreendem:

- Avaliar a viabilidade da TD enquanto prática comum;
- Perceber o impacto da TD no bem-estar psicológico e social do doente oncológico em fim de vida;
- Perceber o impacto da TD na qualidade de vida do doente oncológico em fim de vida;
- Comparar a eficácia da TD em relação a outras terapêuticas existentes.

#### 2.2 Pergunta de investigação

Qual o impacto da TD no doente oncológico em fim de vida, comparativamente às terapias habituais?

#### 2.3 Desenho da revisão

Este trabalho foi desenvolvido sob a forma de uma revisão sistemática com síntese narrativa dos resultados, respeitando as orientações PRISMA (18).

#### 2.4 Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa na *PubMed* de modo a obter uma lista de potenciais artigos a incluir na revisão. Para tal, foram utilizados os termos “Dignity Therapy”, “Dignity Psychotherapy”, e “Chochinov”. Nesta fase, não foi aplicada qualquer restrição quanto à

data de publicação, visto a bibliografia disponível ser relativamente limitada. Deste processo, resultaram um total de 158 artigos, aos quais foi feita a análise dos títulos e dos resumos.

A pesquisa na base de dados foi conduzida em julho de 2023.

## **2.5 Seleção de estudos**

Esta revisão tinha como objetivo analisar os dados disponíveis mais recentes. Assim, após a análise dos títulos e resumos garantir a existência de bibliografia suficiente, a data de publicação dos estudos definida como limite mais antigo foi 1 de janeiro de 2020. Isto culminou na seleção de 26 estudos de interesse. A obtenção de 2 destes artigos não se revelou possível, pelo que um total de 24 foram lidos na íntegra. Após conclusão da leitura, um total de 10 estudos foram selecionados por obedecerem a todos os critérios de inclusão. O processo de seleção foi realizado com base no enquadramento PICOD.

### **2.5.1 Critérios de inclusão**

- Participantes: Adultos humanos (>18 anos), com diagnóstico oncológico terminal (esperança de vida <1 ano), a realizarem cuidados paliativos;
- Intervenção: Terapia da Dignidade em regime presencial, realizada de forma individual ou acompanhada de um familiar do doente;
- Controlo: Grupo de controlo a receber a terapia paliativa habitual administrada pelo estabelecimento de realização do estudo;
- Outcomes (Resultados): Análise estatística de parâmetros de avaliação relacionados com a sensação de dignidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida;
- Desenho dos estudos: Ensaio Clínico Randomizado e Estudos Quase-experimentais, em inglês, português ou espanhol;
- Data de publicação: 1 de janeiro de 2020 ou posterior;
- Pontuação igual ou superior a 26 na Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell (19).

## 2.5.2 Critérios de exclusão

- Estudos que recrutassem participantes que apresentassem algum tipo de défice cognitivo ou que não tivessem um diagnóstico terminal;
- População pediátrica;
- Realização da terapia em regime online;
- Inexistência de grupo de controlo para comparação da evolução;
- Análise qualitativa de resultados (ex.: Análise de relatos de doentes);
- Qualquer tipo de estudo que não se caracterizasse como Ensaio Clínico Randomizado ou Estudo Quase-Experimental (ex.: Revisões sistemáticas, meta-análises, protocolos, estudos-piloto, etc.);
- Data de publicação: 31 de dezembro de 2019 ou anterior;
- Pontuação igual ou inferior a 25 na Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell (19).

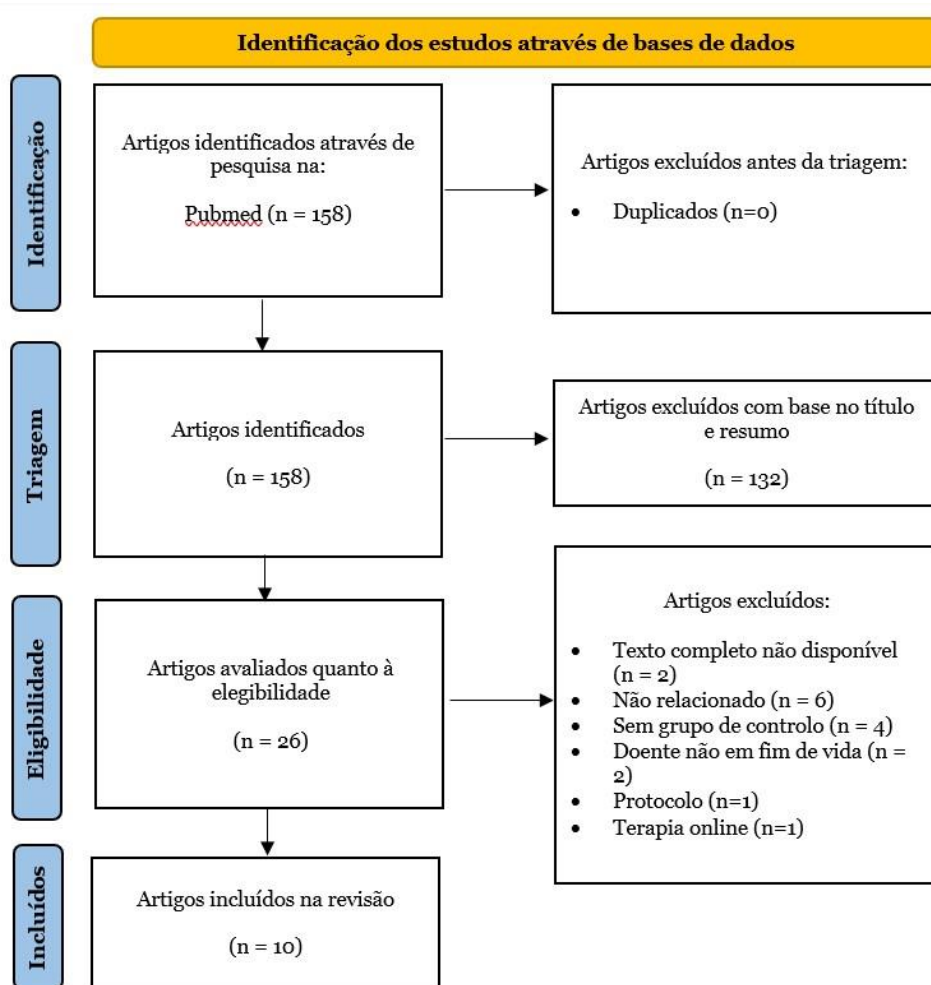


Figura 2 - Diagrama PRISMA (18)

## **2.6 Extração, análise e síntese de dados**

A extração de dados incluiu: autores, ano, país, tipo de estudo, tamanho da amostra, duração da investigação, diagnósticos principais dos doentes, taxa de retenção, tratamento dos controlos, escalas de avaliação e os resultados. Estes podem ser consultados na íntegra na tabela 1, com um resumo dos resultados principais a ser apresentado na tabela 2.

A análise e síntese dos dados obtidos foi realizada de forma narrativa, devido aos diferentes tipos de escalas utilizadas para avaliar parâmetros semelhantes.

## **2.7 Avaliação da qualidade dos artigos**

Para realizar a avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi aplicada a Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell (19). A escala é constituída por 9 itens, podendo estes ser classificados como “Bom (4 pontos)”, “Razoável (3 pontos)”, “Fracos (2 pontos)” e “Muito Fracos (1 ponto)”, e fornece uma imagem quanto ao valor de cada publicação. A pontuação mínima é de 9 pontos, ao passo que a máxima é de 36. Para este trabalho, foi atribuído um *cut-off* de 26 pontos, pelo que só estudos com um valor igual ou superior a este seriam selecionados. A razão da escolha ter recaído sobre esta escala resultou da sua capacidade de avaliar diferentes tipos de estudos e por ser uma escala frequentemente utilizada em revisões sistemáticas na área dos Cuidados Paliativos. Os resultados da avaliação, assim como os itens da escala, estão exibidos em anexo.

## Capítulo 3

### Resultados

#### 3.1 Caracterização geral

Dos dez estudos incluídos nesta revisão, sete (20,21,22,23,25,27,28) eram ensaios clínicos randomizados e três (24,26,29) eram estudos quase-experimentais.

O número de participantes em cada estudo esteve situado entre os 10 e os 126 elementos. No total, foram analisados um total de 583 doentes, com um valor médio arredondado de 58 doentes por estudo e um valor mediano arredondado de 52 doentes. Todos os estudos determinaram que as características demográficas não diferenciavam de forma significativa entre o grupo experimental e o grupo de controlo. É importante referir que, devido ao estado de doença avançado da maioria dos doentes, alguns dos estudos apresentaram uma taxa de perda de doentes considerável, com um dos artigos (20) a apresentar uma taxa de perda de doentes de 43%. A maioria das perdas estava relacionada com o falecimento ou com o agravamento do estado de saúde dos participantes. Apenas dois estudos (25,29) não perderam nenhum doente durante a sua realização. No total, os estudos analisados perderam 122 doentes durante a sua realização, o que leva a uma taxa de perda de global de 17%. Em média, cada um perdeu 12% dos seus doentes, com a mediana a situar-se nos 9%. Todos os valores percentis apresentados foram arredondados para o número inteiro mais próximo.

A duração dos estudos situou-se entre os dez dias e as oito semanas. Seis estudos (20,21,22,23,25,28) tiveram um tempo de seguimento superior ou igual a quatro semanas. Quanto ao local, cinco foram realizados na China (20,22,23,24,25), um em Taiwan (26), um em Itália (27), um na Austrália (21), um no Quénia (28) e um no Irão (29).

Seis estudos analisaram doentes com diferentes tipos de neoplasias (24,25,26,27,28,29). Dos restantes, três trabalharam com neoplasias hematológicas (21,22,23) e outro apenas com doentes com cancro do pulmão (20).

Apenas dois (28,29) dos artigos não especificaram o tratamento oferecido ao grupo de controlo. Em geral, este era constituído pelo tratamento paliativo habitual, atuando em tópicos como a gestão de sintomas, o controlo da dieta, sessões de educação em saúde e apoio psicológico.

### **3.2 Dignidade**

No total, seis artigos (20,21,24,25,26,27) usaram a Dignidade como parâmetro de avaliação, sendo que todos recorreram à escala *Patient Dignity Inventory* (PDI) (30,31). A escala contém vinte e cinco itens, sendo cada um classificado de 1 a 5 pontos, com valores mais altos a indicar um maior nível de stress ou menor nível de dignidade. É possível fazer a divisão da escala em cinco dimensões ou subescalas, nomeadamente stress existencial, stress de sintomas, stress de dependência, stress de “paz de espírito” (“*peace of mind*”) e stress de apoio social. (30)

Nesta revisão, dois estudos (21,27) não registaram efeitos significativos, um (24) notou uma melhoria significativa na evolução do grupo de intervenção, que, no entanto, não foi o suficiente para apresentar significância na comparação entre os dois grupos, outro (20) notou apenas melhoria no stress existencial ao fim da 1ª semana, e os restantes dois estudos (25,26) registaram melhorias significativas do PDI no grupo de intervenção após a terapia, comparativamente ao grupo de controlo.

### **3.3 Bem-estar Espiritual**

Cinco artigos (20,22,23,24,27) incluíram o Bem-estar Espiritual como parâmetro de avaliação. Para tal, foi unânime a decisão de empregar a escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12) (32). Esta escala consiste em doze itens, que englobam três domínios (paz, sentido e fé). Cada item é avaliado de 0 a 4 pontos, sendo que valores mais altos indicam um maior nível de bem-estar espiritual.

Dos cinco artigos, três (20,22,23) relataram melhorias significativas no grupo de intervenção em todos os componentes comparativamente ao grupo de controlo, com

um quarto (27) a verificar também melhorias, mas apenas no componente da Paz. O artigo restante (24) não registou diferenças significativas.

### **3.4 Qualidade de Vida**

Quatro artigos (22,25,28,29) fizeram análise ao impacto da TD na Qualidade de Vida. Três escalas diferentes foram usadas, nomeadamente o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) (33,34) por duas vezes (22,25), a sua versão mais curta, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life C15 Palliative* (EORTC QLQ-C15-PAL) (35)(29), e também a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) (36)(28).

Dos três estudos (22,25,29) que recorreram aos questionários da EORTC, todos assinalaram uma melhoria significativa no funcionamento emocional do grupo da intervenção. Dois destes (25,29) relataram uma melhoria na qualidade de vida e saúde no geral neste grupo, notando também uma melhoria a nível de alguns sintomas, nomeadamente gastrointestinais e insónia. O terceiro estudo (22) não detetou diferenças entre os dois grupos.

Quanto ao artigo (28) que aplicou a ESAS, foi assinalada uma melhoria significativa no grupo de intervenção apenas no controlo da ansiedade.

### **3.5 Depressão**

Três artigos (20,25,26) analisaram o efeito desta terapia nos sintomas depressivos. Para tal, dois (20,26) escolheram o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (37), um instrumento de auto-reportagem de nove itens que mede os sintomas depressivos nas duas semanas anteriores, com cada item a ser classificado pela sua frequência de 0 a 3 pontos, pelo que valores mais altos indicam uma depressão mais severa. O terceiro (25) utilizou a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (38), que contém catorze itens, dos quais sete avaliam os sintomas depressivos. A escala vai de 0 a 21, com um valor acima de 8 a ser considerado indicador de ansiedade e/ou depressão.

Os três estudos notaram uma melhoria significativa na evolução do grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo, apesar de um deles (20) ter notado que o efeito diminuía com o passar do tempo após a terapia (4 semanas).

### **3.6 Outros**

Dois artigos (22,23) tentaram perceber o impacto da terapia na esperança dos doentes. Para tal, foi usado o *Herth Hope Index* (HHI) (39,40). Ambos os estudos concluíram que o grupo de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo, teve melhores resultados de forma significativa no aumento da esperança, embora um deles (23) tenha notado que o efeito não era sustentado com o passar do tempo.

Dois artigos (23,24) analisaram o efeito da TD na coesão familiar. A escala utilizada foi a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-II* (FACES II), sendo relatadas melhorias significativas em ambas as ocasiões.

Entre os outros parâmetros avaliados encontramos o Stress (21,24), o Suporte Social (25), o Medo de Progressão da Doença (25) e a Desmoralização (26,27). De relevo, foram registados efeitos positivos ao nível do suporte social e do medo da progressão de doença. Os resultados obtidos ao nível da desmoralização e da redução do stress foram mistos.

Por fim, três artigos (20,22,23) inquiriram os doentes e familiares sobre a satisfação com a terapia, com as taxas de aprovação a superarem sempre os 85%.

Tabela 1 – Dados extraídos dos estudos

<b>Autores, Local e Data</b>	<b>Tipo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Patologia Principal</b>	<b>Amostra e Taxa de Retenção</b>	<b>Parâmetros e Escalas de Avaliação</b>	<b>Tratamento dos Controlos</b>	<b>Resultados</b>
Xiao Chow Choi Ng Huang Ding Chan  China 2022  (20)	Ensaio Clínico Rando- mizado	“Avaliar a efetividade da TD orientada para a família em doentes com cancro do pulmão a realizar quimioterapia, mais a manutenção dos seus efeitos.”	Neoplasia do pulmão	Total: n=77  Grupo de intervenção: n=36  Grupo de controlo: n=31  Taxa de Retenção: 74%	<b>Dignidade:</b> PDI  <b>Depressão:</b> PHQ-9  <b>Bem-estar Espiritual:</b> FACIT-Sp-12	“Os pacientes do grupo de controlo receberam atenção como terapia de controlo. O primeiro contacto ocorreu no dia da admissão hospitalar, durante o qual os doentes e os familiares/cuidadores foram informados sobre os temas que seriam abordados no segundo contacto. No dia seguinte, o facilitador realizou o segundo contacto, que consistiu numa sessão de educação para a saúde sobre quimioterapia, incluindo a preparação para a quimioterapia, efeitos secundários comuns e estratégias de gestão. O terceiro contacto incluiu educação para a saúde sobre nutrição e informações sobre a vida quotidiana após a alta.”	<b>Dignidade:</b> Melhoria significativa apenas no componente de Stress Existencial  <b>Depressão:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Bem-estar Espiritual:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Taxa de Satisfação:</b> >90%
Kelly Kinoch Ramis  Austrália	Ensaio Clínico Rando- mizado	“Avaliar o efeito e a viabilidade da introdução da	Neoplasia hematológica	Total: n=10  Grupo de intervenção:	<b>Dignidade:</b> PDI  <b>Stress:</b>	“Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados habituais da equipa clínica e dos membros da MDT, que incluíam a	<b>Dignidade:</b> Sem registo de efeitos significativos  <b>Stress:</b> Melhoria pequena, mas com

2023  (21)		TD num serviço hospitalar de cuidados oncológicos já estabelecido.”		n=5  Grupo de controlo:  n=5  Taxa de Retenção:  67%	DT	preparação de documentos antigos, se solicitados pelo doente. Esta atividade é prestada pela equipa de Terapia Ocupacional como um cuidado normal para o doente.”	significância  <b>Taxa de Satisfação:</b> N/A
Chen Yan Wang Wang Wu Hu  China 2023  (22)	Ensaio Clínico Rando-mizado	“Explorar os efeitos e a satisfação com a TD em doentes com neoplasias hematológicas e discutir as dificuldades da sua implementação no contexto cultural chinês.”	Neoplasia hematológica	Total: n=57  Grupo de intervenção: n=27  Grupo de controlo: n=30  Taxa de Retenção: 86%	<b>Esperança:</b> HHI  <b>Bem-estar Espiritual:</b> FACIT-Sp-12  <b>Qualidade de Vida:</b> EORTC QLQ-C30	“Os cuidados habituais foram prestados pelos enfermeiros do Departamento de Hematologia, que incluíam cuidados de enfermagem de rotina, tais como avaliação e gestão dos sintomas, gestão da dieta, gestão das reações adversas aos medicamentos, apoio psicológico habitual e educação regular para a saúde.”	<b>Esperança:</b> Melhorias significativas  <b>Bem-estar Espiritual:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Qualidade de Vida:</b> Melhoria significativa apenas no funcionamento emocional  <b>Taxa de Satisfação:</b> 93,34% dos doentes; 96,67% dos familiares
Wang Chen Wang Xu	Ensaio Clínico Rando-mizado	“Explorar os efeitos do programa de TD com	Neoplasia hematológica	Total: n=53  Grupo de	<b>DOENTES</b>  <b>Esperança:</b>	“As duplas de doentes e familiares prestadores de cuidados do grupo de controlo receberam os cuidados de rotina habituais, incluindo avaliação e	<b>DOENTES</b>  <b>Esperança:</b> Melhorias significativas

<p>Xie Wu Hu  China 2021  (23)</p>		<p>participação familiar no nível de esperança, no bem-estar espiritual e na coesão e adaptabilidade familiares dos doentes, bem como na depressão, na ansiedade e na coesão e adaptabilidade familiares dos seus familiares prestadores de cuidados.”</p>		<p>intervenção: n=27  Grupo de controlo: n=26  Taxa de Retenção: 78%</p>	<p>HHI  <b>Bem-estar Espiritual:</b> FACIT-Sp-12  <b>FAMÍLIA</b>  <b>Ansiedade:</b> SAS  <b>Depressão:</b> SDS  <b>AMBOS</b>  <b>Coesão Familiar:</b> FACES II</p>	<p>gestão dos sintomas, orientação dietética e apoio psicológico.”</p>	<p><b>Bem-estar Espiritual:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>FAMÍLIA</b>  <b>Ansiedade:</b> Melhoria significativa em todos os componentes  <b>Depressão:</b> Melhoria significativa em todos os componentes  <b>AMBOS</b>  <b>Coesão familiar:</b> Melhoria significativa em todos os componentes  <b>Taxa de Satisfação:</b> 85,2% dos doentes; 88,9% dos familiares</p>
<p>Lin Guo Xi Zhang Liu Zheng Liu</p>	<p>Estudo Quase Experimental</p>	<p>“Examinar os efeitos da TD adaptada à cultura chinesa no sofrimento psicológico e espiritual</p>	<p>Neoplasias variadas</p>	<p>Total: n=30  Grupo de intervenção: n=16  Grupo de</p>	<p><b>Dignidade:</b> PDI  <b>Stress:</b> DT  <b>Bem-estar Espiritual:</b></p>	<p>“No grupo de controlo, no primeiro contacto, os terapeutas explicaram o que estaria envolvido na entrevista de apoio e a hora e o local apropriados para a entrevista. No segundo contacto, o doente recebeu uma entrevista de apoio presencial sobre questões do presente, como a doença</p>	<p><b>Dignidade:</b> Sem registo de efeitos significativos  <b>Stress:</b> Sem registo de efeitos significativos  <b>Bem-estar Espiritual:</b> Sem registo</p>

China 2023  (24)		relacionado com a dignidade e na função familiar de doentes com cancro avançado a receberem quimioterapia.”		controlo: n=14  Taxa de Retenção: 77%	FACIT-Sp-12  <b>Coesão Familiar:</b> FACES-II	ou a quimioterapia, durante cerca de 30 minutos. Depois, houve dois momentos de simples cumprimentos via WeChat entre terapeutas e pacientes.”	de efeitos significativos  <b>Coesão Familiar:</b> Melhoria significativa  <b>Taxa de Satisfação:</b> N/A
Zhang Zhou Yang Gong Gao  China 2022  (25)	Ensaio Clínico Rando- mizado	“Analisar o grau de receio de progressão da doença em doentes com tumores malignos avançados e o valor clínico da TD.”	Neoplasias variadas	Total: n=120  Grupo de intervenção: n=60  Grupo de controlo: n=60  Taxa de Retenção: 100%	<b>Dignidade:</b> PDI  <b>Qualidade de Vida:</b> EORTC QLQ-C30  <b>Suporte Social:</b> SSRS  <b>Medo de progressão de doença:</b>	“Radioterapia, quimioterapia e terapia molecular orientada foram selecionadas de acordo com a evolução e as características dos doentes com tumores. A observação dinâmica das alterações da doença foi efetuada após a melhoria dos exames relevantes. Os doentes receberam aconselhamento psicológico, apoio e encorajamento, o que os ajudou a ganhar confiança e a ter uma atitude otimista para enfrentar o tratamento. Foram dadas orientações de alta e os pacientes foram instruídos a viver rotineiramente para garantir um repouso adequado, e uma revisão foi	<b>Dignidade:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Qualidade de Vida:</b> Melhorias significativas em qualidade de vida e saúde geral; controlo de sintomas gastrointestinais e insónia; funcionamento emocional  <b>Suporte Social:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Medo de progressão de doença:</b> Melhorias significativas em todos os componentes

					FOP-Q-SF	realizada quando necessário.”	<b>Ansiedade e Depressão:</b> Melhorias significativas em todos os componentes
					<b>Ansiedade e Depressão:</b> HADS		<b>Taxa de Satisfação:</b> N/A
Li Feng Chiang Ma Wang  Taiwan 2020  (26)	Estudo Quase Experimental	“Determinar a eficácia da TD em doentes com cancro em fim de vida.”	Neoplasias variadas	Total: n=25  Grupo de intervenção: n=13  Grupo de controlo: n=12  Taxa de Retenção: 83%	<b>Dignidade:</b> PDI-MV  <b>Depressão:</b> PHQ-9  <b>Desmoralização:</b> DS-MV	“O grupo de controlo do estudo recebeu visitas gerais. O terapeuta efetuou três visitas no prazo de sete dias após o preenchimento do questionário pré-teste, com visitas centradas na condição médica e no nível de conforto dos participantes; cada visita teve uma duração aproximada de 30 minutos.”	<b>Dignidade:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Depressão:</b> Melhorias significativas em todos os componentes  <b>Desmoralização:</b> Melhoria significativa  <b>Taxa de Satisfação:</b> N/A
Iani De Vincenzo Maruelli Chochinov Ragghianti Durante Lombardo	Ensaio Clínico Randomizado	“Investigar os efeitos da TD em dimensões específicas de bem-estar espiritual, desmoralização e angústia	Neoplasias variadas	Total: n=35  Grupo de intervenção: n=15  Grupo de	<b>Dignidade:</b> PDI  <b>Bem-estar Espiritual:</b> FACIT-Sp-12  <b>Desmoralização:</b>	“Os cuidados paliativos habituais foram prestados por uma equipa multidisciplinar composta por um médico paliativista, um psico-oncologista, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um assistente de saúde, um assistente social, um voluntário e um assistente espiritual,	<b>Dignidade:</b> Sem registo de efeitos significativos  <b>Bem-estar Espiritual:</b> Melhoria significativa apenas no componente da Paz  <b>Desmoralização:</b> Sem registo de

<p>Itália 2020  (27)</p>		<p>relacionada com a dignidade numa amostra de doentes terminais.”</p>		<p>controlo: n=20  Taxa de Retenção: 66%</p>	<p><b>zação:</b> DS-II</p>	<p>adaptando os cuidados às necessidades dos doentes e das suas famílias. Em particular, a equipa de cuidados paliativos prestou cuidados abrangentes a todos os doentes durante a sua estadia no hospital, incluindo a avaliação regular e a gestão dos sintomas emocionais e físicos, entrevistas clínicas e apoio psicológico aos doentes e às suas famílias.”</p>	<p>efeitos significativos  <b>Taxa de Satisfação:</b> N/A</p>
<p>Weru Gatehi Musibi  Quénia 2020  (28)</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado</p>	<p>“Comparar a TD com os cuidados habituais na qualidade de vida de doentes com cancro avançado submetidos a cuidados paliativos.”</p>	<p>Neoplasias variadas</p>	<p>Total: n=126  Grupo de intervenção: n=65  Grupo de controlo: n=61  Taxa de Retenção: 87%</p>	<p><b>Qualidade de Vida:</b> ESAS</p>	<p>(Não especificado)</p>	<p><b>Qualidade de Vida:</b> Melhoria significativa apenas no controlo da ansiedade  <b>Taxa de Satisfação:</b> N/A</p>

<p>Zaki-Nejad Nikbakht- Nasrabad Manookian Shamshiri</p> <p>Irão 2020</p> <p>(29)</p>	<p>Estudo Quase Experi- mental</p>	<p>“Avaliar o impacto da TD na qualidade de vida de doentes iranianos com cancro.”</p>	<p>Neoplasias variadas</p>	<p>Total: n=50</p> <p>Grupo de intervenção: n=25</p> <p>Grupo de controlo: n=25</p> <p>Taxa de Retenção: 100%</p>	<p><b>Qualidade de Vida:</b> EORTC QLQ- C15-PAL</p>	<p>(Não especificado)</p>	<p><b>Qualidade de Vida:</b> Melhorias significativas em qualidade de vida e saúde geral; controlo de sintomas gastrointestinais e insónia; funcionamento emocional</p> <p><b>Taxa de Satisfação:</b> N/A</p>
---	--	--	--------------------------------	---	---	---------------------------	---

Tabela 2 - Compilação de resultados dos parâmetros de avaliação mais frequentes

<b>PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS</b>	<b># de estudos com este resultado</b>
<b>DIGNIDADE (n=6)</b>	<b>#</b>
Melhorias significativas em todos os componentes	2
Melhoria significativa apenas no componente de Stress Existencial	1
Melhoria significativa na evolução do grupo de intervenção, sem significância na comparação entre os dois grupos	1
Sem registo de efeitos significativos	2
<b>BEM-ESTAR ESPIRITUAL (n=5)</b>	<b>#</b>
Melhorias significativas em todos os componentes	3
Melhoria significativa apenas no componente de Paz	1
Sem registo de efeitos significativos	1
<b>QUALIDADE DE VIDA (n=4)</b>	<b>#</b>
Melhorias significativas em qualidade de vida e saúde geral; controlo de sintomas gastrointestinais e insónia; funcionamento emocional	2
Melhoria significativa apenas no funcionamento emocional	1
Melhoria significativa apenas no controlo da ansiedade	1
<b>DEPRESSÃO (n=3)</b>	<b>#</b>
Melhorias significativas em todos os componentes	3

## Capítulo 4

### Discussão

Esta revisão sistemática teve como objetivo central perceber o impacto da TD no doente oncológico em fim de vida, averiguando principalmente se esta terapia apresenta benefícios adicionais em relação aos cuidados habituais que estes doentes recebem. Foi realizada uma pesquisa na base de dados *PubMED*, na qual foram encontrados 158 artigos. Destes, 10 estudos, entre ensaios clínicos randomizados e estudos quase-experimentais, foram selecionados para análise.

Durante a revisão, notou-se que quatro parâmetros de avaliação foram avaliados de forma mais recorrente nos artigos analisados, nomeadamente a Dignidade, o Bem-estar Espiritual, a Qualidade de Vida e a Depressão. Estes, juntamente com a Esperança e a Ansiedade, vão de encontro aos temas que uma revisão sistemática de revisões sistemáticas realizada por Johnson et al. (41) determinou como sendo os parâmetros de avaliação mais frequentes em investigações sobre a TD.

Um total de seis artigos (20,21,24,25,26,27) estudaram os efeitos da TD no sentido de dignidade dos doentes. Os resultados obtidos neste parâmetro foram mistos. Apesar de todos os estudos terem registado melhorias no grupo de intervenção, apenas três apresentaram diferenças significativas para o grupo de controlo em pelo menos uma subescala do PDI. Outras revisões sistemáticas prévias (42,43,44) corroboram a ideia de que os efeitos da TD neste capítulo são inconclusivos. Contudo, é importante notar que o estudo realizado por Kelly et al. (21) apresentava uma amostra pequena (n=10), pelo que os dados que dele advêm devem ser tratados com precaução. Além disso, Iani et al. (27) teorizaram que a falta de significância nos seus resultados possa advir do facto dos doentes analisados apresentarem à partida um baixo nível de stress relacionado à dignidade. Esta evidência aponta para a TD poder ser particularmente útil no tratamento dos doentes que apresentem um score baixo no PDI. Um padrão constatado na análise deste parâmetro foi a diferença de resultados consoante a cultura: os dois estudos (21,27) com piores resultados foram realizados em países ocidentais (Itália e Austrália, que embora não sendo geograficamente ocidental, é culturalmente (45)), ao passo que os outros quatro (20,24,25,26) foram realizados na China e em Taiwan. A maneira como estas culturas percecionam a morte pode

influenciar a eficácia deste tipo de terapias. Um estudo realizado por Schumaker et al. (46) concluiu que estudantes australianos, influenciados pela cultura ocidental, apresentavam mais ansiedade com a morte comparativamente a estudantes malaios, oriundos de uma cultura oriental. Na opinião do psicólogo James Gire (47), do Instituto Militar da Virgínia, “as tradições ocidentais incorporam visões materialistas e equiparam a morte do corpo à morte do ‘eu’”, enquanto “as crenças culturais orientais concebem a morte como uma mera transição, e que a forma mais eficaz de a vencer é aceitá-la como um facto primário da vida” (47). Consistente com esta ideia, Ho et al. (48), num estudo com doentes em Hong Kong e valendo-se dos trabalhos de Hall et al. (49) e Chochinov (11), percebeu que, embora muitos dos temas da dignidade relatados por doentes orientais se alinhassem com aqueles observados no mundo ocidental, surgiram algumas diferenças importantes: os doentes orientais aparentavam não estar tão incomodados com a ideia de morrerem, e referiam a capacidade de suportar a dor, a transcendência moral, a entrega espiritual e a dinâmica relacional transgeracional, como sendo fatores importantes da dignidade (48). Possuindo a TD uma forte componente de legado, é possível especular que seja este o motivo para os aparentes resultados mais positivos naquela região. Estudos futuros, nomeadamente em locais que possa haver uma representação substancial de diferentes culturas, poderão, eventualmente, averiguar a veracidade desta hipótese.

Cinco artigos (20,22,23,24,27) usaram o Bem-estar Espiritual como parâmetro de avaliação. O Bem-estar espiritual pode ser definido como a procura de um objetivo e sentido de significado na vida, no qual se inclui a moral e a ética de uma pessoa (50). Segundo Ghaderi et al. (51), este possui três dimensões: religiosa, individualista e a relação com o mundo-material. Cada uma representa, respetivamente, a relação humana com Deus, consigo próprio e com a natureza e as outras pessoas (51). Nesta análise, todos os artigos que avaliaram este parâmetro recorreram à escala FACIT-Sp-12 (32), que divide o Bem-estar espiritual nas subescalas de paz, sentido e fé. Numa revisão sistemática realizada em 2015, Fitchett et al. (52) propuseram que a TD teria um potencial espiritual bastante elevado. Os resultados desta revisão vão de encontro a essa ideia, com apenas um dos estudos (24) a não obter algum tipo de significância estatística na evolução do grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo, embora também esse tenha registado melhorias no grupo da intervenção. A TD incentiva os doentes a remanescer sobre o seu passado, algo que está indicado ter um efeito positivo no alívio de sintomas depressivos em idosos (53,54). Nas palavras de uma doente (13), "A terapia da dignidade foi uma experiência maravilhosa. Pôr no papel o que eu pensava ser uma vida monótona e aborrecida abriu-me os olhos para o

quanto eu realmente fiz” (13). Nesta linha de pensamento, Chen et al. (22) afirmaram que “a terapia da dignidade proporciona aos pacientes a oportunidade de sentir e expressar os seus verdadeiros sentimentos interiores e reinterpretar o significado das suas vidas” (22). Xiao et al. (20) concordaram, dizendo que “o processo de partilha de reminiscências entre os doentes e os membros da família ajudou os doentes a integrar as memórias num todo significativo e a cultivar a aceitação da sua vida” (20).

Quatro artigos (22,25,28,29) fizeram análise ao impacto da TD na Qualidade de Vida. Como esperado, face às conclusões obtidos noutras revisões (42,43,44,55), os resultados obtidos indicam que a TD, comparado com as terapias habituais, não apresenta tantas vantagens na melhoria da qualidade de vida dos doentes quanto mostra noutras dimensões. Como mencionam Weru et al. (28), isto pode, em parte, ser explicado pela importância que o controlo sintomático assume na definição de “qualidade de vida” das escalas utilizadas (33,34,35,36), “não incorporando outros aspetos como, por exemplo, aspetos financeiros, angústia e conceitos de morte, esperança, aborrecimento, pior desempenho, etc.” (28) . Dois estudos usaram a EORTC-QLQ-C30 (22,25), com um terceiro a optar pela EORTC-QLQ-C15-PAI (29), sendo que ambas as escalas dividem-se em três subescalas (funcional, sintomática e global). Olhando para os resultados, constatamos que, nos três artigos, foram encontradas melhorias significativas na escala funcional em diversos itens, com destaque para os funcionamentos “de papel” (relacionado com a capacidade de realizar atividades do dia-a-dia), cognitivo, social e sobretudo o funcionamento emocional, que registou melhorias em todas as ocasiões. Esta informação, isoladamente, correlaciona-se com outros resultados descritos nesta revisão, nomeadamente na forma como a TD promove a aproximação e a comunicação dos doentes com os familiares (23,24).

Nos controlo sintomático, foi interessante o facto de, além da diminuição da insónia, terem-se registado melhorias em sintomas gastrointestinais como diarreia, náuseas, vómitos e obstipação (25,29). Comorbilidades psicológicas, como o stress e a ansiedade, estão estabelecidas como potenciais desencadeadores de distúrbios na função intestinal, como aumento da atividade motora, alterações na secreção e mudanças na flora intestinal, entre outros (56,57,58,59,60). Isto advém da estreita relação bidirecional que existe entre o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal, chamado de “eixo cérebro-intestino” (56,57,58,59,60). Sobolli et al. (57), numa revisão sistemática que procurava perceber como a ansiedade e a depressão impactavam o desenvolvimento da Síndrome do Intestino Irritável, concluíram que, comparados com o resto da população, doentes que se auto-reportavam como ansiosos ou depressivos apresentavam um risco duas vezes maior de desenvolverem a doença. Considerando

que a TD tem demonstrado ser eficaz na melhoria de estados depressivos e ansiosos (41,42,43,55), existe potencial para que esta terapia possa ajudar no controlo deste tipo de sintomas, o que, devido à natureza bidirecional do eixo, poderá de forma retroativa ajudar com a melhoria do estado psicológico. Será sempre uma possibilidade difícil de comprovar, visto que muitos estudos sobre a TD são realizados em doentes oncológicos que, possivelmente, se encontram a realizar regimes de quimioterapia, condicionando naturalmente o aumento desta sintomatologia (61). Contudo, é uma hipótese que não deve ser posta de parte.

Três artigos (20,25,26) analisaram o efeito da TD nos sintomas depressivos. Este parâmetro foi o que apresentou os melhores resultados, com todos os estudos a relatarem uma melhoria significativa na evolução do grupo experimental comparativamente ao controlo. Estes resultados são condizentes com os encontrados noutras revisões sistemáticas (42,43), embora também existam outras revisões que não conseguiram comprovar que a TD apresente vantagem comparativamente a outras terapias neste aspeto (52,55). Ainda assim, parece haver consenso quanto à ideia de que a TD é útil na diminuição dos sintomas depressivos (41). Alguns dos fatores para esta eficácia já foram discutidos neste trabalho, nomeadamente a natureza remanescente da TD (53,54) e os efeitos bidirecionais no eixo cérebro-intestino (56,57,58,59,60).

É necessário dar ênfase à grande aceitação que a TD tem por parte dos doentes e dos familiares. Indo de encontro aos achados de outras revisões (42,52), os artigos que recolheram a opinião qualitativa dos doentes sobre a TD perceberam que estes apreciaram a terapia, sentindo que esta era útil e que a recomendariam se tivessem essa hipótese (23), havendo pouco registo de avaliações negativas.

Os estudos analisados nesta revisão apresentavam algumas limitações. Diversos artigos apresentavam uma amostra pequena, o que pode enviesar os resultados. Como em qualquer investigação, é sempre uma possibilidade a ocorrência de certos vieses típicos, como o viés de seleção, o viés de performance, o viés de deteção, o viés de atrito e o viés de publicação (62). Nesta análise, foi percebido que o viés de performance, resultante da impossibilidade de ocultar os participantes, investigadores ou avaliadores quanto à investigação (63), era particularmente suscetível, com todos os estudos a mencionarem a impossibilidade de ocultar algum destes elementos. O viés de atrito, relacionado com a perda ou saída de participantes (64), é também um fator que regularmente causa dificuldades em estudos com doentes em fim de vida (65). Outra limitação dos estudos está relacionada com o tipo de escalas utilizadas. Na sua revisão sistemática sobre a TD, Li et al. (43) mencionam que “a medição da ansiedade e da depressão nos doentes

ainda se baseia numa escala subjetiva, o que, frequentemente, introduz um risco de viés na medição dos resultados relevantes” (43). Segundo Rosenman et al. (66), “há muitas razões pelas quais indivíduos podem apresentar estimativas enviesadas do seu comportamento auto-reportado, desde um mau entendimento sobre o que é uma medição adequada, até ao viés de desejabilidade social, em que o inquirido quer "parecer bem" no inquirido, mesmo que este seja anónimo” (66). Este é um fator a ter em conta nas investigações na área dos cuidados paliativos, devido à prevalência deste tipo de escalas.

#### **4.1. Limitações**

Além das limitações dos próprios estudos, a elaboração desta revisão também apresentou as suas limitações. Desde logo, qualquer revisão sistemática está sujeita à existência do viés de publicação (67), visto que estudos com resultados tendencialmente positivos apresentarão uma maior probabilidade de serem publicados. Além disso, o intervalo de tempo utilizado para as datas de publicação (1 de janeiro de 2020 a 12 de julho de 2023), embora garanta dados mais recentes, pode excluir bibliografia relevante e de qualidade, o que tem um impacto particularmente impactante quando temos em consideração a pouca bibliografia existente sobre o tema.

#### **4.2 Direções Futuras**

O desenvolvimento de adaptações culturalmente sensíveis consoante o local de realização pode aumentar a efetividade da TD. A forma como diferentes povos encaram a morte é altamente variável (68), pelo que uma terapia mais direcionada àquilo que o doente considera importante pode fazer com que este se sinta mais valorizado (69). Relatos das experiências de doentes com a TD podem auxiliar este propósito.

Atualmente, o número projetos de investigação realizados sobre a TD é relativamente escasso. O aumento do volume e da facilidade de acesso a sessões de formação pode permitir uma expansão do uso da terapia (70), o que poderá conduzir à realização de mais estudos e de melhor qualidade, aumentando a bibliografia sobre o tema e ajudando a perceber como melhorar a sua aplicação.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Capítulo 5

### Conclusão

A condição do doente em fim de vida apresenta características muito particulares, sendo um processo muito complicado de gerir pela miríade de sintomas físicos e psicológicos que atormentam os doentes. Esta revisão parece comprovar a ideia pré-existente de que a TD é uma terapia promissora para o cuidado destes doentes, sendo que na melhoria do Bem-estar Espiritual e de sintomas depressivos afigura-se como podendo ser mais eficaz que outras terapias mais comumente usadas. Contudo, mais estudos são necessários para se perceber de que modo a sua adaptação a cada cultura pode impactar de forma positiva a sua eficácia.

A TD tem como ponto forte o facto de apresentar taxas de satisfação muito elevadas, com poucos relatos de efeitos adversos. É assim uma terapia para a qual é necessária mais investigação, procurando perceber como pode o seu uso ser difundido e aprimorado.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Referências

1. Britannica. History of technology - The 20th and 21st centuries [Internet]. [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://www.britannica.com/technology/history-of-technology/The-20th-and-21st-centuries>.
2. Britannica. History of medicine - Medicine in the 20th century. [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://www.britannica.com/science/history-of-medicine/Medicine-in-the-20th-century>.
3. Barbosa A, Reis Pina P, Tavares F, Galriça Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Lisbon: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016.
4. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/end-of-life-care>.
6. National Institute of Aging. Providing Care and Comfort at the End of Life [Internet]. [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/end-life/providing-care-and-comfort-end-life#practical>.
7. Adapted from “The phases and layers of care” Picture (Providence Health Care Site Sample) [image on the Internet]. [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://hpc.providencehealthcare.org/about/what-palliative-care>.
8. Kellehear A. A social history of dying. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2007.
9. Cambridge Dictionary. DIGNITY | meaning in the Cambridge English Dictionary [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/dignity>.

10. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med*. 2000 Feb 24;342(8):557-63. doi: 10.1056/NEJM200002243420806.
11. Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. 2002;287(17): 2253–2260.
12. Martí-García C, Fernández-Férez A, Fernández-Sola C, Pérez-Rodríguez R, Esteban-Burgos AA, Hernández-Padilla JM, Granero-Molina J. Patients' experiences and perceptions of dignity in end-of-life care in emergency departments: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2023 Jan;79(1):269-280. doi: 10.1111/jan.15432.
13. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24): 5520–5525.
14. Erikson EH. *Childhood and society*. London: Vintage Digital; 1950.
15. Julião M, Sobral MA, Johnston B, Lemos AR, Almeida S, Antunes B, Dönmez ÇF, Chochinov HM. A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents. *Palliat Support Care*. 2022 Apr;20(2):189-195. doi: 10.1017/S1478951521000754.
16. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, Centeno C. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med*. 2017 Jun;31(6):492-509. doi: 10.1177/0269216316665562.
17. Donato SC, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti MG. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 Nov-Dec;50(6):1014-1024. English, Portuguese. doi: 10.1590/S0080-623420160000700019.

18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
19. Hawker S, Payne S, Kerr C, Hardey M, Powell J. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res*. 2002 Nov;12(9):1284-99. doi: 10.1177/1049732302238251.
20. Xiao J, Chow KM, Choi KC, Ng SNM, Huang C, Ding J, Chan WHC. Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2022 May;129:104217. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104217.
21. Kelly C, Kynoch K, Ramis MA. Implementing Dignity Therapy Service into an Acute Cancer Care Setting - A Feasibility Study. *J Palliat Care*. 2023 Oct;38(4):456-464. doi: 10.1177/08258597231154221.
22. Chen J, Yan J, Wang C, Wang Y, Wu Y, Hu R. Effects and satisfaction of dignity therapy among patients with hematologic neoplasms in the Chinese cultural context: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2021 Nov;29(11):6819-6829. doi: 10.1007/s00520-021-06227-4.
23. Wang C, Chen J, Wang Y, Xu W, Xie M, Wu Y, Hu R. Effects of family participatory dignity therapy on the psychological well-being and family function of patients with haematologic malignancies and their family caregivers: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2021 Jun;118:103922. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103922.
24. Lin J, Guo Q, Xi L, Zhang H, Liu F, Zheng R, Liu W. The effect of Chinese culture-adapted dignity therapy on advanced cancer patients receiving chemotherapy in the day oncology unit: A quasi-experimental study. *Eur J Oncol Nurs*. 2023 Apr;63:102301. doi: 10.1016/j.ejon.2023.102301.

25. Zhang Y, Zhou F, Yang H, Gong X, Gao J. Current Status of Fear of Disease Progression in Patients with Advanced Cancer and Usefulness of Dignity Therapy Intervention. *J Healthc Eng.* 2022 Mar 21;2022:6069060. doi: 10.1155/2022/6069060.
26. Li YC, Feng YH, Chiang HY, Ma SC, Wang HH. The Effectiveness of Dignity Therapy as Applied to End-of-Life Patients with Cancer in Taiwan: A Quasi-Experimental Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2020 Oct;14(4):189-195. doi: 10.1016/j.anr.2020.04.003.
27. Iani L, De Vincenzo F, Maruelli A, Chochinov HM, Raghianti M, Durante S, Lombardo L. Dignity Therapy Helps Terminally Ill Patients Maintain a Sense of Peace: Early Results of a Randomized Controlled Trial. *Front Psychol.* 2020 Jun 25;11:1468. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01468.
28. Weru J, Gatehi M, Musibi A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. *BMC Palliat Care.* 2020 Jul 23;19(1):114. doi: 10.1186/s12904-020-00614-0.
29. Zaki-Nejad M, Nikbakht-Nasrabadi A, Manookian A, Shamshiri A. The Effect of Dignity Therapy on the Quality of Life of Patients with Cancer Receiving Palliative Care. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020 Jun 17;25(4):286-290. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_51\_19.
30. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Dec;36(6):559-71. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018.
31. Ge, G, Cao, Y, Liu, J, Niu, R, Xin, L, Yu, J, Xue, Y. Preliminary revision of Chinese version PDI and its reliability and validity. *Chin. J. Public Health.* 2016
32. Ahmad N, Sinaii N, Panahi S, Bagereka P, Serna-Tamayo C, Shnayder S, Ameli R, Berger A. The FACIT-Sp spiritual wellbeing scale: a factor analysis in patients with severe and/or life-limiting medical illnesses. *Ann Palliat Med.* 2022 Dec;11(12):3663-3673. doi: 10.21037/apm-22-692.

33. Cheng JX, Liu BL, Zhang X, Zhang YQ, Lin W, Wang R, Zhang YQ, Zhang HY, Xie L, Huo JL. The validation of the standard Chinese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire 30 (EORTC QLQ-C30) in pre-operative patients with brain tumor in China. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Apr 22;11:56. doi: 10.1186/1471-2288-11-56.
34. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993 Mar 3;85(5):365-76. doi: 10.1093/jnci/85.5.365.
35. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers PM, de Graeff A, Hammerlid E, Kaasa S, Sprangers MA, Bjorner JB; EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer*. 2006 Jan;42(1):55-64. doi: 10.1016/j.ejca.2005.06.022.
36. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991 Summer;7(2):6-9.
37. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
38. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
39. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract*. 1991 Spring;5(1):39-51; discussion 53-6.
40. Chan KS, Li HC, Chan SW, Lopez V. Herth hope index: psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs*. 2012 Sep;68(9):2079-85. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05887.x.

41. Johnston B, Dönmez CF, Julião M. Effectiveness of dignity therapy in the context of culturally competent care in people with palliative care needs: a systematic review of systematic reviews. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023 Sep;17(3):186-192. doi: 10.1097/SPC.0000000000000664.
42. Zheng R, Guo Q, Chen Z, Zeng Y. Dignity therapy, psycho-spiritual well-being and quality of life in the terminally ill: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023 Sep;13(3):263-273. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003180.
43. Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. 2020 Mar;37(3):234-246. doi: 10.1002/da.22980.
44. Xiao J, Chow KM, Liu Y, Chan CWH. Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2019 Sep;28(9):1791-1802. doi: 10.1002/pon.5162.
45. Shvili J. List of Western Countries [Internet]. 2021. [cited 2024 Jan 8]. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/list-of-western-countries.html>.
46. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *J Soc Psychol*. 1988 Feb;128(1):41-7. doi: 10.1080/00224545.1988.9711682.
47. Gire J. How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. *Online Readings in Psychology and Culture*. 2014 Dec 1;6(2). doi:10.9707/2307-0919.1120
48. Ho AH, Chan CL, Leung PP, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SM, Tse DM. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. *Age Ageing*. 2013 Jul;42(4):455-61. doi: 10.1093/ageing/aft003.

49. Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing*. 2009 Jul;38(4):411-6. doi: 10.1093/ageing/afp069.
50. Northwestern University. Spiritual Wellness: Wellness at Northwestern [Internet]. [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.northwestern.edu/wellness/8-dimensions/spiritual-wellness.html>.
51. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2018 Apr 9;11:3.
52. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care*. 2015 Mar 21;14:8. doi: 10.1186/s12904-015-0007-1.
53. Liu Z, Yang F, Lou Y, Zhou W, Tong F. The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021 Aug 17;12:709853. doi: 10.3389/fpsyg.2021.709853.
54. Syed Elias SM, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatr Nurs*. 2015 Sep-Oct;36(5):372-80. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.05.004.
55. Lee JL, Jeong Y. The Effect of Dignity Therapy on Terminally-Ill Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2023 Jan;52(1):10-22. doi: 10.18502/ijph.v52i1.11661.
56. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol*. 2015 Apr-Jun;28(2):203-209.
57. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Workman P, Windgassen S, Moss-Morris R. A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset. *Psychol Med*. 2016 Nov;46(15):3065-3080. doi: 10.1017/S0033291716001987.

58. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley NJ. The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*. 2012 Sep;61(9):1284-90. doi: 10.1136/gutjnl-2011-300474.
59. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*. 2000 Dec;47(6):861-9. doi: 10.1136/gut.47.6.861.
60. Rhee SH, Pothoulakis C, Mayer EA. Principles and clinical implications of the brain-gut-enteric microbiota axis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009 May;6(5):306-14. doi: 10.1038/nrgastro.2009.35.
61. O'Reilly M, Mellotte G, Ryan B, O'Connor A. Gastrointestinal side effects of cancer treatments. *Ther Adv Chronic Dis*. 2020 Nov 27;11:2040622320970354. doi: 10.1177/2040622320970354.
62. Mansournia MA, Higgins JP, Sterne JA, Hernán MA. Biases in Randomized Trials: A Conversation Between Trialists and Epidemiologists. *Epidemiology*. 2017 Jan;28(1):54-59. doi: 10.1097/EDE.0000000000000564.
63. Banerjee A, Pluddemann A, O'Sullivan J, Nunan D. Performance bias [Internet] 2019. [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://catalogofbias.org/biases/performance-bias/>.
64. Nunan D, Aronson J, Bankhead C. Catalogue of bias: attrition bias. *BMJ Evid Based Med*. 2018 Feb;23(1):21-22. doi: 10.1136/ebmed-2017-110883.
65. Hudson P, Aranda S, McMurray N. Randomized controlled trials in palliative care: overcoming the obstacles. *Int J Palliat Nurs*. 2001 Sep;7(9):427-34. doi: 10.12968/ijpn.2001.7.9.9301.
66. Rosenman R, Tennekoon V, Hill LG. Measuring bias in self-reported data. *Int J Behav Healthc Res*. 2011 Oct;2(4):320-332. doi: 10.1504/IJBHR.2011.043414.
67. DeVito NJ, Goldacre B. Catalogue of bias: publication bias. *BMJ Evid Based Med*. 2019 Apr;24(2):53-54. doi: 10.1136/bmjebm-2018-111107.

68. Givler A, Bhatt H, Maani-Fogelman PA. The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. 2023 May 22. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
69. Martin EM, Barkley TW Jr. Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing*. 2016 Jan;46(1):32-41; quiz 41-2. doi: 10.1097/01.NURSE.0000475480.75266.9a.
70. Schoppee TM, Scarton L, Bluck S, Yao Y, Keenan G, Handzo G, Chochinov HM, Fitchett G, Emanuel LL, Wilkie DJ. Description of a training protocol to improve research reproducibility for dignity therapy: an interview-based intervention. *Palliat Support Care*. 2022 Apr;20(2):178-188. doi: 10.1017/S1478951521000614.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **ANEXOS**

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Anexo 1 – Avaliação da Qualidade dos Artigos de acordo com a escala de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell

Main author	Abstract Title	Introduction Aims	Method Data	Sampling	Data Analysis	Ethics Bias	Results	Generalisability	Implications	Total
Xiao	4	4	4	4	4	4	4	3	4	35
Kelly	4	4	4	2	3	4	4	3	4	32
Chen	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Wang	4	4	3	4	4	4	4	4	3	34
Lin	4	4	3	3	3	4	4	2	4	31
Zhang	4	4	4	4	3	4	4	4	4	35
Li	4	4	4	3	4	4	4	3	4	34
Iani	4	4	3	3	3	4	3	2	3	29
Weru	4	4	3	4	4	4	4	3	4	34
Zaki-Nejad	4	4	3	4	4	4	4	4	4	35

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## **Anexo 2 – Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell**

### **1. Abstract and title. Did they provide a clear description of the study?**

*Good:* structured abstract with full information and clear title.

*Fair:* abstract with most of the information.

*Poor:* inadequate abstract.

*Very poor:* no abstract.

### **2. Introduction and aims. Was there a good background section and clear statement of the aims of the research?**

*Good:* full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge; clear statement of aim AND objectives including research questions.

*Fair:* some background and literature review; research questions outlined.

*Poor:* some background but no aim/objectives/questions OR aims/objectives but inadequate background.

*Very poor:* no mention of aims/objectives; no background or literature review.

### **3. Method and data. Is the method appropriate and clearly explained?**

*Good:* method is appropriate and described clearly (e.g. questionnaires included); clear details of the data collection and recording.

*Fair:* method appropriate, description could be better; data described.

*Poor:* questionable whether method is appropriate; method described inadequately; little description of data.

*Very poor:* no mention of method AND/OR method inappropriate AND/OR no details of data.

**4. Sampling. Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

*Good:* details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited and why this group was targeted; the sample size was justified for the study; response rates shown and explained.

*Fair:* sample size justified; most information given but some missing.

*Poor:* sampling mentioned but few descriptive details.

*Very poor:* no details of sample.

**5. Data analysis. Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

*Good:* clear description of how analysis was carried out; description of how themes derived/respondent validation or triangulation.

*Fair:* descriptive discussion of analysis.

*Poor:* minimal details about analysis.

*Very poor:* no discussion of analysis.

**6. Ethics and bias. Have ethical issues been addressed and has necessary ethical approval been gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

*Good:* ethics: when necessary, issues of confidentiality, sensitivity and consent were addressed; bias: researcher was reflexive and/or aware of own bias.

*Fair:* lip service was paid to above (i.e. these issues were acknowledged).

*Poor:* brief mention of issues.

*Very poor:* no mention of issues.

**7. Results. Is there a clear statement of the findings?**

*Good:* findings explicit, easy to understand and in logical progression; tables, if present, are explained in text; results relate directly to aims; sufficient data are presented to support findings.

*Fair:* findings mentioned but more explanation could be given; data presented relate directly to results.

*Poor:* findings presented haphazardly, not explained and do not progress logically from results.

*Very poor:* findings not mentioned or do not relate to aims.

**8. Transferability or generalisability. Are the findings of this study transferable (generalisable) to a wider population?**

*Good:* context and setting of the study are described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Q4 (sampling).

*Fair:* some context and setting described but more needed to replicate or compare the study with others, plus fair score or higher in Q4.

*Poor:* minimal description of context/setting.

*Very poor:* no description of context/setting.

**9. Implications and usefulness. How important are these findings to policy and practice?**

*Good:* contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective; suggests ideas for further research; suggests implications for policy and/or practice.

*Fair:* two of the above.

*Poor:* only one of the above.

*Very poor:* none of the above.

O Impacto da Terapia da Dignidade no Doente Oncológico em Fim de Vida comparativamente aos Cuidados Habituais: Uma Revisão Sistemática

## Anexo 3 – Divulgação

Apresentação de Poster no 2º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos de Castelo Branco

