UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina
Centro Académico de Medicina de Lisboa

PSICO-ONCOLOGIA:
A INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA E ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA EM DOENTES COM CANCRO

Guida Maria Baptista Marcelino da Ponte

Orientadora: Professora Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin
Co-Orientador: Dr. Jorge Manuel Coelho Espírito Santo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Medicina, na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental
2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina
Centro Académico de Medicina de Lisboa

PSICO-ONCOLOGIA:
A INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA E ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA EM DOENTES COM CANCRO

Guida Maria Baptista Marcelino da Ponte

Orientadora: Professora Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin
Co-Orientador: Dr. Jorge Manuel Coelho Espírito Santo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Medicina, na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental

Júri:
Presidente: Doutor João Eurico Cortez Cabral da Fonseca, Professor Catedrático e Vice-Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Vogais:
- Doutor António Manuel Ferreira Araújo, Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Doutor Manuel Maria dos Santos Matroco Gonçalves Pereira, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
- Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin, Professora Auxiliar Convidada com Agregação da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (Orientadora)
- Doutor António Diogo de Albuquerque Almeida Leite Telles Correia, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Doutor Carlos José Fernandes da Conceição Góis, Professor Auxiliar Convidado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2021

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

Índice

Prefácio 10

RESUMO 11

ABSTRACT 12

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 13
1.1. Cancro e Psico-Oncologia 13

1.2. Impacto psicológico do cancro 15

1.3. Intervenções psicossociais no cancro 45

1.4. Psicoterapia Centrada no Significado 55

1.5. Síntese crítica 64

2. DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO 77
2.1. Hipóteses, objetivos e outcomes do estudo 77

1.2. Metodologia geral 78

1.2.1. Desenho geral do estudo 78

1.2.1.1. Participantes e locais de investigação 80

1.2.1.2. Aprovação pelas comissões de ética 82

1.2.1.3. Critérios de inclusão e exclusão 82

1.2.1.4. Instrumentos usados 84

1.2.1.5. Cálculo da Amostra 91

1.3. Descrição do estudo 92

1.3.1. 1ª Fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa 92

1.3.2. 2ª Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro 99

1.3.3. 3ª Fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS 108

3. RESULTADOS 116
3.1. 1ª Fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa 116

3.2. 2ª Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro 123

3.2.1. Caracterização da amostra e diferenças entre grupos nas características sociodemográficas e clínicas 124

3.2.2. Análises descritivas das variáveis psicológicas no pré (T1) e no pós-teste (T2) para cada grupo 128

3.2.3. Taxa de atrito e adesão 130

3.2.4. Diferenças entre os participantes que frequentaram uma ou duas sessões e os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado 131

3.2.5. Diferenças entre grupos no pré-teste (T1) 133

3.2.6. Diferenças entre grupos no pós-teste (T2) 134

3.2.7. Diferenças pré (T1)-pós (T2) teste em cada grupo 135

3.2.8. Eficácia da intervenção nos outcomes primário e secundário 137

3.2.9. Análises de correlação 139

3.2.10. Análises de regressão 142

3.2.11. Checklist da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo 153

3.3. 3ª Fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS 154

3.3.1. Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS 154

3.3.2. Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial 168

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES 170

4.1. Discussão geral 170

4.1.1. 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa 170

4.1.2. 2ª fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro 176

4.1.3. 3ª fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS 187

4.1.4. Caracterização da adesão do terapeuta ao manual standardizado da PGCS 191

4.2. Conclusões 197

LISTA DE ABREVIATURAS 199

REFERÊNCIAS 201

5. ANEXOS 230

5.1. Da Ponte et al. (2018) 231

Figura A – Psicoterapia Centrada no Significado: O estado da arte (Da Ponte et al., 2018) 231

5.2. Protocolos do estudo 239

Figura B – Protocolo inicial do estudo em dezembro de 2015 239

Figura C – Reformulação do protocolo do estudo em dezembro de 2016 239

Figura D – Reformulação do protocolo do estudo em julho de 2018 241

5.3. Folhetos informativos 242

5.4. Consentimento informado 244

5.5. Instrumentos 245

5.6. Aprovação pelas comissões de ética e instituições 251

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 251

Comissão Nacional de Proteção de Dados 252

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo 255

5.7. Versão portuguesa do manual original da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado 256

5.8. Certificado do programa de formação intensivo - Meaning Centered Psychotherapy Training Program no Memorial Sloan Kettering Cancer Center - Department of Psychiatry and Behavioral Science 285

5.9. Manual da Psicoterapia de grupo Centrada no Significado versão 4 sessões 286

5.10. Resultados 292

Figura E – Adaptation of Meaning Centered Psychotherapy to Portuguese Language; Guida da Ponte, Sílvia Ouakinin, William Breitbart; 75th Scientific Meeting of American Psychosomatic Society; 15 – 18 March, 2017; Sevilha, Espanha 292

Figura F – Resultados do ensaio preliminar levado a cabo com a versão 4 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (apresentação em forma de comunicação livre no 1º Congresso Internacional de Psico-Oncologia, 21 e 22 Setembro de 2018, Lisboa, Portugal). 293

Figura G – Resultados do ensaio preliminar levado a cabo com a versão 4 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (apresentação em forma de poster no V Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 1 e 2 de Março, 2019, Lisboa, Portugal). 303

Tabela A – Carcaterísticas sociodemográficas e clínicas dos grupos de intervenção (PGCS) e de controlo (CAU) (n=78) (análise per protocol) 304

Tabela B – Medianas, médias, desvios-padrão e testes da distribuição normal para cada grupo, no pré (T1) e no pós-teste (T2) (n=78) (análise per protocol) 307

Tabela C – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pré-teste (T1) entre os grupos (n=78) (análise per protocol) 308

Tabela D – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pós-teste (T2) entre os grupos (n=78) (análise per protocol) 308

Tabela E – Teste de Wilcoxon para comparação das variáveis psicológicas no pré (T1)-pós (T2)-teste em cada grupo (n=78) (análise per protocol) 309

Tabela F – Pontuações médias de mudança e desvios-padrão para todas as variáveis por grupo, análise da covariância e tamanho do efeito (N =78) (análise per protocol) 310

Tabela G – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 51; análise intent to treat) 311

Tabela G – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 51; análise intent to treat) (cont.) 312

Tabela H – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n = 40) 313

Tabela H – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n = 40) (cont.) 314

Tabela I – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 38) (análise per protocol) 315

Tabela I – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 38) (análise per protocol) (cont.) 316

Tabela J – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n=40) 317

Tabela J – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n=40) (cont.) 318

Tabela K – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral no T2 como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 319

Tabela L – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 320

Tabela M – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial no T2 como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 321

Tabela N – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 322

Tabela O – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 323

Tabela P – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – Significado/Paz como variável dependente (n = 51; análise intent to treat) 324

Tabela Q – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral como variável dependente (n = 40) 325

Tabela R – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 40) 326

Tabela S – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial como variável dependente (n = 40) 327

Tabela T – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 40) 328

Tabela U – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 40) 329

Tabela V – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – Significado/Paz como variável dependente (n = 40) 330

Tabela W – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral no T2 como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 331

Tabela X – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico no T2 como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 331

Tabela Y – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial no T2 como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 332

Tabela Z – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial no T2 como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 332

Tabela AA – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte no T2 como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 333

Tabela AB – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – dimensão significado/paz como variável dependente (n = 51) (análise intent to treat) 333

Tabela AC – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral como variável dependente (n = 40) 334

Tabela AD – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 40) 334

Tabela AE – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial como variável dependente (n = 40)..... 335

Tabela AF – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 40) 335

Tabela AG – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 40) 336

Tabela AH – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – dimensão Significado/paz como variável dependente (n = 40)..... 336

Tabela AI – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 337

Tabela AJ – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 337

Tabela AL – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 338

Tabela AM – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 338

Tabela AN – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 339

Tabela AO – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – dimensão Significado/paz em T2 como variável dependente (n = 38) (análise per protocol) 339

Tabela AP – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral em T2 como variável dependente (n = 40)..... 340

Tabela AQ – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico em T2 como variável dependente (n = 40)..... 340

Tabela AR – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial em T2 como variável dependente (n = 40) 341

Tabela AS – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial em T2 como variável dependente (n = 40) 341

Tabela AT – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte em T2 como variável dependente (n = 40) ... 342

Tabela AU – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – dimensão significado/paz em T2 como variável dependente (n = 40) 342

Figura H – Process of therapeutic changes in Meaning Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis (Da Ponte et al., 2020) 343

Tabela AW – Frequências das categorias e dimensões de acordo com as sessões (e respetivos temas)..... 351

Tabela AW – Análises de moderação (n = 51; análise intent to treat) 356

Figura I – Meaning Centered Group Psychotherapy in portuguese cancer patients: a pilot exploratory trial (Da Ponte et al., 2020)..... 358

Figura J – Comments on the letter: "Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2" - What about existential needs of for those who are without a religion? (Da Ponte et al., 2021)..... 378

Prefácio

O presente projeto de doutoramento surgiu em 2013 ainda como uma ideia embrionária, durante um estágio de Psico-Oncologia no Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova Iorque, Estados Unidos da América, realizado pela investigadora.

Seguiram-se anos preparatórios que culminaram na aceitação do projeto, em dezembro de 2015, pelo Centro Académico de Medicina de Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nada teria sido possível sem a ajuda dos meus orientadores de tese, **Professora Doutora Sílvia Ouakinin**, Psiquiatra, PhD, MD, Professora Agregada da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Universidade de Lisboa, e **Dr. Jorge Espírito Santo**, Oncologista, MD, Assistente Graduado Sénior, Unidade Funcional de Oncologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, que me acompanharam ao longo deste percurso. Agradeço também ao Dr. William Breitbart, Psiquiatra, Paliativista, MD, Diretor do Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova Iorque, autor da Psicoterapia Centrada no Significado (PCS), que esteve sempre presente nos momentos mais decisivos.

O projeto – *"Psico-Oncologia: A influência de uma intervenção psicossocial na qualidade de vida e adaptação psicológica em doentes com cancro"* – procurou responder às minhas necessidades formativas no contexto da Psico-Oncologia e Psiquiatria de Ligação, a minha área de eleição.

Como qualquer projeto de doutoramento sofreu várias vicissitudes, às quais sobreviveu à custa de bastante resiliência por parte da investigadora e dos seus orientadores.

Gostaria de agradecer a todos os que me acompanharam neste caminho, aos meus "velhos" amigos, incansáveis, e aos novos que este projeto meu deu a oportunidade de conhecer.

Agradeço especialmente ao Tobias e ao Baltazar da Ponte.

"Those who have a 'why' to live, can bear with almost any 'how'."

— Viktor E. Frankl, Man's Search for Meaning

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia de uma adaptação transcultural da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (PGCS) na melhoria da Qualidade de Vida (QdV), bem-estar espiritual e psicológico em doentes com cancro, e os processos terapêuticos de mudança promovidos pela psicoterapia. Métodos: Após a adaptação transcultural do manual *standardizado* da PGCS, foi realizada uma restruturação no número de sessões para garantir a viabilidade do estudo. Os participantes (n=91) com queixas psicológicas foram distribuídos, de acordo com a sua preferência, em 2 grupos: PGCS (n=51) e *Care As Usual* (n=40). Para a avaliação da eficácia, os *outcomes* primários foram a melhoria da QdV e bem-estar espiritual, e os secundários: redução da depressão, ansiedade e *distress*. Foram realizadas duas avaliações (intervalo de 1 mês) usando os seguintes instrumentos: Termómetro do Distress, McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Foram realizadas análises estatísticas quantitativa (tipos *intent to treat* [PGCS = 51 *vs.* CAU = 40] e, *a posteriori*, *per protocol*, com exclusão dos *drop-outs* [PGCS = 38 *vs.* CAU = 40]), nomeadamente ANCOVA para testar os efeitos de grupo, e mista para avaliação dos processos terapêuticos. Resultados: Foi verificado um efeito de grupo, de dimensões pequenas a elevadas, no qual o grupo da PGCS apresentou um aumento na QdV (b=0.81, p=.013, $\eta 2p$=0.073), mas não no bem-estar espiritual, e um efeito de grupo, de dimensões pequenas a médias, com melhoria na depressão (b=-1.14, p=.044, $\eta 2p$ =0.048) e no *distress* (b=-1.38, p=.001, $\eta 2p$=0.127); no que diz respeito ao bem-estar espiritual, comparando os valores da média da FACIT do grupo PGCS, antes e depois da intervenção, verificou-se que estavam acima da média do *score* total (os resultados foram suportados na análise *per protocol*). Constatou-se um efeito moderador da presença em ≥ 3 sessões na relação entre a o distress no início da psicoterapia e a QdV no final da intervenção, bem como o impacto das "Fontes Históricas do Significado" nos processos terapêuticos de mudança. Conclusões: Os resultados suportaram a eficácia da PGCS na QdV e no bem-estar psicológico, mas não para o bem-estar espiritual, embora, no último caso, o resultado necessite de ser contextualizado nos valores *baseline* da amostra.

Palavras-chave: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; cancro; adaptação transcultural; eficácia; qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficacy of a transcultural adaptation of Meaning Centered Group Psychotherapy (MCGP) in improving Quality of Life (QoL), spiritual and psychological well-being in cancer patients, and the process of therapeutic changes promoted by the intervention. *Methods:* After the transcultural adaptation of the standardized MCGP manual, it was carried out a reformulation of the number of sessions to ensure the feasibility of the study. Participants (n=91) with psychological complaints were divided, according to their preference, into 2 groups: MCGP (n=51) and Care As Usual (n=40). Primary outcomes were QoL and spiritual well-being, and secondary were depression, anxiety and distress. It was performed 2 assessments (1 month interval) using the following instruments: Distress Thermometer, McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Quantitative (*intent to treat* [MCGP = 51 *vs.* CAU = 40] and, *a posteriori*, *per protocol*, excluding the *drop-outs* [MCGP = 38 *vs.* CAU = 40]), namely ANCOVA to test group effects, and mixed statistical analyses were carried out. *Results:* There was a group effect (small to high dimensions), in which MCGP group had an increase in QoL (b=0.81, p=.013, $\eta 2p$ = 0.073), but not in spiritual well-being, and a group effect (small to medium dimensions), with improvement in depression (b=-1.14, p=.044, $\eta 2p$ = 0.048) and distress (b=-1.38, p=.001, $\eta 2p$ = 0.127); in spiritual well-being, FACIT mean values of MCGP group, before and after the intervention, were above the average of the total *score* (these results were supported in the *per protocol* analysis). Presence in ≥ 3 sessions was a moderator in the relationship between distress at the beginning of psychotherapy and QoL at the end of the intervention, as well as the impact of the "Historical Sources of Meaning" in the therapeutic processes of change. *Conclusions:* This study supported the efficacy of MCGP in QoL and psychological well-being, but not for spiritual well-being (although these results need to be contextualized in the sample baseline values).

Keywords: Meaning Centered Group Psychotherapy; cancer; transcultural adaptation; efficacy; quality of life.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Cancro e Psico-Oncologia

Globalmente e em 2018, foram registados 18 milhões de novos casos de cancro e 9.6 milhões de óbitos (Bray et al., 2018; Grassi, 2019; WHO, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no ano de 2030 ocorrerão mais 40% de novos casos de cancro em países desenvolvidos, sendo o aumento de cerca de 80% em países subdesenvolvidos (WHO, 2018). No entanto e com os avanços científicos em termos de diagnóstico e tratamento do cancro a taxa de sobrevivência aos 5 anos aumentou significativamente – em 2018, o número estimado de sobreviventes de cancro era de 43.8 milhões (Bray et al., 2018; Grassi, 2019; Jung et al., 2018; WHO, 2018).

A elevada prevalência desta patologia a nível mundial alerta para a necessidade de desenvolver e adotar políticas de saúde mandatórias relativas à prevenção, *screening*, tratamento, *follow-up* e acesso a cuidados paliativos (Grassi, 2019), que levem ao desenvolvimento de uma atitude global e interdisciplinar para lidar com este grave problema de saúde pública, social e económico (Grassi, 2019).

As necessidades dos doentes com cancro não são apenas aquelas relativas aos aspetos físicos relacionados com a doença e o seu tratamento, incluindo também um espectro de implicações emocionais, interpessoais e sociais (Grassi, 2019).

Nos últimos 70 anos, a investigação relativa às consequências psicológicas do cancro revelou efeitos significativos na morbilidade psiquiátrica e psicossocial, tanto nos doentes como nas suas famílias (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017; Girgis et al., 2013; Mehnert et al., 2018).

Pelo menos 30% dos doentes oncológicos apresentam queixas compatíveis com *distress* psicossocial e apresentam quadros clínicos compatíveis com perturbações psiquiátricas; uma maior percentagem apresenta necessidades psicossociais não reconhecidas ou perturbações psiquiátricas não tratadas em algum ponto da trajetória do cancro (Grassi, 2019; Mitchell et al., 2011). A morbilidade psiquiátrica está associada à diminuição da qualidade de vida (QdV) e da qualidade das relações sociais, a maiores necessidades em

termos de reabilitação física, a baixa adesão ao tratamento, a um *illness behavior* anómalo e a menor sobrevivência (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017; Grassi & Riba, 2012; Northouse et al., 2012).

Uma das ideias erradas que existe acerca do doente com cancro avançado, especialmente naquele com uma esperança de vida de 4 a 8 semanas, é que é "normal" que esteja deprimido (Breitbart & Heller, 2003). No entanto, nem todos aqueles que têm uma doença terminal estão clinicamente deprimidos – Breitbart & Heller verificaram que apenas aproximadamente 17% dos doentes com uma esperança média de vida de 28 dias padeciam de depressão clínica (Breitbart & Heller, 2003). A segunda ideia errada é que os clínicos não conseguem tratar de forma eficaz a depressão nas últimas semanas ou meses de vida – de facto, existem limitações de tempo mas os fármacos psicoestimulantes têm uma eficácia antidepressiva com início rápido e são bastante úteis para melhorar o humor e energia e aumentar o apetite (Breitbart & Heller, 2003).

A evolução do tratamento do cancro com a introdução da cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e, mais recentemente, fármacos imunomoduladores, também mudaram as perspetivas relativamente à doença (Croy, 2010).

O advento da Psico-Oncologia, considerada uma subespecialidade da psiquiatria, foi iniciado e desenvolvido por pioneiros como Arthur Sutherland, David Kissane, Elizabeth Kubler-Ross e Jimmie Holland, que identificaram as necessidades psicossociais não reconhecidas em doentes com cancro, integrando um novo conhecimento e técnicas das ciências psicossociais aos cuidados relacionados com o cancro (Grassi, 2019; Holland, 2002). A Psico-Oncologia lida com as reações psicológicas dos indivíduos (e das famílias) ao cancro, em todos os estadios da doença, bem como os fatores psicológicos, sociais e comportamentais associados ao desenvolvimento do cancro e à sobrevivência (Croy, 2010; Holland, 2002).

Nos Estados Unidos, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências recomendou a integração dos cuidados psicossociais nos cuidados prestados ao doente oncológico ao afirmar que *"não é possível oferecer cuidados de qualidade ao doente oncológico sem incluir as suas necessidades psicossociais"* (Adler, 2008). Da mesma forma, o Conselho da União Europeia recomendou que *"devem ser implementados nos*

cuidados de rotina de todos aos doentes oncológicos uma abordagem centrada no doente e interdisciplinar, incluindo cuidados psicossociais de excelência, reabilitação e follow-up; o tratamento envolve a cooperação da cirurgia oncológica, oncologia médica, RT, QT, bem como suporte psicossocial e reabilitação e, quando o cancro não é tratável, cuidados paliativos" (European Union, 2008). Outras sociedades científicas como a Sociedade Internacional de Psico-Oncologia, a Federação das Sociedades de Psico-Oncologia e a Associação Mundial de Psiquiatria, reconhecem os cuidados psicossociais como um direito humano universal que devem ser integrados na rotina diária, na qual o *distress* constitui o 6º sinal vital, depois da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e dor (Grassi, 2019; Grassi et al., 2014; J. Holland et al., 2011).

A colaboração entre as associações de médicos oncologistas, cirurgiões, radioterapeutas, anestesiologistas, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental, determinaram, nos últimos anos, a implementação de *guidelines* para a prestação de cuidados psicossociais aos doentes com cancro em várias partes do mundo e dentro dos próprios planos de saúde nacionais (Andersen et al., 2014; Grassi & Riba, 2012; Wagner et al., 2013). Apesar disto, ainda existem muitas discrepâncias no que diz respeito à prestação de cuidados psicossociais nos doentes oncológicos, especialmente pela ausência de recursos humanos e restrições económicas nos sistemas de saúde de muitos países (Grassi & Nanni, 2016; Travado et al., 2017).

1.2. Impacto psicológico do cancro

O diagnóstico de cancro é um evento ameaçador à vida e pode ter graves implicações psicológicas, como *distress*, medo da morte, luto e preocupações acerca da família e amigos (Besisik, Kocabey, & Caliskan, 2003; Grabsch et al., 2006; Lee et al., 2020; Massie, 2004). O *distress* psicológico pode aumentar a vulnerabilidade do doente para patologias do foro mental que passam a cumprir critérios de diagnóstico para perturbações psiquiátricas, afetando os *outcomes* em saúde (Kissane et al., 2004; Lee et al., 2020; Montazeri et al., 2001; Rodin, 2014).

Quando são usados os sistemas nosológicos para a classificação das patologias psiquiátricas (*International Classification of Diseases* [ICD] da OMS, ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [**DSM**] da Associação Americana de Psiquiatria), a morbilidade psiquiátrica observa-se em cerca de um terço dos doentes oncológicos (Geue et al., 2018; Gotze et al., 2019; Kuba et al., 2019; Mitchell et al., 2011). Na Europa, e de acordo com o sistema classificatório ICD-10, cerca de 35 a 40% dos doentes oncológicos padece de uma perturbação psiquiátrica diagnosticável (Grassi et al., 2009, 2018; Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014).

Todas as fases da trajetória do cancro, desde o diagnóstico à sobrevivência a longo prazo, ou desde a recorrência até à doença avançada e fim de vida, constituem fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas psicológicos ou perturbações psiquiátricas diagnosticáveis (30 a 35% dos casos) (Mitchell et al., 2011), com maior prevalência nos doentes com cancro em estadio avançado e em cuidados paliativos (Breitbart & Alici, 2014; Jaiswal, Alici, & Breitbart, 2014). Por outro lado, à medida que a sobrevivência do cancro aumenta, a problemática da saúde mental é cada vez mais acentuada (Breitbart & Alici, 2014; Jaiswal et al., 2014; S. A. Lee et al., 2020).

As perturbações psiquiátricas mais frequentes são a depressão (duas a quatro vezes mais prevalente do que na população em geral) e as perturbações ansiosas (Akechi et al., 2001, 2005; Grassi, 2019; Kadan-Lottick et al., 2005; Lutgendorf & Andersen, 2015; Mitchell et al., 2011; Walker et al., 2014).

Mais recentemente, outras condições foram identificadas como fontes significativas de *distress* e *burden* psíquico, como as síndromas psicossociais/existenciais, não incluídas nos sistemas classificatórios do ICD ou DSM (Donovan, Grassi, et al., 2019; Grassi, 2019)

Consequências do impacto psicológico do cancro

Os doentes com cancro e com diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica têm maior risco de mortalidade, quando comparados com aqueles sem perturbações psiquiátricas (Lee et al., 2020; Mols, Husson, Roukema, & Van de Poll-Franse, 2013; Pinquart &

Duberstein, 2010; Satin, Linden, & Phillips, 2009). Alguns fatores explicativos são a baixa adesão ao tratamento para o cancro e o impacto do *distress* psicológico, como a ansiedade e a depressão (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu, & Chapman, 2012; Chang et al., 2014; Ganz, 2008; Karanicolas et al., 2013; Kisely, Crowe, & Lawrence, 2013; Kisely, Sadek, MacKenzie, Lawrence, & Campbell, 2008; Lee et al., 2020; Manderbacka et al., 2017).

Alguns estudos vieram a demonstrar que os doentes com perturbações psiquiátricas diagnosticadas após o cancro e tratadas apresentaram menor mortalidade, melhor QdV e menor *distress* psicológico, incluindo ansiedade e depressão (Faller et al., 2013; Goodwin et al., 2001; Kissane et al., 2007; Lee et al., 2020; Musselman et al., 2006; Schneider et al., 2010; Twillman & Manetto, 1998; R. L. Wong et al., 2019).

O reconhecimento de que as perturbações psiquiátricas têm impacto na mortalidade do cancro tem várias implicações, como: 1. A necessidade de psicoeducação sobre os sintomas psicológicos e perturbações psiquiátricas na altura do diagnóstico e durante o tratamento do cancro a outros profissionais de saúde, aos doentes e aos seus cuidadores; 2. A necessidade de encaminhamento para a consulta de psiquiatria, mesmo que o doente deseje apenas suporte psicológico – os sintomas psicológicos podem ser difíceis de reconhecer fazendo com que apenas uma pequena percentagem de doentes com *distress* psicológico recebam intervenções psiquiátricas; e 3. Não descurar os sobreviventes, dado que o tempo médio desde o diagnóstico de cancro até início das perturbações psiquiátricas pode ser de dois a três anos (Lee et al., 2020; Merckaert et al., 2010; Pascoe, Edelman, & Kidman, 2000; Sollner et al., 2001).

Em seguida serão desenvolvidos os seguintes temas, consequências do impacto psicológico do cancro:

1. *Distress*;
2. Perturbações do espectro da depressão;
3. Perturbações da ansiedade;
4. Outros diagnósticos psiquiátricos;

5. Síndromas psicossociais/existenciais, como a perda do significado da vida, *distress* existencial, desmoralização, desejo de morte antecipada, desesperança e conceito de espiritualidade.

Distress

A palavra *distress* foi escolhida para evitar o estigma e facilitar o *screening* pelo próprio doente (Donovan, Grassi, et al., 2019).

O *distress* emocional, ou psicológico, é um termo vago, que comumente inclui ansiedade, *stress*, preocupações, pânico e medo; trata-se de uma consequência normal ao diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, como o cancro, e está relacionada com o medo do sofrimento, da incapacidade física e dependência, de constituir um *burden* para os familiares e cuidadores (Chad-Friedman et al., 2017; Nehir et al., 2017; Parpa et al., 2019).

A mais recente versão da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Management Panel* define o *distress* como *"uma experiência emocional multifatorial desagradável, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social, espiritual e/ou física, que pode interferir com a capacidade do indivíduo em se adaptar efetivamente ao cancro, aos seus sintomas físicos e ao seu tratamento"* (Riba et al., 2019). O *distress* estende-se ao longo de *"um continuum, desde sentimentos comuns de vulnerabilidade, tristeza e medo, a problemas que podem se tornar incapacitantes, como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e uma crise existencial e espiritual"* (Donovan, Grassi, et al., 2019). O *distress* psicológico está associado a incapacidade funcional dos doentes (e cuidadores), diminuição da QdV, desejo de morte antecipada, aumento da intensidade da dor, bem como a hospitalização prolongada e baixa adesão aos tratamentos (Ashbury et al., 2003; Ballenger et al., 2001; Block, 2000; Breitbart et al., 2000a; Portenoy et al., 1994).

A NCCN foi uma das primeiras associações a recomendar o *screening* do *distress* de forma rotineira em doentes com cancro (Donovan, Deshields, et al., 2019). As primeiras *guidelines* foram publicadas em 1999 e, desde então, várias outras associações

recomendaram o *screening* do *distress*, incluindo a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (*American Society of Clinical Oncology*) e a Sociedade Americana de Oncologia Psicossocial (Donovan, Deshields, et al., 2019). A Comissão Oncológica do Colégio Americano de Cirurgia (*American College of Surgeons Commission on Cancer's*) recomendou a implementação de um protocolo para o *screening* do *distress* e referenciação dos doentes, e tornou o *screening* do *distress* um requerimento para a acreditação de centros oncológicos (Donovan, Deshields, et al., 2019). Desde 2015 que este processo foi disseminado para a maioria dos centros oncológicos dos Estados Unidos (Donovan, Deshields, et al., 2019).

As recomendações do *NCCN Distress Management Panel* são atualizadas anualmente e estabelecem uma série de medidas de qualidade para o *screening* e algoritmos para o manejo do *distress* e das perturbações psiquiátricas (Donovan, Grassi, et al., 2019). O objetivo destas *guidelines* é reconhecer, monitorizar e tratar o *distress* em todos os estadios da doença e em todos os *settings* (Donovan, Grassi, et al., 2019). O *screening* deve identificar o nível e natureza do *distress* e deve ser realizado, idealmente, em cada consulta médica (Donovan, Grassi, et al., 2019). Os doentes, as famílias e as equipas de profissionais de saúde devem ser informados de que o tratamento do *distress* é uma parte integrante dos cuidados médicos e deve ser fornecida informação acerca dos serviços psicossociais existentes nos hospitais e na comunidade (Donovan, Grassi, et al., 2019).

Perturbações do espectro da depressão

O diagnóstico de cancro e a sua progressão frequentemente precedem um episódio depressivo; no entanto esta relação nem sempre é aparente (Nehir et al., 2017). Muitas vezes, eventos de vida *stressores* também podem despoletar um episódio depressivo (Nehir et al., 2017). Estudos recentes sugerem que quase 75% dos doentes com cancro sofrem de depressão, em algum momento da trajetória da doença (Nehir et al., 2017).

A prevalência da depressão nos doentes oncológicos varia consideravelmente dependendo dos estudos, *settings* de tratamento, estadio do cancro e tipo de instrumentos de avaliação usados (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017; Grassi, 2019; Krebber et al., 2014; Walker et al., 2013). A dificuldade no diagnóstico da depressão major de

acordo com os manuais classificatórios advém dos limites da abordagem categórica, e tem sido alvo de extensa reflexão, dada a especificidade diagnóstica dos sintomas físicos *vs.* psíquicos (afetivos *vs.* neurovegetativos) e das manifestações clínicas (Grassi, 2019). Ainda de acordo com os manuais classificatórios, e de forma importante, os vários diagnósticos de depressão diferem nas suas características clínicas e prevalência (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Wood & Della-Monica, 2011). Mitchell (2008) verificou uma prevalência das perturbações depressivas (na generalidade) de 16.3%, as quais consistiam, de acordo com o DSM-IV, em: depressão major (14.9%), depressão *minor* (19.2%), distimia (2.7%), perturbações de ajustamento (19.4%) e perturbações de humor sem outra especificação (38.2%). (Mitchell, 2008).

Perturbações da ansiedade

As perturbações de ansiedade e as fobias específicas são frequentes (especialmente aquelas relacionadas com náuseas e vómitos antecipatórios à QT), sobrepostas aos mecanismos das fobias clássicas (Grassi, 2019).

Por outro lado, podemos encontrar perturbações relacionadas com o trauma/*stress*, que incluem a perturbação de *stress* pós-traumático e formas subsindromáticas, que afetam cerca de 15% dos doentes com cancro e uma pequena, mas significativa percentagem, de sobreviventes (Cordova et al., 2017; Rustad et al., 2012). No entanto, o diagnóstico de perturbação de *stress* pós-traumático no cancro pode ser problemático tendo em conta a impossibilidade em definir critérios qualitativos (*stressores* exógenos *vs.* endógenos) e temporais (*stressor* agudo na perturbação de *stress* pós-traumático *vs.* eventos *stressores* múltiplos e contínuos no cancro) (Grassi, 2019).

As perturbações de ajustamento representam um diagnóstico frequente em todos os estadios do cancro e constituem reações emocionais relacionadas com os *stressores* múltiplos associados ao cancro, ocorrendo em 20 a 25% dos doentes (Grassi, 2019). No entanto, as perturbações de ajustamento apresentam baixa especificidade no que diz respeito aos critérios de diagnóstico do manual classificatório DSM, dada a imprecisão

dos sintomas, conceito de *distress vs.* resposta normal esperada, e inconsistência e inadequação do uso do critério temporal (Bachem & Casey, 2018; Casey, 2014).

Outros diagnósticos psiquiátricos

A somatização e as perturbações de sintomas somáticos influenciam o bem-estar do doente e são bastante prevalentes, especialmente em sobreviventes a longo prazo (Caruso & Breitbart, 2019). Na somatização, o doente interpreta de forma disfuncional a perceção dos sintomas somáticos gerando, por exemplo, maior intensidade da dor ou preocupações hipocondríacas e um *illness behaviour* anómalo (Caruso & Breitbart, 2019). As perturbações de sintomas somáticos podem aumentar a incapacidade resultante do cancro, interferindo com a adesão ao tratamento ou a tomada de decisão, causando atraso na recuperação, baixos *outcomes* em saúde, maior taxa de recorrência e redução do bem-estar e QdV, além de dificultar o diagnóstico de depressão major (Chaturvedi et al., 2006; Grassi et al., 2013).

Outros diagnósticos psiquiátricos que ocorrem em doentes com cancro são as perturbações neurocognitivas, que incluem os *deficits* cognitivos, moderado ou severo, e *delirium*, secundários à doença e ao seu tratamento (Caruso & Breitbart, 2019). As perturbações neurocognitivas moderadas podem ser secundárias à QT, ou QT associada a RT, e podem causar *deficits* no domínio neuropsicológico (como a memória, atenção, concentração, aprendizagem, cálculo ou perceção visuoespacial) (Wigmore, 2013). A demência ocorre em cerca de 2 a 5% dos casos e pode ser causada por doença primária, como tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), ou pelas consequências dos tratamentos, como a RT holocraniana (Caruso & Breitbart, 2019). Por outro lado, a metastização do SNC pode induzir alterações neuropsiquiátricas, em particular os *deficits* de memória associados a alterações da personalidade, afasia, alexia, acalculia, agnosia, apraxia, amnésia e perturbações de humor (Soussain et al., 2009). O *delirium* é uma das perturbações cognitivas mais comuns nos doentes com cancro, especialmente nos estadios mais avançados (Caruso & Breitbart, 2019). A prevalência, dependendo do estadio da doença, varia entre 10 a 80%, sendo o *delirium* hipoativo o mais frequente no

cancro avançado (Breitbart & Alici, 2012, 2014; Grassi et al., 2015; Hey, Hosker, Ward, Kite, & Speechley, 2015; Lawlor & Bush, 2015; Stagno, Gibson, & Breitbart, 2004).

Síndromas psicossociais/existenciais

Além das perturbações diagnosticáveis pelos sistemas nosográficos DSM e ICD, existem outras condições clínicas que afetam negativamente a QdV do doente oncológico, como é o caso da perda do significado da vida, *distress* existencial, desmoralização, desejo de morte antecipada e desesperança; o conceito da espiritualidade é outro tema importante no doente com cancro (Caruso & Breitbart, 2019).

Perda do significado da vida

O cancro despoleta *distress* psicológico significativo, à medida que os indivíduos ficam mais consciencializados do seu prognóstico e experienciam o *burden* dos sintomas (Lichtenthal et al., 2009). Um grande componente deste *distress* é existencial, e um dos fatores de influência mais importantes, é a perda do significado e finalidade (ou propósito) da vida no contexto da mortalidade iminente (An et al., 2018; LaCour & Hvidt, 2010; Rosenfeld et al., 2018).

A capacidade para gerir o medo da morte, segundo a teoria da gestão do terror, está relacionada com o significado da vida, valorização do próprio como indivíduo e com a sua conexão com os outros (An et al., 2018; Mikulincer et al., 2003; Routledge, 2012).

O sentimento de conexão com os outros está relacionado a menor *distress* em doentes com cancro avançado, dado que os indivíduos têm maior acesso e capacidade para usar as relações de suporte e, assim, experienciar um maior significado da vida (Chibnall et al., 2002). Para descrever esta experiência tem sido usada a teoria da vinculação, que descreve o constructo da relação social como decorrendo das expectativas internas de suporte, bem como do suporte social percecionado (An et al., 2018; Chibnall et al., 2002). No entanto, este sentimento de conexão pode ser atenuado naqueles com cancro avançado

à medida que a incapacidade física limita a capacidade em desempenhar o papel social do indivíduo, bem como os papéis familiares e as relações íntimas (Sand & Strang, 2006). Neste contexto, a teoria da vinculação foi proposta para integrar o modelo de *coping* como um componente explicativo e é, fundamentalmente, uma teoria da regulação do *distress*, que fornece uma estrutura cognitiva que elucida os mecanismos de *coping* em indivíduos com diagnósticos associados a elevados níveis de afetos negativos (Trejnowska et al., 2019). Originalmente desenvolvida por Bowlby, propôs que o modelo interno de funcionamento – um modelo socio-cognitivo-emocional originado em interações precoces com os cuidadores – oferece um modelo guia de comportamento autorregulatório, incluindo respostas ao *stress* e a propensão para usar os outros (cuidadores significativos) como mecanismos de suporte (Bowlby, 1969). A emergência de padrões cognitivos e emocionais mantém-se com elevada importância na vida adulta, especialmente nas relações afetivas (Trejnowska et al., 2019). Nos adultos, foram identificados duas dimensões ortogonais de vinculação insegura: ansiedade e evitamento (Trejnowska et al., 2019). A vinculação ansiosa relaciona-se com o medo do indivíduo em ser rejeitado pelos outros e nos seus intensos esforços para obter proximidade; a vinculação evitante relaciona-se com sentimentos de se sentir desconfortável com a intimidade e dificuldade em confiar nos outros (Trejnowska et al., 2019). Foi demonstrado que, perante um diagnóstico de cancro, indivíduos com vinculações ansiosa e evitante têm piores *outcomes* no ajustamento psicológico, na capacidade para perceber (e ter acesso a) suporte social e experienciam mais sintomas depressivos e ansiosos (Trejnowska et al., 2019). A vinculação ansiosa foi ainda associada a maior desespero/desesperança (Trejnowska et al., 2019).

No modelo de *stress* e *coping*, o *coping* é conceptualizado como o processo usado para controlar, diminuir ou tolerar *stressores* ambientais ou intrapsíquicos percebidos como ameaças (Lazarus & Folkman, 1984), ou seja, um fenómeno multifacetado que descreve a forma como os seres humanos pensam e sentem perante uma situação de *stress* específica cujo objetivo é a redução do nível de *distress* percebido (Trejnowska et al., 2019). A associação entre as estratégias de *coping* e o bem-estar psicológico está bem documentada e suporta a visão de que estratégias de *coping* específicas podem motivar o desenvolvimento de *distress* psicológico (Trejnowska et al., 2019). Watson et al. (1994) descreveu cinco estilos de *coping* distintos em termos de respostas cognitivas e

comportamentais ao cancro: desespero/desesperança, que identificam comportamentos e cognições caracterizados por um sentimento de ausência de controlo sobre a doença, e a inevitabilidade de *outcomes* negativos; preocupações do foro ansioso, caracterizadas por excesso de ansiedade acerca do diagnóstico e possível recorrência; espírito de luta, relacionado com uma atitude de otimismo quando o indivíduo é confrontado com uma ameaça real de doença, percecionando o diagnóstico como um desafio e adotando um papel ativo no tratamento; evitamento cognitivo, ou seja, a tendência do indivíduo em evitar ativamente pensamentos acerca do diagnóstico e as suas implicações; e fatalismo, que indica uma resignação e aceitação passiva da doença e do tratamento. (Watson et al., 1994).

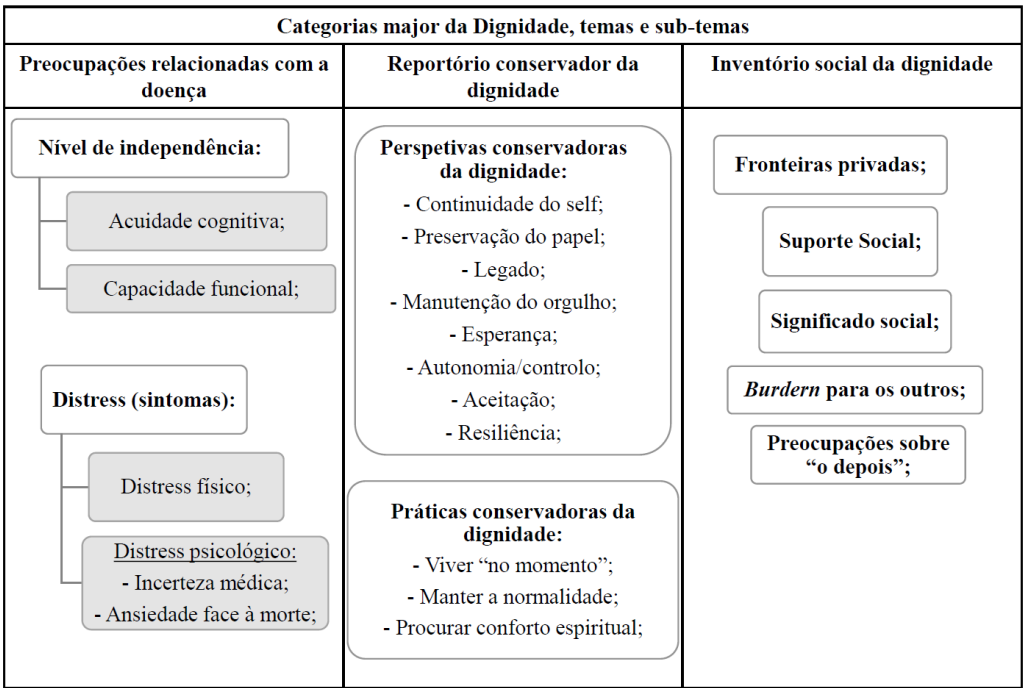
Park e Folkman (1997) descreveram o significado como uma orientação geral da vida, um significado pessoal, uma causalidade, um mecanismo de *coping* (*a procura do significado*), bem como um *outcome* (Folkman & Folkman, 1997). O conceito de "*coping centrado no significado*" estabelece que o significado pode ser usado como forma de reavaliar um evento como positivo, respondendo às questões: *"porque é que este evento ocorreu?"* ou *"porquê a mim?"* (Folkman & Folkman, 1997). Park e Folkman (1997) também descreveram dois níveis de significado: o significado global e o significado situacional (Folkman & Folkman, 1997). Já Frankl conceptualizou o significado como um estado – os indivíduos podem mover-se de um estado de desmoralização, no qual as suas as vidas não têm valor, até um estado de reconhecimento do sentido pessoal de significado e finalidade, permitindo que os indivíduos valorizem ainda mais intensamente o tempo que lhes resta (Breitbart & Applebaum, 2011). Conceptualizar o significado como um estado sujeito a mudança sugere que pode ser responsivo a uma intervenção (Breitbart & Applebaum, 2011). Frankl encarava o sofrimento como uma oportunidade para criar a necessidade do (encontrar) significado da vida (Frankl, 1992). Assim, o diagnóstico de uma doença terminal pode ser visto como uma crise no sentido literal – uma experiência de *distress* (ou até de desespero) que pode oferecer uma oportunidade para o crescimento e o significado – o ser humano pode perder o sentido de significado e finalidade da vida ou manter, ou até aumentar, o sentido de significado, finalidade e paz, o que lhe permite valorizar ainda mais profundamente o tempo que lhe resta (Breitbart & Applebaum, 2011).

Significado e dignidade são dois constructos diferentes, ambos essenciais na experiência do sofrimento e na natureza da existência humana (Breitbart, 2018). O significado é um constructo cognitivo e experiencial: os seres humanos precisam de acreditar que a sua vida tem significado, mas também precisam de experienciar o significado da vida através da conexão com o mundo, através do amor e por meio de quem somos e do impacto que temos no mundo (Breitbart, 2018). Breitbart (2018) usa o termo alegria para descrever a emoção do significado, e o termo beleza como adjetivo – logo, o significado é uma crença e um sentimento (Breitbart, 2018). Já dignidade é um constructo algo diferente, social, no qual o valor da pessoa é percecionado pelo mundo e/ou pelo próprio (Breitbart, 2018). Trata-se de tratar o ser humano com respeito ou valor – o valor dado pelo próprio e pelo mundo que interagem com o ser humano "intacto", mesmo em face da degradação física pela doença ou circunstâncias socioeconómicas, políticas e culturais (Breitbart, 2018). A dignidade e o significado convergem à volta do conceito de atitude – a perda de várias funções físicas e da independência, bem como a mortalidade, pode levar à vergonha ou à perda da dignidade, dependendo da atitude que temos perante o nosso próprio conceito de ser merecedor, ou seja, o sentimento de merecer o amor incondicional (e o perdão) (Breitbart, 2018).

Inicialmente pensava-se que a dor, depressão e sintomas físicos eram os fatores mais importantes no conceito de desejo de morte antecipada, o que gerou ênfase no movimento de prestação de cuidados paliativos, na esperança de diminuir (ou eliminar) este desejo (Saracino et al., 2019). No entanto, os anos 90 deram maior importância aos fatores psicológicos e existenciais, como a desesperança, bem estar espiritual e perceção do próprio como um *burden* para os outros; comprovou-se que o bem-estar espiritual e, em particular, o significado e finalidade da vida, são os fatores que influenciam os efeitos da depressão no desejo de morte antecipada e na ideação suicida – isto levou a um crescente interesse pelas intervenções psicossociais que, além de visar a depressão, dedicavam-se diretamente à desesperança e ao bem-estar espiritual (Saracino et al., 2019). Por outro lado, Chochinov et al. (2002) verificou que doentes com perda da dignidade tinham maior *distress* psicológico e físico e perda da vontade em viver (Chochinov, 2002). Chochinov et al., em 2005, chegaram à conclusão que os temas existenciais, como a perda da dignidade, perceção do próprio como um *burden* para os outros e sentimentos de desesperança, estavam mais fortemente relacionados com o desejo de morte antecipada

do que os sintomas físicos (Chochinov et al., 2005). Os estudos deram suporte à observação empírica daqueles que lidam com doentes terminais: perder a esperança é análogo a perder o significado e finalidade da vida, e contribui para diminuir a perda da vontade em viver face a uma doença terminal (Saracino et al., 2019). Contrariamente, a preservação da dignidade pode ajudar a conservar o sentimento individual de se sentir valorizado e, através disto, o doente pode aumentar a sua vontade de viver no fim de vida (Chochinov et al., 2005). Chochinov et al. (2002) propuseram um modelo da dignidade (Figura 1), baseado na experiência clínica com doentes com cancro em estadio terminal, e que propõe a dignidade como um modelo que define objetivos e preferências para cuidados em fim de vida, baseados na compaixão (Chochinov, 2002).

Figura 1 – Modelo da Dignidade (adaptado de Chochinov et al., 2002)



Neste modelo são preconizadas três áreas como elementos críticos para a conservação da dignidade: 1. Preocupações relacionadas com a doença; 2. Reportório conservador da dignidade; e 3. Aspetos sociais da dignidade (Chochinov, 2002). As preocupações relacionadas com a doença incluem aspetos da própria doença, como o *distress* relacionado com os sintomas ou a incapacidade funcional. O reportório conservador da dignidade inclui uma perspetiva conservadora de dignidade (isto é, formas de o doente ver a sua situação em particular que ajudem a promover a dignidade e a manter uma

individualidade), bem como práticas conservadoras da dignidade ou técnicas que podem ser implementadas para manter a dignidade. Finalmente, os elementos sociais da dignidade incluem atributos interpessoais e relacionais que podem aumentar ou diminuir a dignidade (por exemplo, privacidade, perceção do próprio como um *burden*, preocupações com "o depois"). Crítico para este modelo é compreender que cada indivíduo tem diferenças únicas e atributos pessoais e que o conhecimento acerca destas características é fundamental para preservar a dignidade.

Viktor Frankl, em *"Man´s search for Meaning",* usou a sua própria experiência de sobrevivência num campo de concentração para fundamentar o significado como uma força motivadora básica do ser humano (Frankl, 1992). Frankl concebia a necessidade do significado como parte do componente espiritual da experiência humana: nós somos mente, corpo e espírito, e ao manter o significado da vida permitimos um sentimento de bem-estar, paz e felicidade, facilitamos a transcendência e o sentimento de conexão com os outros e com aquilo que é maior que nós (Breitbart & Heller, 2003; Frankl, 1992). Breitbart adaptou as ideias de Frankl para os doentes oncológicos e desenvolveu uma psicoterapia específica para ajudar os doentes a desenvolver um sentido de significado e finalidade da vida, ajudando-as a lidar com desesperança e a depressão – a Psicoterapia Centrada no Significado (PCS) que, além de fornecer suporte emocional, permite uma experiência de aprendizagem, e esta é mais eficaz quando conectada com uma experiência emocional profunda (Breitbart & Heller, 2003).

Existe uma relação entre perda de significado da vida e uma variedade de constructos, como o desespero de fim de vida, a depressão, a desesperança, o desejo de morte antecipada e a ideação suicida (Breitbart & Heller, 2003). A perda do significado da vida é de uma complexidade tal que, associada a desesperança, não tem terapêutica farmacológica eficaz (Breitbart & Heller, 2003).

O desespero do fim de vida é um constructo globalista, que inclui vários componentes como o desejo de morte antecipada, a desmoralização, a perda da dignidade, a perda do significado da vida e a ideação suicida, e a sua conceptualização varia de acordo com os autores – para Breitbart, o desespero de fim de vida consiste no desejo de morte antecipada, na desesperança e na perda de significado da vida; já para Chochinov consiste na dignidade; e para Kissane consiste na desmoralização (Breitbart & Heller, 2003).

Breitbart & Heller (2003) acrescentaram ainda outros termos à definição de desespero de fim de vida: sentimento de *burden*, culpa, tédio e preocupações financeiras (Breitbart & Heller, 2003). A perda do significado da vida está mais correlacionada com a totalidade da constelação de constructos que fazem parte do desespero de fim de vida, do que com a depressão ou a desesperança isoladamente (Breitbart & Heller, 2003).

Distress existencial

Distress existencial é um estado psicológico distinto, doloroso, que resulta de um *stressor* que desafia as expectativas fundamentais acerca da segurança, justiça, controlo, certeza e esperança de uma vida futura (Trejnowska et al., 2019). Acarreta preocupações acerca da autonomia, sofrimento ou de constituir um *burden* para os outros, sentimentos de profunda solidão, desapontamento ou desesperança, luto ou arrependimento por aquilo que não foi concretizado em vida, vergonha pela perda da dignidade, dúvidas e descrença, ou expectativas não cumpridas acerca da adaptação. O *distress* existencial oscila e ocorre num *continuum* de severidade e pode, ou não, constituir uma comorbilidade de outras perturbações psiquiátricas. Na realidade, não há consenso acerca dos critérios que definem o limite para o qual o *distress* existencial é patológico – o *distress* existencial foi operacionalizado pelos constructos do medo da recorrência do cancro, ansiedade face à morte, desmoralização, *distress* relacionado com a dignidade, desesperança, *distress* espiritual e desejo de morte antecipada e tem um impacto significativo nos *outcomes* em saúde (Trejnowska et al., 2019).

Jaspers identificou a doença ameaçadora à vida como a uma situação limite na qual a finitude da vida, a restrição da liberdade, a diminuição do significado da vida ou o isolamento são eventualidades inescapáveis (Trejnowska et al., 2019). O cancro traz estas perdas perante o limite da vida, incerteza do prognóstico, relações afetivas alteradas e perda da capacidade física, autonomia e controlo. No entanto, quando as crenças pessoais e objetivos sofrem disrupção, os indivíduos podem renegociar o significado (Trejnowska et al., 2019). O cancro avançado, tal como o medo da recorrência do cancro nos sobreviventes, traz à superfície o medo do processo da morte, das suas consequências para aqueles próximos e arrependimento por não terem sido cumpridos objetivos de vida.

Este princípio pode ser aplicado à ansiedade face à morte, usando como modelo a teoria da gestão do terror cuja premissa baseia-se no facto do ser humano necessitar de negar a morte, pois a ideia de não existir é demasiado aterradora (Trejnowska et al., 2019).

Existe um consenso geral de que as questões existenciais representam preocupações importantes para os doentes terminais, e alguns autores preconizam que estas questões são universais à experiência humana, independentemente da doença ameaçadora à vida ou da origem cultural (LeMay & Wilson, 2008). No entanto, estudos empíricos acerca da prevalência destes temas mostram elevada variação (LeMay & Wilson, 2008). Chochinov et al. (2002) mostraram que a perda de dignidade causa *distress* significativo em apenas 7.5% dos doentes terminais indicando que, embora as preocupações existenciais não causem inevitavelmente *distress* para todos os doentes, quando surgem, as suas implicações podem ser substanciais (Chochinov, 2002; LeMay & Wilson, 2008). Uma vasta literatura relaciona as preocupações existenciais a vários *outcomes*, nomeadamente o bem-estar espiritual, ansiedade e depressão, ideação suicida e perda da vontade em viver (LeMay & Wilson, 2008).

Desmoralização

Quando os doentes enfrentam uma doença ameaçadora à vida, como o cancro, podem experienciar uma dificuldade em manter a integridade do corpo e da mente, bem como o sentimento de controlo, fazendo com que se sintam desmoralizados (Tang et al., 2020).

A desmoralização pode constituir uma manifestação clínica da incapacidade para lidar com a morte iminente, e resulta da experiência repetida da incapacidade do indivíduo em se adaptar às suas próprias circunstâncias (An et al., 2018; Clarke & Kissane, 2002; Mikulincer et al., 2003; Routledge, 2012).

É uma síndroma caracterizada por desespero, desesperança, perda do significado e finalidade da vida, pensamentos recorrentes sobre a falha do próprio em se adaptar à situação, e uma incapacidade real para a adaptação, pessimismo e ausência de perspetivas em relação ao futuro, refletindo um *distress* existencial (Grassi & Nanni, 2016; Tang et

al., 2020). Diferencia-se da depressão, pois esta é caracterizada por anedonia (Tang et al., 2020).

Está associada a elevados níveis de tristeza e de preocupações no geral e, especificamente, relacionadas com o cancro e os seus tratamentos, sintomas físicos não controlados, menor bem-estar, menor suporte social, perda do significado e de esperança na vida, perda da dignidade, depressão e ansiedade não tratadas e ideação suicida (Grassi & Nanni, 2016; Tang et al., 2020). No cancro avançado, está associada a maior *burden* de sintomas, menor suporte social, medo da dor e sofrimento (Clarke & Kissane, 2002; Li, Watt, et al., 2017).

É uma das condições psicossociais mais frequentes nos doentes oncológicos em várias fases da doença (28.8%), e é clinicamente significativa em 13 a 18% dos doentes (Grassi et al., 2005; Tang et al., 2020)

Desejo de morte antecipada

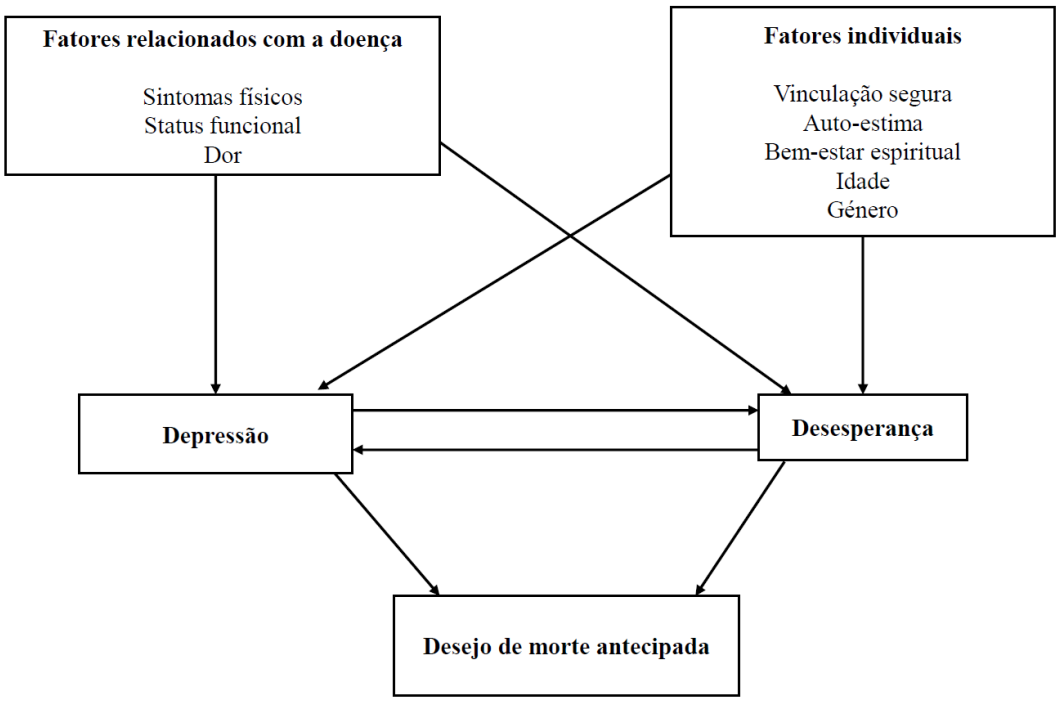
O desejo de morte antecipada, experienciado por alguns doentes com doença avançada, é um fenómeno complexo e sem definição amplamente aceite (Balaguer et al., 2016; Branigan, 2015; Nissim et al., 2009). No entanto o conceito foi definido em 2013, e revisto em 2016, como: *"uma reação ao sofrimento, no contexto de uma condição ameaçadora à vida, para a qual o doente não vê saída além de acelerar a sua morte. Este desejo pode ser expresso espontaneamente ou após ser questionado, mas tem de ser distinguido da aceitação da morte iminente ou de um desejo de morrer de forma natural, embora preferivelmente mais cedo… pode surgir em resposta a um ou mais fatores, incluindo sintomas físicos (presentes ou antecipados), distress psíquico (pe: depressão, desesperança), sofrimento existencial (pe: perda de significado da vida) ou aspetos sociais (pe: sentimento de burden)"* (Balaguer et al., 2016). A definição do desejo de morte antecipada é dificultada porque são usados, de forma intermutável, termos, como "desejo de morrer", "acelerar a morte", "morte assistida" ou eutanásia, apesar das importantes diferenças clínicas, éticas, legais e sociais (Monforte-Royo et al., 2011; Gary Rodin et al., 2007; Villavicencio-Chavez et al., 2014). Para além da terminologia, a natureza subjetiva do desejo de morte antecipada e circunstâncias relacionadas podem ter

diferentes significados em diferentes doentes e em momentos distintos no mesmo doente, que experiencia desejos parciais de morte, por vezes contraditórios (Balaguer et al., 2016; Monforte-Royo et al., 2011; Nissim et al., 2009). O desejo de morte antecipada pode expressar diferentes significados, temporários ou permanentes, e que dependem de fatores subjacentes como o medo da dor e do sofrimento (Nehir et al., 2017). A *"reação ao sofrimento"* não foi adjetivada, dado que nem todos os casos apresentam sofrimento extremo ou insuportável; por outro lado, poder-se-ia gerar discussão com algumas iniciativas legais relacionadas com o suicídio assistido ou a eutanásia (Balaguer et al., 2016). O desejo de morte antecipada é concebido em indivíduos com uma *"condição ameaçadora à vida"*, e não com uma *"condição que limita a vida"*, dado que o termo "limitação" tem implícito limitações temporal e física (Balaguer et al., 2016). O grupo de *experts* faz ainda questão de mencionar, na definição, que o desejo de morte antecipada deve ser questionado diretamente ao doente, dado que pode estar presente e não ser explicitado (Balaguer et al., 2016). Existem duas situações que não são sinónimas do desejo de morte antecipada: a aceitação da morte na esperança de ausência de sofrimento (ou com um grau de sofrimento aceitável ou suportável) e que inclui os doentes que veem a morte como um processo natural no contexto da sua doença, logo, algo aceite mas não desejado; e o desejo de morrer sem ser de forma antecipada, que pode estar associado à esperança de uma vida melhor após a morte física (vida espiritual, religiosa ou crenças filosóficas), ou a ideias de alívio ou descanso (Balaguer et al., 2016). Não é finalidade da definição especificar diferenças entre desejo de morte antecipada e ideação suicida dado que, de facto, poderá não ser possível distinguir os conceitos, especialmente porque a doença física severa é um risco para suicídio naqueles com ideação suicida (Balaguer et al., 2016; Mishara, 1999; Van Loon, 1999). Neste caso, o desejo de morte antecipada pode ser um termo que inclui a ideação suicida como um tipo de desejo de morte antecipada ou uma intenção suicida (Balaguer et al., 2016). No entanto, é essencial excluir a presença de depressão ou outra perturbação mental para conseguir identificar a presença do desejo de morte antecipada (Balaguer et al., 2016; Monforte-Royo et al., 2011).

Fatores de risco para desejo de morte antecipada (Figura 2) são a depressão (aumento do risco em quatro vezes), a desesperança, a perceção de constituir um *burden*, a ausência de suporte social, o sofrimento existencial e a perda da dignidade (Branigan, 2015; Breitbart et al., 2000b; Monforte-Royo, Villavicencio-Chavez, Tomas-Sabado, Mahtani-

Chugani, & Balaguer, 2012; Nehir et al., 2017; Rodin et al., 2009; Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld, & Breitbart, 2012; Vehling & Mehnert, 2014; Villavicencio-Chavez et al., 2014).

Figura 2 – Modelo heurístico das associações entre os fatores relacionados com a doença, fatores individuais e *distress* psicológico (adaptado de Rodin et al., 2009).



Desesperança

O diagnóstico de cancro acarreta medo e desesperança, na sequência das consequências da doença a nível físico e psicossocial (Nehir et al., 2017). A desesperança explicita um estilo cognitivo pessimista em relação ao futuro (e não o conhecimento do doente sobre o seu prognóstico, desfavorável) e tem efeito negativo no bem-estar subjetivo e na sua adaptação à doença (Breitbart et al., 2000b; Nehir et al., 2017). Geralmente é difícil distinguir entre depressão e desesperança, dado que geralmente se sobrepõem (Breitbart & Heller, 2003). A depressão é um diagnóstico clínico de uma síndroma, segundo o manual classificatório DSM, e alguns dos sintomas mais importantes incluem humor persistentemente deprimido a maioria do tempo, durante um período mínimo de duas semanas, alterações do apetite e sono e diminuição da energia e da atenção (Breitbart &

Heller, 2003). Os doentes que cumprem critérios para depressão major podem, ou não, ter a desesperança como sintoma proeminente e esta, na ausência de depressão clínica, é um fator de risco preditor importante e independente para desejo de morte antecipada, e relaciona a depressão com a ideação suicida (Breitbart et al., 2000b; Breitbart & Heller, 2003; Nehir et al., 2017). Porque a depressão e desesperança não são idênticas, existe um consenso geral de que a depressão nos indivíduos com doença terminal pode ser efetivamente tratada, enquanto que uma questão mais complicada é o tratamento da desesperança na ausência de depressão (Breitbart et al., 2000b).

Por outro lado, a esperança é um importante mecanismo de defesa nos doentes com cancro, mesmo nos estadios avançados – manter a esperança tem um efeito positivo nos doentes em termos de controlo sintomático, continuidade dos tratamentos e na adaptação à doença e ao prognóstico, numa continuidade com o significado da vida (Nehir et al., 2017). A esperança é um importante fator para estimular a motivação interna e previne pessimismo e o desespero (Nehir et al., 2017).

Conceito de Espiritualidade

Nas últimas décadas tem havido um progressivo interesse, na área da saúde, na relevância da espiritualidade e da religião (Moreira-Almeida, Sharma, Van Rensburg, Verhagen, & Cook, 2016; Pereira & Santos, 2011). Em 1998 a OMS incluiu a espiritualidade no conceito multidimensional da saúde e definiu-a como *"um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, relacionadas com vários aspetos, como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa"* (Pereira & Santos, 2011; Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003). A espiritualidade ganhou relevância pelas suas significativas implicações na prevalência (especialmente) das perturbações depressivas, diagnóstico diferencial com patologias psiquiátricas e tratamento destas, bem como para os seus *outcomes* (Moreira-Almeida et al., 2016).

A espiritualidade é frequentemente confundida com religiosidade pois ambos os termos não têm uma definição consensualizada universalmente (Moreira-Almeida et al., 2016). No entanto, independentemente da definição precisa, a espiritualidade e religiosidade

estão integradas nas crenças *core*, valores e experiências dos seres humanos (Moreira-Almeida et al., 2016).

A espiritualidade é uma capacidade humana universal, transcultural, e considerada um marco estruturante da conduta pessoal e social, intimamente relacionada com os valores e o significado e finalidade da vida (Moreira-Almeida et al., 2016; Pereira & Santos, 2011). Refere-se a uma dimensão da experiência humana relacionada com a transcendência, o sagrado ou com a derradeira realidade, e pode ser desenvolvida de forma individual ou dentro da comunidade ou integrada em tradições (Moreira-Almeida et al., 2016). É uma fonte de significado perante acontecimentos adversos, nomeadamente nas situações de doença e na fase final da vida, favorecendo a aceitação da doença (Pereira & Santos, 2011).

A espiritualidade compreende duas dimensões: a dimensão vertical/religiosa, que se refere ao bem-estar em relação a um deus ou força superior através do qual o indivíduo se sente em comunhão, e é frequentemente vista como um aspeto institucional da espiritualidade definida em termos de sistemas de crenças e práticas relacionadas com o sagrado ou o divino e levadas a cabo por uma comunidade ou grupo social; e uma dimensão horizontal/existencial relacionada com a finalidade ou o significado da vida e bem-estar espiritual (Moreira-Almeida et al., 2016; Pereira & Santos, 2011).

O bem-estar espiritual é entendido como uma vivência no indivíduo que possui uma finalidade na vida que justifique a sua existência e que, simultaneamente, lhe dá um significado último para a sua vida (Pereira & Santos, 2011).

Já o sofrimento espiritual surge pela perda do significado da vida e da esperança, espelhando-se na dor espiritual e podendo ser tão perturbador (e, por vezes, menos suportável) quanto o sofrimento físico. A espiritualidade assume assim uma especial relevância na fase final da vida ao permitir a transcendência do ser humano como forma de superar ou minimizar a dor espiritual (Pereira & Santos, 2011). A fase final da vida caracteriza-se por ser acompanhada por doenças crónicas, que têm limites no seu tratamento e que acarretam uma inevitável irreversibilidade, fazendo com que o indivíduo vivencie sofrimento, caracterizado por Cecily Saunders como *"dor total"*, um conceito multidimensional (LeMay & Wilson, 2008; Pereira & Santos, 2011; Saunders, 1983).

Cecily Saunders enfatizou a importância dos cuidados espirituais em fim de vida, introduzindo a ideia de que, no cancro avançado, o sofrimento não é apenas causado por sintomas físicos mas também por fatores psicológicos, sociais e espirituais – o seu entendimento de dor total implica que o ser humano, no seu todo, padece de uma doença ameaçadora à vida, logo, para que a dor seja tratada eficazmente devemos tratar o indivíduo no seu todo (LeMay & Wilson, 2008). Na sua definição de dor espiritual, Saunders aludiu ao trabalho de Viktor Frankl, ao referir-se que a *"dor total"* resulta da ausência do significado da vida (Frankl, 1992; LeMay & Wilson, 2008). Tanto Saunders como Frankl enalteceram a importância das preocupações existenciais na experiência do sofrimento dos doentes terminais (LeMay & Wilson, 2008). No entanto, a falta de clareza do termo "sofrimento" gerou uma multiplicidade na forma como os cuidados são prestados – alguns autores usam o termo "sofrimento" de forma explícita, enquanto que outros referem-se ao sofrimento usando o termo dor espiritual (LeMay & Wilson, 2008). Eric Cassel (1982) definiu o sofrimento como *"um estado de distress severo associado a eventos ameaçadores ao ser humano intacto"* e considerou que o sofrimento que se estende para além da dor física é aliviado pelo atingimento do significado e da transcendência na própria experiência do ser humano (Cassel, 1982). O sofrimento também pode ser entendido como uma diminuição da QdV, que resulta de várias preocupações: físicas, psicológicas, existenciais, familiares, pessoais e relacionadas com os cuidados de saúde (LeMay & Wilson, 2008). A dimensão existencial pode incluir assuntos relacionados com a identidade, integridade pessoal ou passado "inacabado", assim como assuntos relacionados com preocupações futuras, como a ausência do significado da vida, desesperança, morte e preocupações religiosas (LeMay & Wilson, 2008).

A espiritualidade começou a adquirir importância nos cuidados em saúde a partir do momento em que a introdução desta conceptualização identificou necessidades que anteriormente não eram consideradas, nomeadamente a sua integração contexto dos cuidados médicos (Puchalski, 2013). A Associação Americana dos Colégios Médicos enfatizou a relevância clínica da espiritualidade como *"fator influenciador da forma como os doentes e os profissionais de saúde percecionam saúde e a doença"* (Puchalski, 2013). Iniciou-se a era da abordagem psicossocial e espiritual, na qual a espiritualidade passou a ser considerada na abordagem holística e centrada na pessoa e em valores de

compaixão, alargando o âmbito dos cuidados prestados (Puchalski, 2013). Os elementos-chave para a prestação de cuidados centrados no doente incluem decisões partilhadas, respeito pelos valores do doente, e crenças e envolvimento dos cuidadores (Puchalski, 2013).

Em 2004, nos Estados Unidos, foram definidas *guidelines* clínicas para a prestação de cuidados paliativos de qualidade, desde o diagnóstico até ao fim da vida, que passaram a incluir temas espirituais, religiosos e existenciais (Puchalski, 2013). Em 2009, com a Conferência Nacional de Consenso, também nos Estados Unidos, profissionais de saúde, clínicos, investigadores e capelães desenvolveram recomendações para um modelo de cuidados interdisciplinares, e definiram, de forma consensual, a espiritualidade como *"o aspeto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram e expressam o significado e finalidade da vida, e a forma como eles experienciam a sua conexão com o self, os outros, a natureza ou com o sagrado"* (Puchalski, 2013). Baseados nesta definição, os clínicos adotaram uma abordagem holística e passaram a questionar o doente acerca do significado da vida, identificar fontes de fortalecimento espiritual e a desenvolver planos de tratamento que identifiquem o *distress* espiritual, considerado, de forma generalista, como a perda do significado ou conexão com a vida (Puchalski, 2013). A Tabela 1 representa o modelo biopsicossocial e espiritual.

Tabela 1 – Modelo de cuidados biopsicossociais e espirituais (adaptado de Puchalski, 2013)

Modelo de cuidados biopsicossociais e espirituais			
Dimensão física	**Dimensão emocional**	**Dimensão social**	**Dimensão espiritual**
• Dor e outros sintomas físicos;	• Depressão; • Ansiedade; • Psicose; • Perturbações da Personalidade;	• Financeira; • Relacional; • Suporte;	• Significado, finalidade da vida; • Esperança, fé; • Conexão, amor; • Perdão, reconciliação; • transcendência(/relação com deus; • Desmoralização; • Desespero, dúvidas espirituais; • Isolamento; • Incapacidade para perdoar, ressentimento; • Ausência de transcendência;

Este modelo segue um algoritmo para identificar *distress* espiritual: perguntar ao doente se este tem alguma fonte de *distress* e, através de um processo de discernimento clínico lógico, reconhecer a fonte do *distress* (físico, emocional, social, espiritual ou várias fontes) e identificar potenciais diagnósticos espirituais (Tabela 2) (Puchalski, 2013).

Tabela 2 – Potenciais diagnósticos espirituais (adaptado de Puchalski, 2013)

Diagnóstico (primário)	História	Exemplos
Existencial	• Ausência do significado da vida; • Questões acerca da própria existência e do significado do sofrimento; preocupações acerca do "depois";	• *"A minha vida não tem significado";* • *"Sinto-me inútil";*
Abandono (Deus ou outros)	• Ausência de amor; • Isolamento; • Não ser lembrado, ausência de sentimento de conexão;	• *"Deus abandonou-me";* • *"Já ninguém me visita";*
Raiva contra Deus ou outros	• Projeção da raiva para com representações religiosas; • Incapacidade em perdoar;	• *"Porque é que Deus levou o meu filho? Não é justo...";*
Preocupações acerca da relação com a divindade	• Proximidade a Deus;	• *"Quero ter uma relação mais profunda com Deus";*
Sistemas de crenças colocados em questão	• Conflitos internos ou questões acerca das suas crenças ou fé; • Conflitos entre crenças religiosas e tratamentos recomendados/questões morais ou éticas acerca da implicação dos tratamentos; • Preocupações acerca da vida/morte e/ou sistema de crenças;	• *"Eu não tennho a certeza de que Deus está comigo";*
Desespero/desesperança	• Desesperança acerca do futuro da sua saúde; • Sem esperança no valor da vida;	• *"Não há mais nada pelo qual valha a pena viver";*
Luto/perda	• O luto é um sentimento e processo associado à perda de uma pessoa, saúde, etc…;	• *"Eu sinto a falta do (ente querido)";* • *"Eu queria voltar a correr de novo";*
Culpa/vergonha	• Culpa: a pessoa acha que fez algo de mal ou hediondo; • Vergonha: a pessoa acha é má ou hedionda;	• *"Eu não mereço morrer sem dor";*
Reconciliação	• Necessidade de perdão e/ou reconciliação do self ou dos outros;	• *"Eu preciso de ser perdoado pelo que fiz";* • *"Eu queria que a minha esposa me perdoassse";*
Isolamento	• Da comunidade religiosa ou outra;	• *"Desde que me mudei, deixei de frequenter a igreja";*
Questões específicas relativas à religião	• Necessidade do ritual, inpacaz de levar a cabo as práticas religiosas;	• *"Eu já não consigo rezar mais";*
Luta religiosa/espiritual	• Perda da fé e/ou significado; • Crenças religiosas ou espirituais e/ou da comunidade prejudiciais à adaptação;	• *"E se aquilo em que sempre acreditei, não existir?";*

Fatores que influenciam o impacto psicológico do cancro

Fatores psicológicos e sociais podem influenciar parâmetros fisiológicos importantes, como a resposta imunitária, e têm um importante papel na determinação do prognóstico do cancro (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017; Ganz, 2008; Hulbert-Williams et al., 2013; McFarland et al., 2019; Schmoll et al., 1998; Tsaras et al., 2018).

O modelo de *stress* de Lazarus e Folkman (1984) fornece um modelo teórico útil explicativo para os determinantes do ajustamento psicológico ao cancro (Hulbert-Williams et al., 2013; Schmoll et al., 1998). De acordo com esta teoria, o diagnóstico de cancro e os seus tratamentos representam um estímulo *stressor* que despoleta um processo de avaliação e uma resposta de *coping* que, conjuntamente, determinam os *outcomes* emocionais da experiência (Hulbert-Williams et al., 2013; Schmoll et al., 1998). Este

processo de avaliação envolve determinar o grau em que o estímulo *stressor* representa prejuízo/perda, ameaça ou desafio, enquanto que as respostas de *coping* representam esforços cognitivos e comportamentos que visam controlar as necessidades externas e internas criadas pelo estímulo *stressor* (Hulbert-Williams et al., 2013; Schmoll et al., 1998). Greer e Watson (1987) combinaram o processo de avaliação e as respostas de *coping* num constructo único chamado de ajustamento mental, que classifica as respostas de *coping* em cinco categorias: espírito de luta, desesperança/desespero, preocupações ansiosas, fatalismo e evitamento (Hulbert-Williams et al., 2013; Schmoll et al., 1998; Watson et al., 1999). Lazarus e Folkman (1984) e Rowland e Holland (1989) consideraram ainda que o impacto psicossocial do *stressor* é influenciado pelas características do indivíduo e pelas características do próprio *stressor* – a teoria do *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) refere-se a fatores situacionais, e a teoria da adaptação de Holland e Rowland (1989) relaciona o estadio e o curso do cancro com o papel dos fatores demográficos na determinação da adaptação psicológica ao cancro (Hulbert-Williams et al., 2013; Krupnick et al., 1993; Schmoll et al., 1998).

Se Lazarus e Folkman (1984) enfatizaram a importância do *timing* do *stressor*, Rowland (1989) considerou a importância do momento do ciclo de vida em que a doença é diagnosticada (Hulbert-Williams et al., 2013; Krupnick et al., 1993; Schmoll et al., 1998). Vários estudos identificaram a importância da idade no ajustamento psicológico e Ganz et al. (1993) mostraram que a idade constituiu a única variável demográfica preditora significativa deste ajustamento (Ganz, 2008; Schmoll et al., 1998; Tsaras et al., 2018). Apesar de alguns estudos demonstrarem que doentes mais jovens apresentavam maior *distress* psicológico, estes estudos não foram replicados (Ganz, 2008; Schmoll et al., 1998).

Tsaras et al. (2018) identificaram fatores sociodemográficos associados ao risco de depressão: idade, local de residência (doentes residentes em zonas rurais tiveram um risco 2.6 vezes maior de desenvolver depressão), religião (os cristãos não ortodoxos tiveram um risco 6.8 vezes maior, quando comparados com cristãos ortodoxos), estado civil e nível educacional; os três primeiros foram preditores significativos para a depressão (Tsaras et al., 2018). Os fatores relacionados com a ansiedade foram: idade, local de residência (doentes de áreas rurais tiveram uma maior probabilidade 3.8 vezes maior de

padecer de perturbação de ansiedade, quando comparados com aqueles residentes em áreas urbanas), religião (cristãos não ortodoxos tiveram uma probabilidade 9.7 vezes maior, em comparação com cristão ortodoxos), estado civil e nível educacional; os três primeiros também constituíram preditores significativos de elevados níveis de ansiedade (Tsaras et al., 2018). A relação entre o local de residência e a depressão e a ansiedade não foi clara e contrasta com outros estudos – um fator explicativo pode ser a menor disponibilidade de cuidados de saúde nas áreas rurais. No que diz respeito ao nível educacional, este pode constituir fator protetor para a depressão e ansiedade em mulheres com cancro da mama – uma das explicações poder-se-á prender com o maior acesso a informação relativa à doença e melhor compreensão acerca do plano de tratamento e do prognóstico (Tsaras et al., 2018).

Rowland e Holland (1989) descreveram ainda as variáveis médicas como fatores relacionados com a doença que podem influenciar o ajustamento psicológico (Miller et al., 2016; Schmoll et al., 1998).
O *status* funcional/*burden* dos sintomas são preditores significativos do risco de depressão e de ansiedade – doentes com maiores níveis de *burden* de sintomas tiveram um risco 3.8 vezes maior de desenvolver depressão, quando comparados com aqueles sem sintomas ou aqueles cujos sintomas não requeressem descanso durante o dia, bem como um risco de 2.8 a 6 vezes maior de desenvolverem perturbações de ansiedade (Tsaras et al., 2018).

O ajustamento psicológico varia de acordo com a localização do cancro (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Wood & Della-Monica, 2011). Krebber et al. (2014) levaram a cabo uma meta-análise que mostrou uma prevalência de depressão de 31% nos cancros gastrointestinais, 28% nas neoplasias do SNC, 7% nas neoplasias dermatológicas e 3% no cancro do pulmão (Krebber et al., 2014). Já Walker et al. (2013) obtiveram resultados diferentes – maior prevalência de depressão major em doentes com cancro do pulmão (13.1%), seguido do cancro ginecológico (10.9%), da mama (9.3%), colorretal (7%) e génito-urinário (5.6%) (Walker et al., 2013).

Alguns estudos encontraram uma associação entre pior ajustamento psicológico e o estadio avançado da doença – Chang et al. (2014) verificaram uma prevalência de cerca

de 29% de depressão nos doentes com cancro em estadio avançado, e Walker et al. (2013) reportaram uma variação entre 7 a 49% em doentes em cuidados paliativos. No entanto, outros estudos falharam em replicar estes achados (Chad-Friedman et al., 2017; Schmoll et al., 1998).

O momento do diagnóstico e os anos de sobrevivência são outras variáveis importantes – Rasic et al. (2008) reportaram 15.5% de prevalência de depressão major aos 12 meses após diagnóstico de cancro (*vs.* 5.4% nos controlos saudáveis), enquanto que Dalton et al. (2009) encontraram um risco relativo para depressão de 1.16 a 3.08 no primeiro ano após o diagnóstico, que pareceu aumentar aos 10 anos de *follow-up* (Dalton et al., 2009; Rasic et al., 2008). No que diz respeito à sobrevivência, os estudos usam diferentes critérios para a definição deste termo (desde uma sobrevida com períodos curtos depois do diagnóstico e tratamento [pe: ≥ 1 ano], até períodos mais longos [≥ 2 anos], ou até outros critérios [pe: indivíduo que vive do diagnóstico até à morte]), o que influencia os resultados obtidos (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Wood & Della-Monica, 2011). Mass et al. (2015) encontraram uma prevalência de perturbações depressivas em doentes sobreviventes em mais de um ano após o diagnóstico de cancro da mama de 9.4 a 66.1% (% global de 39.9%), com uma variação de sintomas depressivos severos de 3 a 41.7% (% global de 21.2%) (Mass et al., 2015).

A fase do tratamento também influencia a prevalência da psicopatologia (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Wood & Della-Monica, 2011). Watts et al. (2014) fizeram uma revisão sistemática sobre cancro da próstata e encontraram uma prevalência de depressão de 17.27% na fase de pré-tratamento, 14.70% no momento do tratamento e 18.44% dos doentes que completaram tratamento (Watts et al., 2014). Estudos realizados em doentes com cancro da mama indicaram que mulheres submetidas a QT tiveram maior prevalência de depressão do que aquelas que não foram submetidas a QT, e que as reações adversas da QT estiveram associadas a aumento da prevalência da depressão e diminuição da QdV (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Wood & Della-Monica, 2011).

O conhecimento dos fatores de risco (Tabela 3) associados a perturbações do espectro depressivo em doentes com cancro é importante em termos de prevenção e identificação precoces (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017).

Tabela 3 – Principais fatores de risco para a depressão em doentes com cancro (adaptado de Caruso et al., 2017)

Principais fatores de risco para depressão em doentes com cancro	
Fatores individuais	• História familiar de perturbações de humor; • História psiquiátrica pessoal (perturbações de humor, perturbações relacionadas com o uso de substâncias); • Traços da personalidade (tipo D, locus de controlo externo, repressão emocional, fracos mecanismos de coping como traços de desesperança-desespero);
Fatores de risco interpessoais e sociais	• História de eventos de vida stressores (especialmente perdas); • Solidão (estado civil: solteiro, divorciado, separado, viúvo); • Isolamento social; • Baixo status socio-económico; • Ausência de suporte social;
Fatores de risco biológicos	• Tipo de cancro (pe: pulmão, pâncreas, cabeça e pescoço, SNC); • Estadio avançado ou doença metastática; • Sintomas físicos descontrolados (pe: dor, náuseas, vómitos, fadiga); • Fatores infamatórios (pe: IL-2; IL-6; TNF-α; citocinas pró-inflamatórias); • Fatores relacionados com o tratamento: o Imunomoduladores (INF-α); o Fármacos (corticosteróides, metildopa, β-bloqueadores, antibióticos, clonidina, IECAs); o Anticonvulsivantes (fenitoína, levetiracetam); o QT (vinblastina, vincristina, procarbazina, ciproterona);
IECAs Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; IL: Interleucina; INF: Interferon; SNC: Sistema Nervoso Central; TNF: tumor necrosis factor;	

O primeiro grupo de variáveis está relacionado com os fatores predisponentes gerais para a depressão e inclui variáveis não biológicas e biológicas.

Nas variáveis não biológicas, os fatores predisponentes para a depressão são: história familiar ou individual de depressão, associadas a um início mais precoce e a um curso mais longo da depressão, género feminino e ausência de suporte social (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017). Nos fatores psicossociais, Brandão & Mena (2015) associaram traços de ansiedade, estratégias de *coping* deficitárias, suporte social percebido como ausente, e elevados níveis precoces de *distress* psicológico após o diagnóstico de cancro da mama, ao surgimento de sintomas depressivos tardios (Brandão & Mena, 2015). De Vries et al. (2012) verificaram que a associação do traço de personalidade alexitímico (definido como a incapacidade do indivíduo para identificar, estar consciencializado ou descrever as suas próprias emoções) com depressão foi inconclusiva (De Vries et al., 2012). Outros estudos associaram a personalidade tipo D,

ou seja, a tendência para experienciar emoções ou afetos negativos e para inibir a autoexpressão na interação social (ou inibição social), a pior saúde mental (Mols et al., 2013; Wang et al., 2016).

Nos fatores biológicos, a suscetibilidade genética, alterações nos mecanismos de resposta ao *stress* (especialmente os sistemas noradrenérgicos e serotoninérgicos e o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal [HPA]) e nos mecanismos autoimunes (como anticorpos dos recetores anti-ribossoma-P e anti-N-metil-D-aspartato) e inflamatórios (pe: citocinas e interleucinas [IL]-1, IL-6 e *tumor necrosis factor* [TNF]-α) interagem com virtualmente todos os domínios patofisiológicos relevantes para a depressão, incluindo o metabolismo dos neurotransmissores, função neuroendócrina e plasticidade sináptica, e contribuem para um perfil de alerta do SNC indicativo de risco para depressão (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017). Em doentes com cancro, bem como em outras doenças que envolvem os mecanismos da neuro-inflamação, estes aspetos são particularmente importantes dado o papel da resposta ao *stress* crónico, a doença em si e o seu tratamento, na modulação do eixo HPA e do sistema imunitário (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017).

Fatores específicos ligados ao tratamento do cancro foram demonstrados como tendo propriedades depressogénicas (pe: corticosteroides, agentes quimioterápicos e hormonas) – está descrita uma associação entre depressão e doentes em tratamento ativo, seja QT, RT, imunoterapia ou HT (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017). Pereira Dias et al. (2014) descreveram como mecanismos potenciais da depressão em doentes sob QT ou RT a diminuição, ou a ablação transitória, da neurogénese no hipocampo e o início de respostas inflamatórias no SNC (Pereira Dias et al., 2014).

A taxa de suicídio nos doentes com cancro é duas vezes maior quando comparada com a da população em geral (McFarland et al., 2019).
Embora não seja de todo possível prevenir o suicídio, devemos ter em conta alguns fatores de risco (Tabela 4).

Tabela 4 – Fatores de risco e protetores para o suicídio (adaptado de McFarland et al. 2019)

Fatores de risco e protetores no cancro		
Fatores de risco gerais	**Fatores de risco específicos no cancro**	**Fatores protetores**
• História familiar de suicídio; • História familiar de abuso em criança; • Tentativa(s) de suicídio anteriores; • Depressão ou outra perturbação mental, incluindo perturbações relacionadas com uso de substâncias; • Desesperança; • Impulsividade; • Crenças religiosas e culturais (suicídio como ato de coragem); • Epidemia local de suicídios; • Isolamento; • Barreiras para ter acesso a cuidados de saúde mental; • Perdas (relacionais, sociais, trabalho, financeiras); • Acesso fácil a métodos letais; • Dificuldade em pedir ajuda devido ao estigma;	• Baixo status funcional físico; • Tempo após o diagnóstico de cancro (< 1 ano); • Estadio do cancro (avançado ou irressecável); • Localização do cancro (cabeça e pescoço, gástrico, pancreas, pulmão); • Morbilidade associada ao tipo de tratamento; • Perda da capacidade física; • Perda do significado da vida, dignidade; • *Burden* dos sintomas; • Sobrevivente de cancro diagnosticado na infância/adolescência;	• Tratamento das perturbações mentais, incluindo perturbações relacionadas com o uso de substâncias, e físicas; • Acesso fácil a uma variedade de intervenções clínicas e de suporte; • Suporte familiar e social (sentiment de conexão); • Suporte interpessoal por parte dos cuidados medicos, incluindo saúde mental; • Capacidade para a resolução de problemas e conflitos (ausência de traços de impulsividade); • Crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio e suportam a auto-preservação;

Os oncologistas desempenham um papel fundamental na identificação dos doentes com risco de suicídio. O diagnóstico de cancro invariavelmente traz pensamentos acerca da mortalidade e pode estar associado ao estigma, isolamento social e a *stressores* pessoais (McFarland et al., 2019). Embora existam vários fatores de risco associados ao suicídio em doentes com e sem cancro, o assunto primário nos doentes com cancro é o desgaste físico, mental e espiritual provocado pela doença, que se sobrepõe às características pessoais predisponentes (McFarland et al., 2019).

Pensamentos acerca do suicídio existem num espectro, desde pensamentos passivos transitórios até pensamentos ativos, ruminativos, planeados, gestos e suicídio consumado (McFarland et al., 2019). Shneidman, um suicidologista, usou o neologismo *"psychache"* para denominar uma dor psicológica insuportável, e considerou todos os estados afetivos dolorosos (raiva, hostilidade, depressão, vergonha, culpa e desesperança) como relevantes para o suicídio (Sperber, 2011). O suicídio é uma solução permanente para um problema temporário – a *psychoach*e – que pode ser abordado e melhorado (Sperber, 2011). Uma percentagem anormalmente elevada de doentes oncológicos pensam acerca do suicídio mas, em termos de número absolutos, poucos tentam ou consumam o suicídio (Sperber, 2011).

Os fatores de risco para suicídio em doentes oncológicos incluem quer fatores de risco gerais quer específicos para esta população, que podem interagir e aumentar o risco

(McFarland et al., 2019). Fatores demográficos incluem género, idade e estado civil – doentes do género masculino com cancro geralmente têm maior taxa de suicídio, quando comparados com a população em geral (e na população com cancro, os homens têm maior risco, especialmente se mais velhos, de etnia caucasiana e solteiros); por outro lado, no momento do diagnóstico, são os pacientes jovens que têm maior risco de suicídio (McFarland et al., 2019).

Alguns aspetos específicos da doença conferem maior risco, como a localização do cancro, estadio na altura do diagnóstico, tempo desde o diagnóstico e sintomas, e tratamentos para o cancro. Enquanto que estudos individuais associaram localizações específicas do cancro com o risco suicida, uma revisão da literatura mostrou uma falta de consenso e pôs a ênfase na severidade da doença e na progressão. Doentes com dor, fadiga e baixo *status* funcional, no geral, têm maior risco de suicídio, bem como aqueles diagnosticados em estadios avançados ou com cancro irressecável (McFarland et al., 2019). Quanto à localização, os cancros que conferem maior risco de suicídio são aqueles com maior morbilidade física (pulmão, cabeça e pescoço, gástrico e pâncreas); o cancro da tiroide é o único cancro da cabeça e pescoço que não confere elevado risco de suicídio, provavelmente porque a doença, geralmente, é localizada e ressecável (McFarland et al., 2019). A idade é outro fator importante – embora o suicídio seja a segunda maior causa de morte entre os 15 e os 29 anos, a taxa de suicídio aumenta, na generalidade, com o aumento da idade, e como o cancro é mais prevalente em pessoas com mais idade, estas duas entidades são combinadas e afetam o risco global de suicídio; os sobreviventes de cancro diagnosticado na infância são outro grupo de risco (McFarland et al., 2019). Os fatores demográficos e clínicos para o suicídio, no contexto dos diferentes tipos de cancro, aparentam ser cumulativos – pe: doentes com cancro do pulmão não pequenas células do género masculino, etnia caucasiana, solteiros, e entre 60 e 75 anos na altura do diagnóstico, têm maior risco de suicídio do que outros com o mesmo diagnóstico sem as restantes características. A probabilidade de suicídio aumenta em três vezes no primeiro ano após o diagnóstico – o risco relativo é maior imediatamente após o diagnóstico (ou durante a primeira semana), com um risco relativo de 12.6%, que desce para 4.8 durante os primeiros três meses depois do diagnóstico; depois de um ano após o diagnóstico, o risco é duas vezes maior e vai diminuindo com o tempo, apesar de se manter elevado nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (McFarland et al., 2019). Pelo contrário, doentes com certos cancros geniturinários, como bexiga e rim, podem ter ainda um elevado risco

de suicídio ao longo do tempo. Doentes submetidos a cirurgia têm também maior risco de suicídio, quando comparados aqueles não submetidos – no cancro da próstata, homens mais velhos têm um risco quatro vezes maior de suicídio, do que a população em geral, e pode estar associado à dor psicológica relacionada com a disfunção sexual. Cancros da cabeça e pescoço que receberam combinações específicas de tratamentos, especificamente aqueles que completaram RT mas que não foram submetidos a cirurgia, têm maior risco de suicídio – o tipo de tratamento e as sequelas consequentes dos efeitos adversos têm um impacto psicológico, que contribui para o elevado risco de suicídio (McFarland et al., 2019).

1.3. Intervenções psicossociais no cancro

Eficácia das intervenções psicossociais no cancro

O reconhecimento da necessidade das intervenções psicossociais no cancro só ocorreu recentemente, com o desenvolvimento de uma variedade de intervenções psicológicas para ajudar aqueles com cancro e suas famílias (Croy, 2010). Estas intervenções têm sido, de forma genérica, categorizadas em educacionais, cognitivo-comportamentais (individuais ou de grupo) e terapia de suporte (individual ou de grupo), que são usadas em combinação, na maioria das vezes, dada a variação das necessidades dos doentes que dependem de fatores como a localização do cancro, estadio, suporte social e estilos de *coping* (Croy, 2010).

A literatura relativa à eficácia das intervenções psicossociais é extensa, e considera-se que *"uma intervenção tem eficácia comprovada se é responsável por alterações observáveis nos outcome de interesse"* (Croy, 2010). Estudos mostraram a eficácia das intervenções psicossociais desenvolvidas especificamente para as condições nas quais as síndromas psiquiátricas e desadaptativas emergem em relação ao cancro e ao seu tratamento (Caruso & Breitbart, 2019; Croy, 2010; Faller et al., 2013; Myrhaug et al., 2018). São exemplos o aconselhamento, psicoterapias educacionais, de suporte, cognitivo-comportamentais, de suporte-expressivas, existenciais, centrada no significado e psicodinâmica, nos respetivos formatos de grupo, individual e familiar (Breitbart, 2017; Caruso & Breitbart, 2019; Kang et al., 2019). A escolha de cada intervenção depende da

clínica, tipo e fase da doença, contexto, bem como da disponibilidade de serviços de psico-oncologia e profissionais treinados e integrados em equipas multidisciplinares (Caruso & Breitbart, 2019). As várias intervenções psicoterapêuticas e de reabilitação psicossocial revelam um benefício geral em reduzir a gravidade da sintomatologia psicológica e dos sintomas somáticos, como a dor, e melhoram a QdV, o bem-estar e o *illness-behavior* (Li, Kennedy, et al., 2017).

Apesar de as intervenções existenciais receberem menos atenção do que aquelas centradas na ansiedade e na depressão, a investigação recente permitiu o desenvolvimento de várias técnicas como a terapia de grupo de suporte-expressiva, terapia de grupo cognitivo-existencial, terapia da dignidade, PCS, *Managing Cancer and Living Meaningfully* (CAML), terapia da narrativa da vida, *Hope and Meaning-Making Therapy* e a *Meaning-Making Intervention* (Vehling & Kissane, 2018).

Limitações dos estudos relativos às intervenções psicossociais no cancro

Apesar dos estudos indicarem benefício das intervenções psicoterapêuticas em doentes com cancro, investigações recentes apontaram a fragilidade desta eficácia, dado o uso da análise narrativa, em vez de estudos randomizados controlados (ERC), ausência de uma abordagem sistémica para o desenvolvimento e condução das intervenções psicossociais baseada em *guidelines*, e uso de amostras pequenas (Caruso & Breitbart, 2019; Croy, 2010). Outros fatores prendem-se com o objetivo das intervenções, que variam desde melhoria de *outcomes* psicossociais, efeitos secundários e imunológicos, características sociodemográficas, até à localização ou estadio do cancro, o que origina uma diversidade de resultados (Moyer et al., 2009).

A qualidade metodológica é outro problema, dada a frequente ausência da descrição do desenho do estudo, critérios de inclusão demasiado restritivos ou demasiado vastos e elevado número de *drop-outs* (Moyer et al., 2009).

O recrutamento de participantes é outra dificuldade bem conhecida e resulta do frequente desconhecimento por parte dos investigadores das barreiras colocadas por estes estudos (pe: ausência de correspondência entre amostras, tipo de intervenção proposta, critérios

de inclusão e instrumentos de avaliação) (Van Lankveld et al., 2018). Segundo Moyer et al. (2009), apenas um quarto dos estudos (23.8%) usou métodos de recrutamento rigorosos (as fontes variaram desde referenciação por médicos [25.2%] até ao uso de divulgação [10.2%]), uma pequena proporção de estudos forneceu informação sobre a representatividade da amostra (características sociodemográficas dos braços ativo e controlo, tipicamente a idade, nível educacional, estado civil, *status* profissional, doença, estadio e tratamentos) e usou randomização (aqui a problemática é agravada pela recusa dos participantes) (Moyer et al., 2009). Outro problema relacionado com a amostra, e que limita a participação na investigação, consiste na variabilidade das características dos indivíduos – pe: idade, a perceção do próprio como um *burden* e *distress* inicial. No caso específico do *distress*, os estudos tendem a incluir doentes com maiores níveis de *distress*, que beneficiam mais das intervenções mas que não coincidem necessariamente com a perceção do próprio sobre a necessidade de pedir ajuda ou com o seu desejo em ser referenciado aos serviços de saúde mental (Croy, 2010; Van Lankveld et al., 2018). Assim, os instrumentos recomendados o *screening* do *distress* podem não ser os mais adequados para avaliar a perceção do doente sobre a sua necessidade em ser ajudado – alguns doentes podem já ser acompanhados aquando da proposta para participar no estudo, outros acharão que o *distress* desaparecerá sem ajuda de uma intervenção profissional ou que apenas precisam da ajuda de amigos e familiares, ou até afirmam que não pretendem falar sobre o cancro (Van Lankveld et al., 2018). Estudos sugerem que não é apenas a intensidade mas também a natureza das respostas emocionais que determinam se as emoções reativas ao cancro são mal adaptativas – as respostas emocionais (ao cancro e aos seus tratamentos) refletidas por níveis elevados de *distress* geralmente servem de mecanismo de adaptação e só se tornam mal adaptativas quando se perpetuam no tempo ou se tornam extremas ou instáveis – e são os doentes com respostas emocionais mal adaptativas que necessitam de cuidados psicossociais (Van Lankveld et al., 2018).

Apesar dos ERC serem considerados a metodologia mais eficaz para avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterapêutica, muitos investigadores consideram que constituem a metodologia errada para validar uma psicoterapia, dado que os ERC têm falta de validade externa e não se focam no tipo de doentes nem nas metodologias usadas na prática, excluindo, assim, um número crucial de elementos que caracterizam a psicoterapia – são

exemplos: a psicoterapia é um tratamento autocorrigido, ou seja, os terapeutas escolhem técnicas alternativas se não são observadas melhorias, e os doentes, que padecem de vários problemas (e não de apenas um), procuram ativamente um certo tratamento, um certo terapeuta e o *setting* clínico (Croy, 2010). Assim, a demonstração da eficácia da intervenção psicossocial num ERC não significa que o tratamento possa ser transposto diretamente para a prática clínica e que seja assumido que tenha os mesmos efeitos (Croy, 2010). As experiências naturalísticas ou estudos de eficácia permitem verificar como a psicoterapia funciona na prática – os estudos de eficácia dão ênfase à validade externa, tentando assegurar que os achados são generalizáveis a outros terapeutas, outros doentes e a outros *settings* e, por norma, não compreendem randomização, fazendo com que a comparação entre os grupos possa diferir em várias variáveis. Para que a validade interna da psicoterapia não seja ameaçada, são propostos *gold-standards:* estudo prospetivo, de elevada representatividade clínica, caracterizado por grupos de comparação não randomizados mas com correspondência entre os grupos, descrição clara dos tratamentos, dos participantes e da sua seleção, uso de instrumentos e *outcomes* válidos e fiáveis, descrição de elementos adicionais usados na metodologia, menção a *drop-outs*, avaliações pré, pós-intervenção e *follow-up,* e descrição de dados estatísticos relevantes (Croy, 2010).

Os fatores que influenciam os estudos de eficácia são aqueles relacionados com as técnicas especificamente usadas em cada terapia, aqueles transversais a todas as intervenções (pe: aliança terapêutica, experiências passadas, *insight*, oportunidade para expressar emoções por parte do doente, ou qualidades do terapeuta, como empatia ou emoção expressa) (Croy, 2010).

As variáveis dos participantes influenciam o processo terapêutico e os *outcomes,* e são responsáveis por até 40% das melhorias no processo psicoterapêutico, em detrimento da própria psicoterapia; outras variáveis importantes são: sociodemográficas, como idade, género e etnia, traços da personalidade, como autoeficácia, e suporte social. No que respeito à idade e género, estas moderam o impacto do *distress* no doente oncológico, mas aparentam não influenciar os *outcomes* do tratamento, excetuando o género que apresentou resultados contraditórios (Croy, 2010). Por outro lado, as expectativas do indivíduo regulam as suas experiências e perceções e, em psico-oncologia, as expectativas acerca dos *outcomes* estão significativamente relacionadas com os *outcomes*

em si, particularmente quando a melhoria do doente é o *outcome*. No entanto, em doentes com expectativas negativas acerca dos *outcomes*, como cognições negativas acerca do futuro, consequências do tratamento e/ou doença, ideias pessimistas acerca da imagem corporal e sexualidade, atitudes negativas acerca do retorno ao trabalho e diminuição do sentimento de esperança, as intervenções que se focaram na restruturação destes pensamentos ajudaram os doentes e melhoram o seu funcionamento (Croy, 2010). A autoeficácia (ou seja, a crença do indivíduo na sua capacidade em atingir um objetivo particular) pode ser aprendida e as intervenções que promovem a psicoeducação permitiram a melhoria deste *outcome* e da adaptação psicológica. O suporte social é uma variável importante para os *outcomes* e, em doentes com suporte limitado, a terapia promove a melhoria da comunicação entre a família e o doente (Croy, 2010). Por norma, as intervenções psicológicas focadas em mecanismos de *coping* ativos são mais benéficas (Croy, 2010).

As variáveis do terapeuta constituem outro fator influenciador na eficácia das intervenções psicossociais. Estudos recentes demonstraram que a idade, género e etnia são fracos preditores dos *outcomes*, mas que a experiência do terapeuta promove melhores *outcomes* (Croy, 2010). A aliança terapêutica é fulcral para a eficácia terapêutica da intervenção, e as qualidades do terapeuta que potenciam a eficácia são: postura confiante, ser aceite, compreensivo, ter capacidade para escutar, questionar e comentar (Croy, 2010).

Apesar de uma grande variedade de intervenções mostrarem resultados comprovados quanto à melhoria da adaptação psicológica ao cancro, a evidência é limitada no que diz respeito ao comprovar a superioridade de um tipo de psicoterapia sobre outra (Croy, 2010). Em termos de duração das intervenções, os estudos apontam para melhorias significativas nas primeiras dez sessões e a continuação do benefício com o aumento do número de sessões; por outro lado, intervenções com menor intensidade têm maior benefício do que aquelas com maior intensidade (pe: técnicas de relaxamento com menos de duas horas têm maior eficácia na ansiedade do que aquelas com mais de duas horas) (Croy, 2010).

No que diz respeito à metodologia de avaliação dos processos de mudança terapêutica promovidos pela intervenção, a mais usada é a quantitativa, que presta informações

valiosas, mas é argumentado que este tipo de abordagem não consegue transmitir o processo de mudança *per si*. Certos autores preconizam as abordagens mistas, quantitativas e qualitativas, como as mais úteis tendo em conta que os métodos qualitativos fornecem mais detalhes, nomeadamente a identificação do doente que sofreu a mudança e de que forma é que esta ocorreu, bem como aqueles que não sofreram mudanças e os motivos (Croy, 2010).

Outra área premente de estudo, e sobre a qual a investigação é insuficiente, constitui a experiência subjetiva dos participantes, que fornece uma contribuição valiosa e única para melhor entendimento do processo terapêutico, particularmente aa forma como a perceção do participante difere daquela do terapeuta. No doente oncológico é fator preditivo para um *outcome* favorável, estar num ambiente de suporte e compreensivo – a maioria dos doentes refere melhoria da crítica acerca das suas reações e sentimentos, experiencia um distanciamento para com a sua doença e aumenta o prazer pela vida (Croy, 2010).

Psicoterapia existencial

O estudo do sofrimento humano e de como ele se relaciona com a existência pode ser encontrado na abordagem existencialista (LeMay & Wilson, 2008). Este movimento foi iniciado por filósofos como Kierkegaard e Nietzsche, durante o século XIX, e desde então o existencialismo adquiriu proeminência na filosofia e psicologia contemporâneas (LeMay & Wilson, 2008).

A psicoterapia existencial desenvolveu-se sob a influência da fenomenologia e do existencialismo e inclui vários modelos terapêuticos, que podem ser definidos como métodos de relação interpessoal e de análise psicológica (Villegas, 1988). A psicoterapia existencial não tem como objetivo "curar" a perturbação mental, mas sim facilitar um autoconhecimento de forma a facilitar o encontro do indivíduo com a autenticidade da sua existência, de forma assumi-la e a projetá-la mais livremente no mundo (Teixeira, 2006; Villegas, 1988). O centro é o indivíduo e não a perturbação mental de forma que, quando esta está presente, é vista como resultado de dificuldades do indivíduo em realizar escolhas mais autênticas e significativas (Teixeira, 2006).

Do encontro entre a fenomenologia, o existencialismo, a Psicologia e a Psicopatologia resultou uma pluralidade de teorias e intervenções, de base fenomenológico-existencial, que podem classificar-se em dois grupos diferentes (Tabela 5): a psicoterapia experiencial (humanista) e a psicoterapia existencial. As diferenças essenciais centram-se na forma como conceptualizam a capacidade do indivíduo para o processo de mudança, nos conceitos-chave e na finalidade da intervenção (autodescoberta na psicoterapia experiencial; construção mais autêntica e significativa da existência humana, ou seja, a mudança e a autonomia pessoal, na psicoterapia existencial) (Villegas, 1989). Por sua vez, a psicoterapia existencial tem várias modalidades, representadas na Tabela 6.

Tabela 5 – Diferenças entre psicoterapia experiencial e psicoterapia existencial (adaptado em Teixeira, 2006)

Diferenças entre psicoterapia experiencial e psicoterapia existencial		
	Psicoterapia experiencial	**Psicoterapia existencial**
Influências	Kierkegaard/ Buber /William James	Husserl/ Heidegger/ Sartre
Objeto	Vivência	Existência
Dimensão	Atual	Histórica
Objetivo	Crescimento	Autonomia
Método	Heurística	Hermenêutica
Dinâmica psicológica	Emoções	Construtos pessoais
Capacidade de mudança	Concretização de potencialidades	Responsabilidade da liberdade de escolha
Conceitos-chave	Atualização, descoberta	Construção, projeto
Finalidade	Autodescobrir-se	Construir a sua existência

Tabela 6 – Modalidades da psicoterapia existencial (adaptado em Teixeira, 2006)

Modalidades de psicoterapia existencial	
Modalidades	**Autores**
Daseinanálise	L. Binswanger, M. Boss, G. Condrau
Logoterapia	V. Frankl, J.P. Fabry, A. Tengan, P. Wong
Psicoterapia existencial-humanista norte-americana	Rollo May, J. Bugental, I. Yalom, K. Scheider
Psicoterapia existencial britânica	D. Laing, E. Spinelli, E. Van Deurzen-Smith, H. Cohn
Psicoterapia existencial breve	F. Strasser & A. Strasser
Psicoterapia existencial sartreana	M. Villegas, T. Erthal, B. Cannon

Na psicoterapia existencial enfatizam-se as dimensões histórica, o projeto e a responsabilidade individual (na construção do mundo) (Teixeira, 2006). De acordo com Frankl (1992), a finalidade principal da psicoterapia é a procura do significado da existência (Frankl, 1992).

A existência individual caracteriza-se pelo indivíduo que constrói o seu destino, de forma consciente e capaz de fazer escolhas livres e intencionais, ou seja, escolhas das quais resulta o sentido da sua existência (Teixeira, 2006; Wong, 2004). A autenticidade implica aceitar a condição humana tal como é vivida e conseguir confrontar-se com a ansiedade (de) e escolher o futuro, reduzindo a culpa existencial; por outro lado, a liberdade para escolher (a vida e a si mesmo) envolve responsabilidade pela autoria do seu destino e compromisso para com o seu projeto (Teixeira, 2006). A liberdade de escolha, parte integrante da experiência humana, determina a nossa identidade e as nossas características. O projeto existencial é o "fio condutor" entre o passado, presente e futuro, a continuidade compreensível das vivências, a coerência interna do mundo individual, que reflete a escolha originária que o indivíduo fez de si e que aparece em todas as suas realizações significativas, quer ao nível das emoções, quer ao nível das realizações pessoais e profissionais. Assim, a existência individual constitui uma totalidade, única (singular), e concreta (Teixeira, 2006).

O processo terapêutico consiste na exploração do mundo do indivíduo nas suas quatro dimensões (as quatro dimensões da sua existência): física – o mundo natural, o da relação do indivíduo com os aspetos biológicos do existir e com o ambiente e que envolve as suas atitudes em relação ao corpo, aos objetos, à saúde e à doença; social – é a dimensão relacional, ou seja, o mundo da relação com os outros, premissa fundamental do modelo existencial; psicológica – o mundo da relação do indivíduo consigo mesmo, marcado pela procura da identidade própria; espiritual – o mundo da relação com o desconhecido, que envolve uma relação com o mundo ideal, a ideologia e os valores, onde se pode exprimir o propósito e finalidade da existência individual, numa tensão permanente entre a esperança e o desespero (Cohn, 1997; Spinelli, 2003; Teixeira, 2006). Existir no mundo implica: a consciência da morte, ou seja, a experiência da possibilidade do fim de todas as possibilidades (existência/finitude), geradora da ansiedade e medo da morte; a consciência da liberdade, que implica a experiência da responsabilidade e autonomia, no

sentido de fazer escolhas concretas e que envolve o medo da incerteza e do desconhecido; a consciência da solidão, que implica a experiência do isolamento e do medo da separação; a consciência da ausência do significado, que implica a experiência do vazio e do desespero, sendo a coragem a capacidade para continuar em direção ao futuro apesar do desespero (Teixeira, 2006).

May (1958) denominou a ansiedade patológica como neurótica e considerou que resultaria da ausência do confronto do indivíduo com a ansiedade normal (que deriva do confronto com os dados da existência), ou seja, a negação do medo da morte, a negação da liberdade de escolha, o evitamento de assumir responsabilidades ou conformismo com as normas sociais impostas – assim, os sintomas psicopatológicos podem ser considerados como escolhas não autênticas: ao escolher não se confrontar diretamente com a ansiedade associada aos conflitos existenciais, o indivíduo pode perturbar-se mentalmente, e os sintomas podem ser compreendidos como uma escolha do próprio indivíduo, que experimenta uma inabilidade para contactar com o mundo e consigo mesmo, mantendo-se numa forma pouco autêntica para realizar o projeto (May, 1958). Para Yalom (1980), o comportamento perturbado surgia de forma diretamente associada ao fracasso na resolução dos conflitos existenciais, como o medo da morte, o medo da liberdade de escolha, o medo do isolamento e a ausência de significado da vida (Yalom, 1980). Frankl (1992, 1955) enfatizou que a procura de significado da vida seria a motivação fundamental do indivíduo e que a psicopatologia estaria associada à ausência de significado da vida e que, neste sentido, teria o estatuto de frustração existencial que apareceria em modalidades diferentes de comportamentos desajustados (vegetativo, niilista, aventureiro, conformista) (Frankl, 1955, 1992). Para Cohn (1997), os sintomas psicopatológicos relacionam-se com o fracasso do indivíduo em relacionar-se com o seu mundo interno, o que faz com que ele falhe em aceder ao mundo interno dos outros, impossibilitando o desenvolvimento de relações significativas e resultando em sentimentos de vazio e ausência de significado da vida (Cohn, 1997).

As intervenções atuais que versam as preocupações existenciais estão, maioritariamente, baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental ou na medicina complementar e isto poderá refletir o conteúdo da psicologia existencial, baseada em ideias filosóficas nem sempre fáceis de operacionalizar ou implementar (LeMay & Wilson, 2008). Para

ultrapassar esta barreira, as intervenções existenciais foram *standardizadas*, com o desenvolvimento de manuais de tratamento, para que a sua eficácia pudesse ser testada (LeMay & Wilson, 2008).

Indicações para a psicoterapia existencial

Segundo Teixeira (2006), tendo em conta que a psicoterapia existencial não é conceptualizada como um tratamento nem como uma terapêutica da perturbação mental, nem se focaliza necessariamente no alívio dos sintomas, mas é essencialmente um processo de confronto com as potencialidades e de mudança pessoal, os indivíduos que mais podem beneficiar são aqueles que (Teixeira, 2006):

1. Pedem ajuda e que demonstram a perceção de que os seus problemas são acerca do existir, e não uma forma de patologia;
2. Recorrem a consultas por motivos relacionados com crises pessoais, tais como luto, separações, desemprego, transição de fase do ciclo de vida, solidão, e/ou psicopatologia, mas que conseguem relacionar o seu mal-estar com a sua trajetória existencial;
3. Têm interesse genuíno em aumentar o seu autoconhecimento e autocompreensão, isto é, resituarem-se em relação a si próprios e à situação que vivem;
4. Desejam ser mais autênticos, considerando mais o futuro do que o passado nos momentos da tomada de decisão, e que desejam desenvolver expressões mais significativas nas suas relações com os outros;
5. Desejam pensar sobre si próprios e sobre os significados que atribuem aos seus comportamentos e relações interpessoais;
6. Estão em confronto com doença física grave ou, pelo menos, percecionada como ameaçadora, ou com consequências e/ou incapacidades;
7. Têm facilidade em verbalizar sobre as suas experiências, ideias intenções, emoções e sentimentos.

Logoterapia

Para Frankl, a motivação fundamental da existência seria a procura de significado, único

e específico da existência individual, sendo que a ausência de significado da vida conduziria à frustração existencial e esta, por sua vez, à neurose, classificada por si como "neurose noogénica", para evidenciar a sua relação com a dimensão existencial (Frankl, 1955, 1992; Teixeira, 2006). Frankl conceptualizava o Homem num mundo com três dimensões (somática, mental e espiritual) e considerava que poderia ser frequente que a preocupação do Homem acerca do significado da vida (ié, se a vida vale a pena viver) não fosse ela própria um sinal de doença ou neurose – o diagnóstico diferencial entre "objetivo atingido" e sintoma pode ser feito apenas por aquele que vê a dimensão espiritual – assim, a psicoterapia devia dedicar-se à vontade do significado, que é o fenómeno mais humano de todos. A psicoterapia, ou seja, a aplicação clínica da psicologia, que reconhece e que, de forma mais importante, começa do domínio espiritual, pode ser chamada de Logoterapia (*logos*: "espírito" e, através deste, o "significado"), e *"não é objetivo da logoterapia substituir a psicoterapia no significado usual da palavra, mas apenas complementá-la"* (Frankl, 1954). A frustração existencial é o desespero sobre o esforço (sem sucesso) para atingir o significado da vida, que leva à neurose existencial, e a logoterapia constituiria uma terapia específica, ou não específica, para a neurose existencial – se a doença fosse psicogénica no sentido usual do termo, a terapia apenas tem sucesso se completada pela logoterapia (Frankl, 1954).

1.4. Psicoterapia Centrada no Significado

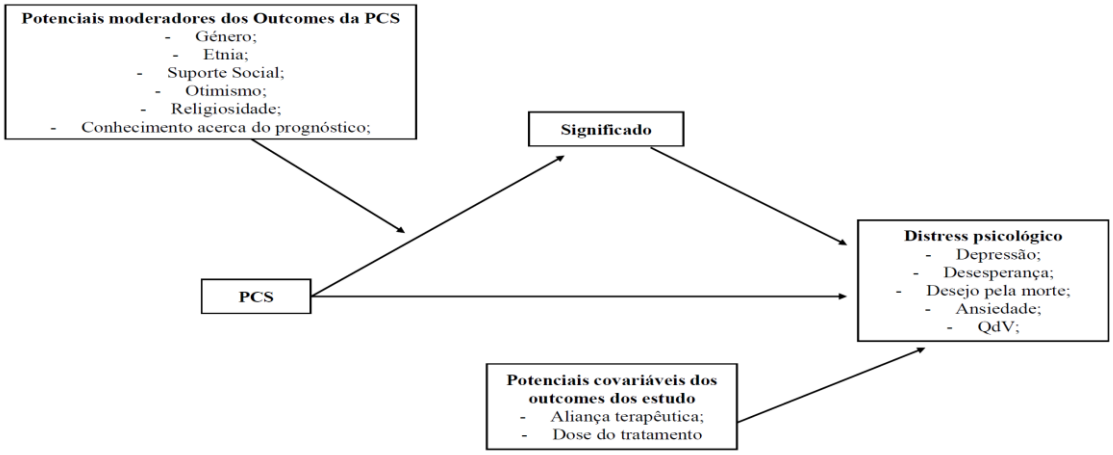
Na passada década iniciou-se um interesse crescente no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas que incorporassem aspetos da espiritualidade e, em particular, o significado da vida, especialmente em doentes com cancro avançado nos quais as preocupações acerca da morte e do morrer podem gerar *distress* existencial e espiritual (Breitbart et al., 2018). Em resposta à necessidade de uma intervenção que demonstrasse eficácia em aliviar este *distress* existencial, Breitbart e colegas desenvolveram a PCS (Breitbart et al., 2018). Esta psicoterapia difere de outras destinadas aos cuidados em fim de vida, dado que tem como construtos básicos a desmoralização, o significado da vida, o desejo de morte antecipada, a desesperança e o sofrimento existencial, e está focada, exclusivamente, na identificação de fontes de significado de vida (Breitbart et al., 2018; Da Ponte, 2017). A PCS baseia-se nos conceitos básicos de Frankl relacionados com o

significado e que incluem: 1. O significado da vida – a vida tem um significado e nunca deixa de ter significado, desde o primeiro até ao último momento da vida, altura em que o significado pode mudar, mas nunca deixa de existir. Se o indivíduo sente que a vida não tem significado, é porque ficou desconectado do significado da nossa vida, e não porque este deixou de existir; 2. A vontade do significado – o desejo de encontrar significado na existência humana é uma força motivadora básica no comportamento humano – os seres humanos são criaturas que, de forma inata, procuram por (e criam) significado nas suas vidas; 3. A liberdade da vontade – o ser humano tem a liberdade para encontrar significado na sua existência e para escolher a sua atitude perante o sofrimento, e tem a responsabilidade de criar uma existência com significado e identidade; 4. Fontes de significado – o significado da vida tem fontes específicas e disponíveis (fontes criativas, que derivam do envolvimento da vida no trabalho, obrigações, causas, projetos artísticos, hobbies, etc; fontes experienciais, que derivam da conexão com a vida através do amor, relações, natureza, arte, humor; fontes de atitude, que surgem ao encontrar as limitações da vida e ao tornar a tragédia pessoal num triunfo, ou seja, aquilo que conseguimos alcançar apesar da adversidade, e elevarmo-nos acima ou transcendermos circunstâncias difíceis; fontes históricas, através do legado que nos foi transmitido [passado], o vivido [presente] e aquele que transmitimos [futuro]) (Breitbart & Applebaum, 2011).

A PCS é suportada no pressuposto de que o *distress* existencial consiste na crença de que a vida não tem significado e tem como objetivos ajudar os doentes a manter, ou a aumentar, o significado da vida através da reexperiência e da recriação do significado da vida, usando as fontes de significado descritas por Viktor Frankl (Breitbart et al., 2018).

Saracino et al. (2019) descreveram o modelo da PCS, que conceptualiza o significado como catalisador para melhorar *outcomes* psicossociais, como a melhoria da QdV, redução do *distress* psicológico e do desespero (Figura 3) (Saracino et al., 2019). O significado é visto como um *outcome* intermediário mas também um mediador de mudanças (Saracino et al., 2019).

Figura 3 – Modelo Conceptual da Psicoterapia Centrada no Significado (adaptado em Saracino et al. 2019)



A PCS é a primeira intervenção psicoeducacional manualizada baseada na evidência, especificamente desenhada para doentes com cancro que sofrem de *distress* espiritual e existencial (Polacek et al., 2019). A PCS foi originalmente desenhada como uma intervenção de grupo, e foi demonstrada eficaz, em dois ERC, na diminuição da ansiedade, desesperança e desejo de morte antecipada (Breitbart et al., 2018; Polacek et al., 2019).

Da Ponte et al. (2018) fizeram uma revisão não sistemática sobre os estudos publicados, acerca da PCS, entre os anos 2000 e 2018 (anexo 5.1. – Figura A).

A **introdução** do artigo fez uma análise da base teórica da PCS.
Existe um interesse crescente na necessidade de intervenções que tenham como objetivo a melhoria do bem-estar espiritual e do significado da vida doentes com cancro. A relevância do bem-estar espiritual e do papel do significado como fatores moderadores da depressão, da desesperança e do desejo de morte antecipada em doentes terminais, estimulou William Breitbart e o seu grupo de investigação, do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, a desenvolver uma terapia específica que abordasse estes temas – a PCS – e outras necessidades específicas (como constituir uma intervenção breve, a curto prazo e demonstrar uma eficácia robusta). Estudos anteriores com terapias que incluíram o

domínio existencial mostraram resultados modestos, com efeitos de tratamento pequenos e inconsistentes, maioritariamente devido ao tamanho das amostras.

A PCS surgiu como uma modalidade terapêutica existencial para ajudar doentes com cancro avançado a manter, ou aumentar, um sentido de significado, paz e finalidade da vida, mesmo quando os doentes se aproximam do fim da vida.

A PCS foi primeiro desenvolvida num formato em grupo (PGCS), em 2002, como uma intervenção estruturada composta por oito sessões semanais, com a duração de uma hora e meia, que usa exercícios didáticos, experienciais e discussão, focados em temas particulares relacionados com o significado da vida e com o cancro: conceitos e fontes do significado; cancro e significado; fontes do significado – históricas (no contexto da vida e projeto de vida), de atitude (atitude perante as limitações da vida), criativas (responsabilidade e criatividade perante a vida) e experienciais (através do amor, beleza e humor); e esperanças para o futuro.

A Psicoterapia Individual Centrada no Significado (PICS) surgiu em 2012 como resposta à necessidade de aumentar a flexibilidade, tendo em conta a identificação da limitação da PGCS, ou seja, a dificuldade em reagendar as sessões para os doentes com incapacidade física. A PICS é uma terapia manualizada composta por sete sessões, com a duração de cerca de uma hora, e segue a mesma estrutura da PGCS.

Os **objetivos do artigo** de Da Ponte et al. (2018) foram: explicar a conceptualização teórica da PCS, descrever as adaptações da PCS e a evidência acerca do seu efeito na melhoria do bem-estar espiritual, significado da vida, sintomas depressivos e ansiosos, desesperança e desejo de morte antecipada.

A **metodologia** seguida consistiu numa revisão não sistemática levada a cabo no PubMed, de artigos escritos em inglês, entre os anos 2000 e 2018, usando como palavra-chave: *"Psicoterapia Centrada no Significado"*.

Os **resultados e a discussão foram divididos em duas secções:** 1. Descrição das adaptações da PCS, e 2. Evidência da eficácia da PCS.

Na **primeira secção (1. Descrição das adaptações da PCS),** Da Ponte et al. (2018) iniciaram a descrição pelo desenvolvimento da PCS para os cuidadores de doentes com cancro (PCS-C), desenvolvida pelo grupo de Breitbart em 2013, e que aborda as preocupações existenciais frequentemente experienciadas pelos cuidadores. Tem como objetivos ajudá-los a conectar, ou reconectar, ao significado da vida, promover a resiliência durante e após a fase de cuidador, e prevenir a exaustão e o luto patológico. Esta psicoterapia é especialmente protetora do luto patológico se providenciada cedo na trajetória do cuidador. A PCS-C consta em dois formatos: de grupo (oito sessões) e individual (sete sessões). As sessões consistem numa introdução ao conceito de significado, "*meaning making*" e identidade, e nas quatro fontes de significado (históricas, de atitude, criativas e experienciais). A sessão final é uma oportunidade para refletir nos objetivos para o futuro, que podem incluir a preparação para a perda do ente querido e a criação de uma nova vida no futuro.

Applebaum et al. (2017) adaptaram a PCS-C num formado baseado na internet, autoadministrado, de forma a promover uma maior flexibilidade – chamado de Workshop para os cuidados do cuidador do doente com cancro (CCC). Esta intervenção consiste em cinco webcasts, que incluem componentes didáticos, vídeos das interações terapêuticas entre os terapeutas (da PCS-C) e os cuidadores informais e que transmitem os princípios da PCS-C, e uma plataforma interativa que permite aos participantes publicarem as respostas às questões dos exercícios experienciais que formam a estrutura da PCS-C.

Van der Spek et al. (2014) adaptaram a PGCS aos sobreviventes de cancro (PGCS-SC). O objetivo principal desta terapia é manter, ou aumentar, o significado ou propósito da vida do sobrevivente, de forma a que este possa se adaptar melhor às consequências do cancro. A PGCS-SC é uma intervenção manualizada com oito sessões de periodicidade semanal, cada uma com cerca de duas horas, que usa a didática, discussões em grupo e exercícios experienciais focados em temas relacionados com o significado e a sobrevivência do cancro: conceitos e fontes do significado, significado antes e depois do cancro e história de vida e fontes do significado. A adaptação relativamente ao formato original consiste maioritariamente no uso de terminologias diferentes e tópicos mais relevantes para os sobreviventes (pe: “morte boa ou com significado" substituído para "continuar com a vida apesar das limitações").

Lichtenthal e Breitbart (2015) desenvolveram a PCS para o luto (PCS-L) destinada a pais que perderam os filhos para o cancro. Nesta intervenção, a reconstrução do significado é a chave para melhorar o sentido do significado e finalidade da vida e a identidade dos pais, que são determinantes para a melhoria dos sintomas prolongados do luto. A PCS-L é uma intervenção estruturada individual com dezasseis sessões, que usa a didática, respostas escritas a questões reflexivas, exercícios experienciais e discussão.

Rosenfeld et al. (2017) desenvolveram a PCS para os Cuidados Paliativos (PCS-CP) como uma intervenção breve com o objetivo de aumentar o significado no fim de vida, especialmente nos últimos meses ou semanas, baseada na evidência de que as necessidades emocionais, psicológicas e espirituais dos doentes paliativos têm grande impacto na QdV. A PCS-CP é uma terapia individual, aplicada à cabeceira do doente, com três sessões de aproximadamente quarenta e cinco minutos. O conteúdo foi organizado para cobrir os temas essenciais da PCS: momentos com significado, identidade antes e depois do cancro, fontes do significado e encontrar significado (através da coragem e comprometimento) e um sentimento de paz.

A **segunda secção (2. Evidência da eficácia da PCS)** começa a descrição no ano 2000 – o grupo de investigação de Breitbart iniciou uma série de estudos piloto com intervenções de grupo visando a abordagem centrada no significado, numa coorte de doentes com cancro avançado, de forma a estabelecer a viabilidade, aplicabilidade e aceitação destas intervenções (anexo 5.1. – Figura A – Tabela 1).
Em 2010 foi realizado o primeiro ERC em doentes oncológicos com cancros sólidos em estadio avançado (estadios III ou IV; n=90). Os pacientes foram distribuídos em dois braços (PGCS e psicoterapia de grupo de suporte [PGS]). A avaliação foi feita antes e depois das intervenções (às oito semanas), e dois meses após o término da intervenção. Os *outcomes* incluíram: bem-estar espiritual, significado, desesperança, desejo de morte, otimismo/pessimismo, ansiedade, depressão e QdV no geral. Este estudo demonstrou benefícios significativos para a PGCS, particularmente na melhoria do bem-estar espiritual e no sentido de significado. Os efeitos do tratamento aparentaram ser ainda maiores dois meses após o tratamento, sugerindo que os benefícios não só persistem como também podem aumentar após o término do tratamento. Uma limitação da PGCS foi a taxa de atrito, inerente à inflexibilidade das intervenções de grupo.

Porque a taxa de atrito foi uma limitação da PGCS, o grupo de Breitbart desenvolveu a PICS. O primeiro ERC ocorreu em 2012, e comparou a PICS à massagem terapêutica (MT) em doentes com cancro avançado (n=120). A metodologia de avaliação usada foi a mesma do estudo anterior e os *outcomes* primários consistiram no bem-estar espiritual e QdV; os *outcomes* secundários incluíram a ansiedade, a depressão, a desesperança, o *burden* dos sintomas e o *distress* relacionado com os sintomas. Os resultados evidenciaram a eficácia da PICS na melhoria do bem-estar espiritual, sentido de significado, QdV no geral e *distress* relacionado com os sintomas físicos, especialmente na avaliação após o tratamento. No entanto, não foram verificadas diferenças significativas no *follow-up* após dois meses, o que pode refletir os benefícios únicos da psicoterapia de grupo nesta população (sentimento de universalidade e "pertença", a experiência em comum e a identidade, o sentimento de ajudar-se a si próprio ao ajudar os outros, e observar como os outros se adaptaram com sucesso). Os autores concluíram que, na generalidade, este estudo replicou os achados anteriores e que esta consistência deu evidência de que a PCS, seja em formato individual ou em grupo, é uma intervenção eficaz para o *distress* existencial em doentes com cancro avançado.

Em 2015, Breitbart et al. endereçaram as limitações dos estudos anteriores, nomeadamente o tamanho da amostra. Foi realizado um ERC no qual doentes com cancro avançado (n=253) foram distribuídos em dois braços (PGCS ou PGS). A metodologia de avaliação foi realizada antes e depois do tratamento e dois meses após o término do tratamento. Os *outcomes* primários foram o bem-estar espiritual e a QdV no geral, e os *outcomes* secundários foram a depressão, a desesperança, o desejo de morte antecipada, a ansiedade e o *distress* relacionado com sintomas físicos. A melhoria foi significativamente maior para a PGCS, especificamente no que diz respeito ao desejo de morte antecipada e desesperança, sugerindo que formas mais severas de desespero podem responder melhor a uma abordagem de tratamento existencial, do que a intervenções tradicionais.

Em 2018, o mesmo grupo fez um ERC com três braços – PICS, Psicoterapia de Suporte (PS) e *Care As Usual* (CAU) – para verificar a eficácia da PICS em doentes com cancro avançado (n=321). As avaliações foram conduzidas em quatro *endpoints*: antes da intervenção, no meio do tratamento (às quatro semanas), e oito e dezasseis semanas após

o tratamento. Os *outcomes* consistiram no bem-estar espiritual, QdV e *distress* psicológico. A PICS mostrou efeitos de tratamento significativos, em comparação com o grupo CAU, no que diz respeito à QdV, sentido de significado, bem-estar espiritual, ansiedade e desejo de morte antecipada; mostrou melhorias mais modestas em comparação com a PS, no que diz respeito à QdV e sentido de significado. Este estudo deu suporte adicional para a PICS como um tratamento para o *distress* psicológico e existencial/espiritual em doentes com cancro avançado.

Applebaum et al., em 2015, publicaram um *case study* que descreveu a aplicação da PGCS-C em cuidadores de doentes com cancro avançado, e que se centrou nas fontes do significado. Os resultados evidenciaram áreas de crescimento significativas, incluindo o entendimento do contexto histórico que molda a experiência de prestar cuidados, o reconhecimento da necessidade de melhorar os autocuidados, o reconectar com as atividades com significado, e a possibilidade de continuar conectado com os outros e o mundo apesar das limitações que resultam do ser cuidador. Em 2017 foi realizado o primeiro ERC (n=84), que comparou o Workshop CCC com um braço controlo de participantes que aguardavam o início do tratamento. As avaliações foram feitas antes da intervenção, duas semanas após e no *follow-up* dois a três meses após, e foram conduzidas entrevistas semiestruturadas. Os *outcomes* consistiram no significado, *burden*, ansiedade, depressão, benefício percecionado e bem-estar espiritual. O facto do Workshop CCC ser realizado via internet não foi identificado como um motivo para *drop-out*, sendo a taxa de atrito similar àquela da PCS em doentes com cancro avançado; os principais motivos para *drop-out* foram a exaustão do cuidador e o luto. Os autores concluíram que a PCS-C autoadministrada, via internet, e por isso flexível, tem o potencial para melhorar o sentido de significado e finalidade da vida em cuidadores que estão confrontados com assuntos existenciais como o sofrimento, a responsabilidade, a identidade e a culpa, bem como protegê-los do *burden*. Foi importante a comprovação da viabilidade, aceitabilidade e efeitos do Workshop CCC e o potencial impacto das intervenções centradas no significado em cuidadores, independentemente da modalidade.

Van der Spek et al. iniciaram o desenvolvimento da PCS-SC em 2013, com quatro *focus groups* (n=23) que permitiram maior *insight* para o processo de "*meaning-making*" nos sobreviventes de cancro, e que mostraram que alguns sobreviventes tiveram sucesso no

esforço para encontrar o significado e, às vezes, experienciaram ainda mais significado na vida do que antes do diagnóstico; no entanto, outros sobreviventes mantinham uma necessidade de ajuda não respondida. A adaptação subsequente da PGCS para a PGCS-SC (2014) mostrou boa aceitabilidade, *compliance* e satisfação entre os sobreviventes de cancro. Em 2017, um ERC multicêntrico (n=170) comparou a eficácia da PGCS-SC com a PGS e CAU. As avaliações foram feitas antes da randomização, no pós-intervenção, e aos três e seis meses de *follow-up*. Os *outcomes* primários foram o "*Personal Meaning profile*" (PMP) e os *outcomes* secundários consistiram nas subescalas da PMP, bem-estar psicológico, crescimento pós-traumático, ajustamento mental ao cancro, otimismo, desesperança, *distress* psicológico (ansiedade e depressão) e QdV. Este estudo mostrou que a PGCS-SC foi uma intervenção eficaz para os sobreviventes de cancro, melhorando o significado pessoal, bem-estar psicológico e ajustamento mental ao cancro, a curto prazo, e diminuindo o *distress* psicológico e os sintomas depressivos a longo prazo (seis meses), o que constituiu um achado novo. Este estudo foi importante dado o tamanho da amostra e a elevada adesão ao tratamento.

A PCS-L foi desenvolvida por Lichtenthal e Breitbart, em 2015, após a investigação ter demonstrado que o significado aparentemente tem um papel central na adaptação à morte de uma criança por cancro e que, apesar dos pais desejarem ter suporte, não existiam intervenções que aparentemente respondessem às suas necessidades. Ao abordar os temas centrados no significado, os pais podem ser ajudados a se adaptar a uma perda impensável, sem patologizar as suas lutas. Os autores concluíram que a PCS-L ajudou os pais a reconhecer oportunidades para experiências com significado, à medida que aprendem a coexistir com o seu luto profundo e doloroso.

Em 2017, Rosenfeld et al. fizeram um estudo piloto com doze doentes internados em cuidados paliativos e com cancro em estadio terminal, para avaliar a viabilidade, aceitabilidade e a utilidade percecionada da PCS-CP. Os doentes expressaram um *feedback* positivo acerca da estrutura, foco e duração da intervenção, mas variaram na opinião quanto aos elementos que achavam que mais ajudavam. No geral, a PCS-CP aparentou apresentar viabilidade e aceitabilidade e teve o potencial para ajudar doentes a se adaptarem melhor aos desafios inerentes ao confronto com a morte e o morrer.

Uma limitação do estudo de Da Ponte et al. (2018) foi incluir apenas a pesquisa de artigos em inglês.

O **artigo conclui que**, dado o interesse crescente no papel do significado da vida como fator moderador da depressão, desesperança e desejo de morte nos doentes terminais com cancro, William Breitbart e a sua equipa de investigação desenvolveram a PCS para ajudar os doentes com cancro avançado a manter, ou aumentar, o sentido do significado, paz e propósito nas suas vidas, mesmo quando se aproximam do fim da vida.
A evidência mostrou que a PCS, seja em formado individual ou em grupo, é uma intervenção eficaz para o *distress* existencial em doentes com cancro avançado e, inclusivamente, sugere que formas mais severas de desespero podem responder melhor a uma abordagem existencial do que as intervenções tradicionais. A presente revisão deu suporte empírico para esta intervenção terapêutica nas suas várias formas e adaptações, provando a sua eficácia nos principais *outcomes,* nomeadamente bem-estar espiritual, desesperança, desejo de morte antecipada e sintomas depressivos e ansiosos.

Assumindo o aumento da incidência, prevalência e melhoria dos *outcomes* da doença oncológica, a utilidade de uma modalidade psicoterapêutica que pode melhorar a QdV e minimizar o impacto negativo do cancro nos doentes e nos seus cuidadores é um instrumento essencial num modelo de tratamento integrado.
Os autores consideraram que estudos futuros poderiam comparar a PCS a outras abordagens psicoterapêuticas e psicofarmacológicas, e endereçar o impacto das melhorias psicológicas na saúde física.

1.5. Síntese crítica

Neste capítulo é feita uma análise da introdução teórica, criticamente escolhida tendo em conta a investigação em causa, sumarizando-se o conteúdo teórico, dada a sua complexidade, e tomando-se a liberdade de tecer algumas considerações:

No que se refere à relação entre cancro e psico-oncologia, considera-se que:

- O aumento da incidência e tempo de sobrevivência da doença oncológica, e o desenvolvimento consequente da investigação nos cuidados psicossociais, traz novos desafios em termos de políticas de saúde. No entanto, a excessiva tecnologização e subespecialização da medicina trouxe outras questões, nomeadamente a exigência da maior diferenciação por parte dos médicos o que, em última análise, culmina numa restrição de cuidados – podemos colocar a questão se este é o caminho que pretendemos, ou se optamos pelos cuidados generalizados como forma de promover o direito básico e universal à saúde que, cada vez mais, está a ser ameaçado. A OMS, nos últimos anos, tem primado, por exemplo, pela oferta generalizada de cuidados paliativos em todos os níveis de cuidados.
- A medicina ocidental mantém o paradigma da subespecialização, também exigida por uma população cada vez mais informada – no entanto, esta maior informação não está associada, obrigatoriamente, à adequada literacia para a saúde. Aliás, em Portugal existe um claro desinvestimento numa política de saúde pública, com privilégio para o tratamento da doença aguda ao invés de privilegiar o acompanhamento da doença crónica e a prevenção.
- Numa outra dimensão, a ampla investigação em psico-oncologia comprovou que esta é uma área que se reveste de especificidades, não abordadas na prática da psiquiatria geral – neste sentido, alguns países criaram a subespecialidade de psico-oncologia. As particularidades supramencionadas vão desde à ausência de psicopatologia classificável nos manuais diagnósticos de psiquiatria, até ao tratamento, bem como à atitude (condenável) generalizada de que é "normal" os doentes oncológicos "sofrerem de depressão" e que "não há nada a fazer". A formação médica pós-graduada em Portugal tem ainda o paradoxo de que enquanto o internato médico de psiquiatria não inclui formação em psico-oncologia esta é abraçada no programa formativo da oncologia.
- Apesar da evidência indubitável de que o *distress* (acompanhado ou não de perturbações psiquiátricas classificáveis nos manuais diagnósticos) está presente numa percentagem significativa de doentes oncológicos e que está associado a menor QdV e a menor sobrevivência e das recomendações internacionais, que

datam de 2008, que prezam a inclusão generalizada do conceito do *distress* nos cuidados psicossociais do doente oncológico, tal não é colocado em prática no nosso país.

No que se refere à revisão que remete para o impacto psicológico cancro e suas consequências, considera-se que:

- Sabemos que toda a trajetória do cancro constitui contém fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia. Apesar das perturbações psiquiátricas mais frequentes serem as depressivas e ansiosas, ficam por identificar as síndromas psicossociais/existenciais geradoras de intenso sofrimento e com consequências comparáveis, e até mais complexas, às anteriores. Para acrescentar dificuldade, o próprio conceito de *distress* é vago e pode incluir desde sintomas, síndromas ou até diagnósticos classificáveis, que podem coexistir.
- O termo *distress* surgiu para evitar o estigma da doença mental no doente oncológico, e a sua importância foi reconhecida pela implementação de *guidelines* para *screening*, monitorização e tratamento em todos os estadios da doença e em todos os *settings*.
- O *distress* é problemático em termos de definição, dado que pode consistir num *continuum* entre a normalidade e a psicopatologia, o que obriga à discussão da normalidade. Por outro lado, o *distress* é também denominado de *distress* "emocional ou psicológico", gerando discussão sobre um tema já bem descrito em psiquiatria, ou seja, as emoções diferem da cognição (supondo que este termo é usado em sinónimo de "psicológico") mas interconectam-se. O *distress* emocional ou psicológico pode também ser definido como uma "experiência emocional multifatorial desagradável, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social, espiritual e/ou física, que pode interferir com a capacidade do indivíduo em se adaptar ao cancro, aos seus sintomas físicos e ao seu tratamento" – apesar da definição ir ao encontro da fenomenologia ao integrar as emoções no campo da psicologia, poder-se-á gerar discussão sobre a "natureza psicológica", passando a englobar o sofrimento espiritual, um conceito ainda pouco explorado (e consensualizado), o que gera ambivalências no seu significado. Mais ainda, o

distress pode também incluir perturbações diagnosticáveis nos manuais classificatórios (depressão e ansiedade), difíceis de reconhecer no doente oncológico (no caso da perturbação depressiva pela difícil aplicabilidade dos critérios físicos e neurovegetativos, e na perturbação ansiosa pela complexidade da associação entre ansiedade e fatores *stressores*).

- As **síndromas psicossociais/existenciais,** como a perda do significado da vida, o *distress* existencial, a desmoralização, o desejo de morte antecipada e a desesperança – termos intimamente relacionados com o conceito de espiritualidade – confrontam o psiquiatra com a iminência do vazio, algo novo, dada a necessidade inata do ser humano em compreender e explicar.
- Apesar da OMS ter definido, em 1998, a **espiritualidade** como um conceito multidimensional da saúde – "conjunto de emoções ou convicções de natureza não material, relacionadas com vários aspetos como o significado da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa" – podem ser tecidas críticas, similares àquelas já constatas relativamente ao conceito de *distress*, pela colocação das "emoções" ou "convicções" na mesma base hierárquica. Apesar da tentativa de não limitar a espiritualidade à religião, a definição é sumária e não esclarecedora; por outro lado, congratula-se a objetivação da relação entre a espiritualidade e o significado da vida que, por sua vez, alude para a existência humana. Uma outra definição, de importante utilidade em termos de diagnóstico diferencial, divide o conceito de espiritualidade em duas dimensões – a vertical ou religiosa, relacionada com sistemas de práticas ou crenças levadas a cabo por uma comunidade ou grupo social; e a horizontal ou existencial (ou, se quisermos, longitudinal), relacionada com o significado (e finalidade) da vida e o bem-estar espiritual.
- O "bem-estar espiritual" tem como oposto o sofrimento (ou dor) espiritual, conceito inicialmente desenvolvido na área dos cuidados paliativos – dor "total" de Cecily Saunders – e que relaciona o sofrimento, não só com os sintomas físicos, fatores psicológicos e sociais, mas também com espirituais (especificamente, aqueles existenciais, indo ao encontro de Viktor Frankl). Assim, a espiritualidade permitiu a integração dos cuidados na denominada "abordagem biopsicossocial e espiritual", cujo foco é a compaixão e o tratamento centrado no doente – esta é a

abordagem preconizada pelos cuidados paliativos e da qual a psiquiatria se tem mantido à margem.

- Relacionado está o conceito multidimensional de ***distress* espiritual**, cuja avaliação exige a identificação de "fontes" de *distress*, nomeadamente existencial, físico, emocional ou social. Apesar da frequente intermutabilidade dos conceitos de *distress* espiritual e *distress* existencial, fica claro, aqui, que o *distress* existencial é uma das dimensões do *distress* espiritual e reporta-se à **perda do significado da vida e aos conceitos derivados,** como a desmoralização, desejo de morte antecipada e desesperança.
- Ao contrário do *distress* psicológico ou emocional, o ***distress* existencial** é um estado psicológico distinto (remetendo assim para a esfera cognitiva) doloroso e que resulta de um *stressor* (específico para cada ser humano e relacionado as suas expectativas pessoais e fundamentais acerca da segurança, justiça, controlo, certeza e esperança numa vida futura) que gera preocupações universais à experiência humana, como a ansiedade face à morte. Em volta do *distress* existencial gravitam outros conceitos, sendo discutível qual o progenitor – e mais provavelmente constituem uma fratria – de acordo com as perspetivas dos respetivos autores que os introduziram.
- A **desmoralização** é uma forma de *distress* existencial, relacionada com a dificuldade do indivíduo em manter o controlo sobre a sua existência, ao se ver incapacitado em lidar com a morte iminente – trata-se de um mecanismo desadaptativo caracterizado por pensamentos recorrentes acerca da falha do próprio em se adaptar, mas também a efetiva incapacidade real em se adaptar. Trata-se de um conceito relacionado com a perda do significado e da esperança na vida, perda da dignidade, depressão, ansiedade, ideação suicida, e a maior *burden* de sintomas.
- O **significado da vida** está relacionado com a valorização do próprio como indivíduo e com a sua conexão com os outros. Se, por um lado, a conexão com os outros é um dos mecanismos que visam controlar, diminuir, ou tolerar *stressores* (externos ou internos) percebidos como ameaças, as estratégias de *coping* resultantes podem não ser necessariamente efetivas, ou seja, a eficácia do *coping* é determinada pela intensidade da resposta, mas também pela sua natureza, bem ou mal adaptativa. Para alguns autores, o significado da vida pode ser visto como

um mecanismo de *coping* (a procura do significado) e como um *outcome* (manter ou aumentar o significado da vida). Se o conceptualizarmos como um mecanismo, poderemos aludir à conceptualização de Frankl do significado como um estado que oscila de intensidade perante um sofrimento, que oferece uma oportunidade para um *coping* eficaz, ou seja, a própria intensidade do *distress* pode levar a uma resposta de natureza adaptativa.

- O significado pode ainda ser concebido como uma cognição (a crença do próprio de que a vida tem significado) e uma emoção (a experiência do próprio no mundo e as emoções que tal despoleta), intimamente relacionada com o conceito de **dignidade**, que pode ser abordado numa perspetiva mais redutora – um constructo social relacionado com valores e respeito pelo indivíduo face a circunstâncias externas – ou mais abrangente – numa perspetiva de *distress* existencial em íntima relação com relacionamentos interpessoais, esperança e vontade.
- O **desejo de morte antecipada** está relacionado com a perda do significado da vida e é "uma reação ao sofrimento no contexto de uma doença (percecionada como) ameaçadora à vida (à integridade pessoal), na qual o doente não vê saída senão acelerar a sua morte (o que é diferente da aceitação da morte na esperança de ausência de sofrimento ou do desejo de morte mas sem ser de forma antecipada), e que pode surgir em resposta a *stressores* físicos, psíquicos, existenciais ou sociais". O desejo de morte antecipada está relacionado com o medo do sofrimento e tem diferentes significados, de acordo com a individualidade do doente, ou até no mesmo doente em diferentes momentos. Trata-se de um termo complexo que, em última análise, pode incluir a ideação suicida e que só pode ser diagnosticado mediante a exclusão de depressão. A relação com outros constructos existenciais (desesperança, perda da dignidade, *distress* existencial ou perceção de constituir um burden) e com a depressão torna-se evidente por estas constituírem fatores de risco.
- A **desesperança** é um conceito ligado ao medo e à esperança, encontrando-se no extremo desta. Enquanto a esperança é um estímulo interno e fator protetor, a desesperança tem um efeito negativo no bem-estar e na adaptação à doença, consistindo num estilo cognitivo pessimista em relação ao futuro. Trata-se de um fator de risco independente para o desejo de morte antecipada e que não responde ao tratamento farmacológico.

- Por último, conclui-se que o conceito mais globalista e integrador de todos pode consistir no **desespero de fim de vida**, uma constelação sindromática de definição subjetiva de acordo com os diferentes autores em causa, mas que inclui os constructos do desejo de morte antecipada, da desmoralização, da desesperança, da perda da dignidade, do sentimento de burden ou da perda do significado da vida.

Por outro lado, os fatores que influenciam o impacto psicológico do cancro e, por consequência, o seu prognóstico, são também cercados por algumas incertezas investigatórias.

- As **variáveis sociodemográficas** influenciam o ajustamento psicológico (ou mental) ao cancro – ou seja, os processos de avaliação (que determinam o grau no qual o *stressor*, neste caso o diagnóstico de cancro e os seus tratamentos, representa prejuízo e perda) e as respostas de *coping* (esforços cognitivos e comportamentais que visam controlar as necessidades criadas pelo *stressor*) que vão determinar os *outcomes* das respostas emocionais – especialmente o efeito do ***timing*** **(momento do ciclo de vida) em que ocorre o *stressor***, e das variáveis deste, como o estadio e curso do cancro.
- Os estudos são maioritariamente consensuais ao identificar a importância da **idade** no ajustamento psicológico ao cancro chegando, até, a ser considerada a única variável demográfica preditora significativa. No entanto, e no que diz respeito à faixa etária, os estudos são controversos.
- Foram ainda associados a pior ajustamento psicológico como variáveis preditoras significativas, ainda que controversas, o **local de residência** e a **religião,** o **estado civil e o nível educacional** (maior nível educacional relacionado com maior compreensão do diagnóstico e prognóstico).
- Além das apontadas, existem ainda as **variáveis relacionadas com o risco de psicopatologia no geral**, nomeadamente: fatores individuais (antecedentes psiquiátricos e história psiquiátrica atual, género feminino e certos traços de personalidade), interpessoais e sociais (eventos de vida *stressores*, estado civil, isolamento social, baixo *status* socioeconómico e ausência de suporte social).

- Por outro lado, os **fatores de risco médicos/biológicos relacionados com o cancro**, são: ***status*** **funcional/*burden*** **dos sintomas** (e sintomas físicos descontrolados); **certas localizações do cancro** – pulmão, pâncreas, cabeça e pescoço, SNC, gastrointestinal, dermatológica, ginecológica, mama e génito-urinária; **estadio avançado da doença**, especialmente em cuidados paliativos; **anos de sobrevivência** (para a variação da prevalência da psicopatologia contribui as diferentes definições de "sobrevivência") – maior risco no primeiro ano após o diagnóstico e vários anos após o diagnóstico; estar sob **tratamento ativo** (QT, RT, HT e/ou imunomodulares); **ocorrência de reações adversas à QT;** ***timing*** **do tratamento** (pré-tratamento, momento do tratamento e término); e **certos tipos de tratamento** (corticoides, vincristina, imunomoduladores…).
- O **suicídio** no doente com cancro é outro assunto complexo dado que uma percentagem anormalmente alta de doentes pensa a cerca do suicídio, mas em termos absolutos, poucos tentam ou consumam. Apesar dos fatores de risco para suicídio acompanharem aqueles da psicopatologia em geral, existem algumas diferenças – nos doentes com cancro, o fator primordial é o desgaste, físico, mental e espiritual, que se sobrepõe às características predisponentes – bem como a potenciação dos fatores de risco gerais com aqueles específicos.
- Os **fatores de risco gerais** incluem: antecedentes familiares e pessoais de suicídio, história atual de perturbação psiquiátrica, desesperança, impulsividade, isolamento, crenças religiosas e culturais, epidemia local de suicídios, barreiras aos cuidados de saúde, perdas (relacionais, sociais, de trabalho, financeiras), acesso fácil a meios letais e dificuldade em pedir ajuda devido ao estigma. No que diz respeito aos fatores demográficos, como o **género, idade e estado civil,** estes são importantes em termos de potenciação – homens com cancro têm maior risco de suicídio, seja na população geral como na população com cancro; homens com cancro mais velhos, caucasianos e solteiros, bem como doentes diagnosticados em idade jovem e aqueles sobreviventes de cancro diagnosticado na infância, têm maior risco de suicídio dentro da população com cancro.
- Os **fatores de risco específicos ligados ao cancro,** apesar da similaridade com aqueles das perturbações depressivas e ansiosas (baixo *status* funcional físico; perda da capacidade física; *burden* dos sintomas; localização do cancro, nomeadamente aqueles com maior morbilidade física como cabeça e pescoço,

gástrico, pâncreas e pulmão; doença avançada; reações adversas aos tratamentos, perda do significado da vida) **têm também especificidades –** nomeadamente no que diz respeito ao tempo desde o diagnóstico (maior risco se imediatamente após o diagnóstico diminuindo ao longo do tempo, apesar de se manter elevado nos primeiros 5 anos; exceção no caso dos cancro geniturinários), tipos de tratamento (maior risco em doentes submetidos a cirurgia, especialmente no caso do cancro da próstata, o que poderá estar relacionado com disfunção sexual, e em doentes com cancros da cabeça e pescoço submetidos a RT sem cirurgia) – e são, também, cumulativos – doentes com cancro do pulmão não pequenas células do género masculino, caucasianos, solteiros, com 60 a 75 anos na altura do diagnóstico, têm maior risco de suicídio do que indivíduos com o mesmo tipo cancro.

Passando à investigação sobre as intervenções psicossociais no cancro:

- Menciona-se o seu enorme desenvolvimento, com o surgimento de novas técnicas, gerando uma variabilidade cuja indicação depende da clínica em específico, do *setting* e da disponibilidade de profissionais treinados. Apesar dos estudos demonstrarem a sua eficácia, especialmente na QdV e comportamentos desadaptativos que surgem em relação ao cancro, fica por determinar a superioridade de uma intervenção sobre a outra, o que poderia gerar dificuldades na prática clínica diária caso o nosso país tivesse opções de escolha acessíveis.
- Apesar do afirmado anteriormente, a **eficácia *per se*** é de difícil comprovação, essencialmente por questões metodológicas da investigação e pelas características da própria intervenção psicoterapêutica – esta é uma limitação transversal aos estudos na área da psico-oncologia que tem de ser assumida e encarada como um fator universal a melhorar, não cabendo ao presente projeto a tarefa da perfeição mas sim a tarefa do contributo para a inovação.
- **Mantendo-se a ausência de consensualidade no que diz respeito ao tipo de estudo usado para a avaliação da eficácia de uma intervenção psicoterapêutica,** os "estudos de eficácia" ou naturalísticos são considerados a melhor metodologia, dado que dão ênfase à validade externa, desde que se respeitem determinados *gold-standards* (estudo prospetivo, de elevada representatividade clínica, descrição clara dos tratamentos, dos participantes e sua

seleção, uso de instrumentos e *outcomes* válidos e fiáveis, descrição de elementos adicionais usados na metodologia, menção a *drop-outs*, avaliações pré-pós intervenção e *follow-up*, e descrição de dados estatísticos relevantes) para superar a problemática da validade interna, bem como a assunção dos fatores influenciadores da psicoterapia (variáveis dos participantes – como a idade e o género que moderam o impacto do *distress* mas aparentam não influenciar os *outcomes* do tratamento, etnia, traços de personalidade e suporte social – que afetam o processo terapêutico e os *outcomes* e variáveis dos terapeutas – especificamente a sua experiência).

- As análises qualitativas são criticáveis pela sua potencial subjetividade e os ERC carecem de validade externa, ou seja, a demonstração da eficácia num ERC não significa que o tratamento possa ser transposto diretamente para a prática e assumir que tenha o mesmo efeito.
- Contrariamente, é consensual que a melhor metodologia para a **avaliação dos processos terapêuticos de mudança** é a abordagem mista, quantitativa e qualitativa.
- Outras questões relacionadas com a metodologia são aquelas relacionadas com a fraca qualidade metodológica (ausência descrição do desenho do estudo, critérios de inclusão demasiado restritivos ou vastos, elevado número de *dropouts*, ausência de informações sobre a representatividade da amostra), bem como a amostra em si, seja pelo seu (pequeno) tamanho, recrutamento pouco rigoroso, recusa dos participantes em serem randomizados, como pela variabilidade das características dos participantes (os estudos tendem a incluir participantes com maiores níveis de *distress* sem ter em conta a natureza das respostas emocionais ao cancro).
- As dificuldades relacionadas com as próprias psicoterapias consistem na ausência de uma abordagem sistémica para o seu desenvolvimento e condução, bem como pela variabilidade dos objetivos de cada intervenção, o que origina uma variabilidade de resultados.
- A **psicoterapia existencial** surgiu da abordagem existencialista e da necessidade do estudo do sofrimento humano e de como o homem se relaciona com a sua existência. Como princípio, esta psicoterapia tem como centro o indivíduo e não a perturbação mental, que é vista como resultado da dificuldade do indivíduo em

fazer escolhas mais autênticas e significativas. Tem como **objetivo** a construção mais autêntica e significativa da existência humana, e como **finalidade** a procura do significado da existência. Trata-se de um processo de confronto com as potencialidades de mudança, que tem **indicações** bastante restritas: aqueles doentes que pedem ajuda, apresentam crítica para os seus problemas e desejam pensar sobre si próprios e sobre os seus relacionamentos interpessoais, em situações de crise pessoal ou em confronto com uma doença física grave ou percecionada como ameaçadora. A psicoterapia existencial fundamenta-se em constructos essenciais que temos de ter mente para a adequada compreensibilidade da intervenção: o indivíduo constrói o seu destino de forma consciente, tem a liberdade para escolher a vida (e a si mesmo, determinando a sua identidade) de forma autêntica (aceitando a condição humana tal como ela é, conseguindo confrontar-se com a ansiedade de escolher o seu futuro reduzindo a culpa existencial) e é responsável pela autoria do seu destino e pelo compromisso para com o seu projeto de vida. Frankl enfatizou que a **procura do significado seria a motivação fundamental** do ser humano, que é único e específico para cada indivíduo, e que a psicopatologia está associada à ausência de significado, que passa a ter estatuto de frustração existencial (ou seja, desespero face ao esforço sem sucesso para atingir o significado da vida), que evolui para a chamada **neurose noogénica ou existencial.**

- Apesar da objetivação descrita, a maioria das intervenções que versam as preocupações existenciais surgiram baseadas na terapia cognitivo-comportamental ou na medicina complementar, com consequente **dificuldade de operacionalização**.
- A **PCS surgiu em resposta à necessidade de uma intervenção breve, eficaz em aliviar o *distress* existencial** (ausência de significado da vida) nos doentes com cancro avançado e relacionado com preocupações acerca da morte e do morrer. A PCS é **a primeira intervenção psicoeducacional manualizada, baseada na evidência**, especificamente desenhada para doentes com cancro que sofrem de distress existencial, e tem como **objetivo** ajudar os doentes a manter, ou aumentar, o significado da vida através da reexperiência e da recriação do significado da vida, usando as fontes do significado. **Difere das outras abordagens existenciais,** dado que tem como base os constructos da desmoralização,

significado da vida, desejo de morte antecipada, desesperança e sofrimento existencial, estando focada exclusivamente na identificação das fontes do significado da vida, específicas e disponíveis (criativas, que derivam do envolvimento no trabalho, hobbies, causas…; experienciais, que derivam da conexão com a vida através do amor, relações, natureza…; de atitude, que surgem ao encontrar as limitações da vida e ao ultrapassá-las, apesar da adversidade, transcendendo circunstâncias difíceis; e históricas, através dos legados passado, presente e futuro). A PCS **baseia-se num modelo** que conceptualiza o significado como catalisador para melhor os *outcomes* psicossociais, mas também um mediador de mudança (significado como fator moderador da depressão, desesperança e desejo de morte antecipada nos doentes terminais com cancro).

- Os vários estudos acerca da PCS, no formato em grupo ou individual e nas suas adaptações, ofereceram suporte empírico ao comprovar a PCS como **uma intervenção eficaz para a QdV e o *distress* existencial,** nomeadamente o bem-estar espiritual, desesperança, desejo de morte antecipada, sintomas depressivos e ansiosos, sugerindo que formas mais severas do desespero podem responder melhor a uma abordagem existencial do que a intervenções tradicionais. A PCS é um instrumento, ainda inexistente em Portugal, essencial num **modelo de tratamento integrado, e que vem acrescentar diferenciação aos cuidados psiquiátricos prestados aos doentes.**
- As sucessivas adaptações da PCS, apesar das suas variabilidades, mantiveram certos **temas fulcrais**, como o "conceito e fontes de significado", e os estudos realizados utilizaram **diferentes metodologias** (ERC, estudos de viabilidade, focus groups) e **diferentes amostras**. Apesar disto, os vários ERC replicaram as metodologias em termos de momentos de avaliação, *outcomes*, e comprovaram a viabilidade e aceitação por parte dos participantes, bem como o impacto da PCS na melhoria da QdV e nos mais outcomes do distress existencial.
- Em suma, considera-se que a PCS tem estudos que suportam e permitem o desenvolvimento de uma investigação, mesmo perante a consciencialização dos limites desta.

Em termos conclusivos e apesar da constatação das várias limitações inerentes à investigação na área da psico-oncologia – desde a definição dos conceitos basais,

controvérsia acerca do peso dos fatores de risco para pior ajustamento mental, até às dificuldades metodológicas – a PCS é uma abordagem sistematizada com eficácia comprovada na melhoria da QdV e *distress* existencial.

2. DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. Hipóteses, objetivos e outcomes do estudo

Esta investigação iniciou-se com a seguinte **pergunta científica:** "Qual a influência de uma intervenção psicossocial, neste caso a PGCS, na QdV e bem-estar psicológico e espiritual dos doentes com cancro?", visando contribuir para o estudo das intervenções psicossociais em Portugal.

A investigação teve como **objetivos:**

Primários:

1. Avaliar o impacto da PGCS na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro;
2. Identificar os processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS;

Secundários:

1. Adaptar e validar a PGCS à população portuguesa;
2. Descrever o impacto da doença oncológica na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro;

As **hipóteses** colocadas foram as seguintes:

1. A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz na melhoria da QdV, bem-estar psicológico e espiritual dos doentes com cancro;
2. Na PGCS existem processos terapêuticos de mudança, específicos e gerais, que modulam o impacto do cancro na QdV e bem-estar espiritual e psicológico.

Tendo em conta as hipóteses colocadas, foram expectáveis os seguintes ***outcomes*:**

- ***Outcome* primário:** A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz em doentes com cancro ao melhorar a QdV e o bem-estar espiritual;
- ***Outcomes* secundários:**

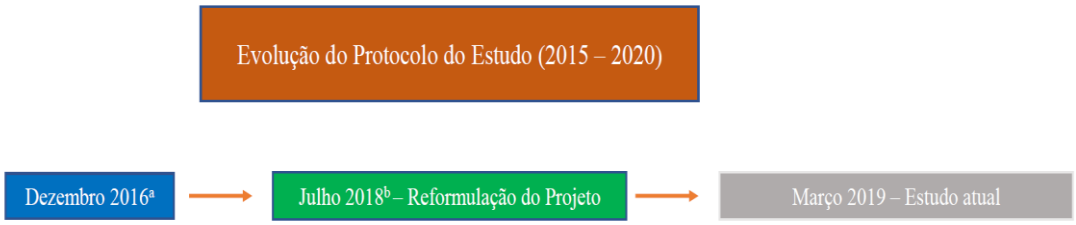
- A PGCS melhora a sintomatologia depressiva e ansiosa e o *distress* nos doentes com cancro;
- Os processos terapêuticos de mudança da PGCS têm como um dos mecanismos específicos as "Fontes Históricas do Significado", e dependem da "dose" de tratamento aplicada.

1.2.Metodologia geral

1.2.1. Desenho geral do estudo

Esta investigação iniciou-se em dezembro de 2015 e foi levado a cabo pela investigadora principal. O protocolo inicial (anexo 5.2. – Protocolos do estudo – Figura B) necessitou de alguns ajustes até ao momento atual, sendo estas reformulações representadas cronograma da Figura 4.

Figura 4 – Evolução do protocolo do estudo desde o seu início (dezembro de 2015) ([a]apresentação do Relatório de Atividades do 1º ano; [b]apresentação do Relatório de Atividades do 3º ano).

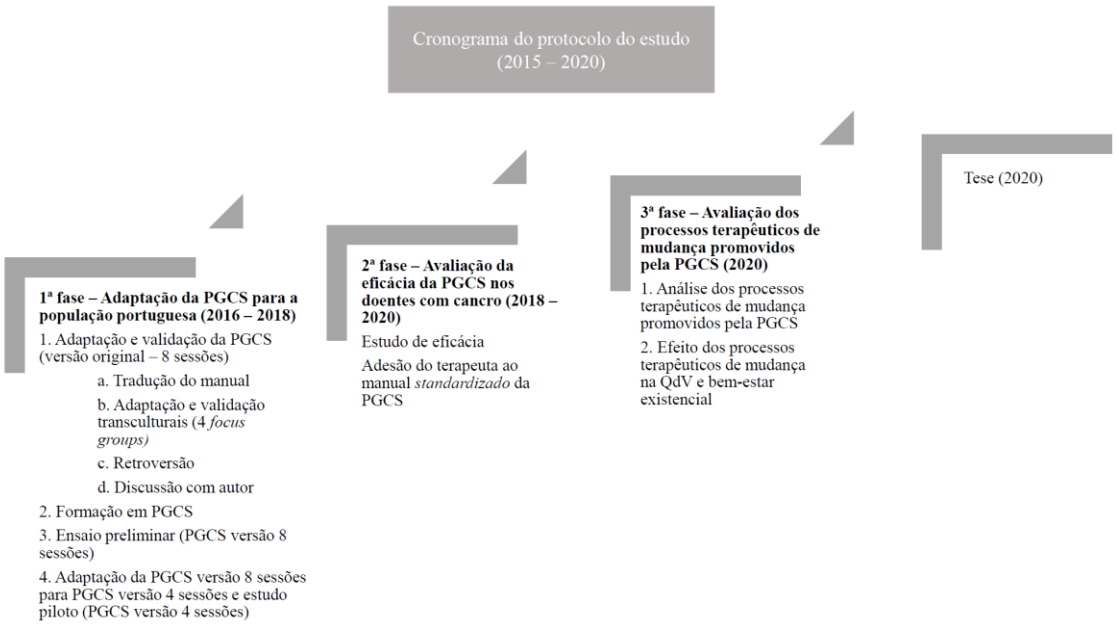


As principais reformulações foram levadas a cabo em dezembro de 2016 e junho de 2018, na sequência das apresentações dos relatórios de atividades do 1º e 3º ano, respetivamente (anexo 5.2. – Protocolos do estudo – Figuras C e D).

A presente investigação respeitou o protocolo estabelecido em março de 2019 (Figura 5), e consistiu em três fases:

- 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa:
    1. Adaptação e validação da PGCS – subdividida em quatro etapas:
        a) Tradução do manual;
        b) Adaptação e validação transculturais (*Focus groups)*;
        c) Retroversão;
        d) Discussão com o autor;
    2. Formação em PGCS;
    3. Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões);
    4. Adaptação da PGCS – versão 8 sessões para PGCS – versão 4 sessões e estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões);
- 2ª fase – Avaliação da eficácia da PCSG nos doentes com cancro:
    1. Estudo de eficácia (grupo de intervenção *vs.* grupo controlo);
    2. Adesão do terapeuta ao manual *standardizado* da PGCS;
- 3ª fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS:
    1. Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS;
    2. Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial.

Figura 5 – Cronograma do protocolo do estudo



1.2.1.1.Participantes e locais de investigação

Dadas as características do estudo e as dificuldades conhecidas na recolha da amostra, optou-se por amostra de conveniência, não aleatorizada, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

O recrutamento da amostra iniciou-se no ano de 2016, na Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. Foram promovidos vários métodos de sensibilização dirigidos aos profissionais de saúde, através de ações formativas, e aos doentes, através da distribuição de folhetos (anexo 5.3. – Folhetos informativos).

Os doentes recrutados no espaço de dois anos foram manifestamente insuficientes, o que obrigou a procurar parcerias com associações de doentes com cancro (anexo 5.2. – Protocolos do estudo – Figura D). Após várias reuniões com diferentes associações, que consistiram na apresentação do estudo, foi possível terminar a recolha da amostra no ano de 2019, graças à colaboração da Associação Oncológica do Algarve e da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Seção Regional Sul – Lisboa.

Assim, os locais de investigação onde o estudo decorreu, foram:

- Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;
- Associação Oncológica do Algarve, Faro;
- Unidade de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Seção Regional Sul – Lisboa.

Os doentes foram recrutados pelos médicos oncologistas da Unidade Funcional de Oncologia e pelas psicólogas, com experiência na área da Psico-Oncologia, da Associação Oncológica do Algarve e da Unidade de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro, Seção Regional Sul, Lisboa, após a devida formação sobre os conceitos básicos da PCS.

Para a Associação Oncológica do Algarve mencionam-se as áreas de colaboração (e manifesta-se publicamente o agradecimento):

- Recrutamento dos participantes para o estudo (grupo de intervenção e grupo de controlo);

- Administração de questionários ao grupo de intervenção e de controlo;
- Apoio logístico e humano para a realização do estudo.

Para a Liga Portuguesa Contra o Cancro, Seção Regional Sul, Lisboa, nomeadamente à Unidade de Psico-Oncologia, mencionam-se as três grandes áreas de colaboração (e manifesta-se publicamente o agradecimento):

- Recrutamento dos participantes para o estudo (grupo de intervenção e grupo de controlo);
- Administração de questionários ao grupo de controlo;
- Apoio logístico para a realização do estudo.

Aos participantes desta investigação, foi feito o consentimento informado verbal acerca do protocolo do estudo, ou seja, adesão ao grupo de intervenção (PGCS) *vs.* grupo controlo. Caso o participante pertencesse ao grupo controlo assinava o consentimento informado (anexos 5.4. – Consentimento informado) e preenchia os questionários (anexos 5.4. – Instrumentos). Se o participante aceitasse participar no grupo de intervenção, era informado que seria contactado (via telefónica) pela investigadora principal, que apresentaria a PGCS com mais detalhe, e que iniciaria a intervenção dentro de cerca de um mês (Breitbart et al., 2010). Os participantes, no primeiro dia da psicoterapia, mediante manifestação da sua compreensibilidade e aceitação em participar no estudo assinavam o consentimento informado (anexos 5.4. – Consentimento informado) e preenchiam os instrumentos, enquanto a investigadora principal preenchia o questionário clínico (anexo 5.5. – Instrumentos).

A **apresentação formal da PGCS aos participantes**, por parte da investigadora principal, implicou a escolha acertada das palavras de acordo com a individualidade de cada um, bem como do *insight* que este tinha para a sua doença física, *distress* e manifestação da vontade em participar na intervenção psicossocial. No decurso do recrutamento, a metodologia de apresentação da PGCS foi sendo reformulada, bem como os folhetos de apresentação (anexo 5.3. – Folhetos informativos), de forma a melhorar a compreensibilidade da sua apresentação. Os folhetos representam a metodologia adotada para a apresentação da PGCS, que consistiu na explicação:

- Em que consiste a PCGS;
- Quais os objetivos;
- Introdução do conceito do "significado da vida" e temas abordados;
- Modo de funcionamento da PGCS – duração, periodicidade, metodologia.

1.2.1.2.Aprovação pelas comissões de ética

A presente investigação foi levada a cabo de acordo com a Declaração de Helsínquia e foi aprovado pelas Comissões de Ética das seguintes entidades (Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro): Comissão Nacional de Proteção de dados, Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Associação Oncológica do Algarve, Liga Portuguesa Contra o Cancro – Seção Regional Sul – Lisboa (anexo 5.6. – Aprovação pelas comissões de ética).

1.2.1.3.Critérios de inclusão e exclusão

Os **critérios de inclusão** usados para o estudo foram: indivíduos com cancro, com idade superior a 18 anos, que apresentassem *distress*, nomeadamente sintomas depressivos, ansiedade, dificuldades de adaptação à doença, questões existenciais, relacionadas com o significado da vida, ou relacionais. Para a definição dos critérios de inclusão, foram tidos em conta os seguintes pressupostos: seguir metodologias de estudos anteriores, como garantia da fiabilidade da presente investigação, e constituir indicação formal para a psicoterapia existencial (Breitbart & Alici, 2014; Julião, 2014; Teixeira, 2006; Van der Spek et al., 2014; Van Lankveld et al., 2018), bem como consistir em psicopatologia que obedecesse a uma classificação dimensional, de forma a ser reconhecida por profissionais de saúde não médicos psiquiatras (isto é, médicos oncologistas e psicólogos) (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017). Para que este último critério fosse cumprido (existência de sintomas depressivos, especificamente humor deprimido, e de ansiedade) foi adotado o modelo hierárquico dimensional da "Taxonomia Hierárquica da Psicopatologia" (*Hierarquical Taxonomy of Psychopathology* [HiTOP]), que usa o termo "síndroma" para nomear os sintomas supre-mencionados, e que se organiza hierarquicamente nos subfactores "medo", que inclui síndromas de fobia, agorafobia e perturbação de pânico, e

"*distress*", que inclui o continuum desde a perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente, perturbação de ansiedade generalizada até à perturbação de stress pós-traumático, do espectro da internalização (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017).

Os participantes foram distribuídos pelos grupos de intervenção e controlo (*Care As Usual* [CAU]), de acordo com a sua motivação e aceitação em participar na psicoterapia (Breitbart & Alici, 2014; Julião, 2014; Van der Spek et al., 2014). Para efeitos de definição, CAU consistiu na manutenção do acompanhamento habitual do participante para as suas patologias, seja a nível físico como mental. Para o caso dos participantes que já tinham acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico durante o momento do estudo, os respetivos terapeutas foram informados.

Foi considerada motivação para participar na PGCS quando, após apresentação da intervenção, o participante mostrou ressonâncias afetiva e cognitiva mediante a possibilidade de participação.

Constituíram critérios de elegibilidade: cumprimento dos critérios de inclusão e a aceitação em participar no estudo.

Os **critérios de exclusão** consistiram em indivíduos que manifestassem a sua indisponibilidade em participar no estudo ou que padecessem de grave *deficit* cognitivo que interferisse na capacidade para dar consentimento informado ou completar as escalas de autoavaliação de forma fidedigna. As patologias psiquiátricas só constituíram critérios de exclusão se acarretassem *deficits* cognitivos importantes, ou constituíssem perturbações psicóticas ou relacionadas com o uso de substâncias (Julião, 2014).

Foram oferecidos cuidados psiquiátricos aos participantes do estudo, ou seja, avaliação psiquiátrica, psicoeducação, suporte e medicação, caso necessário, aplicados sempre pelo mesmo psiquiatra, neste caso a investigadora principal. Apesar da PGCS não ter riscos conhecidos, o manual *standardizado* da intervenção, no início e fim das sessões, inclui um espaço (denominado de "*feedback* pessoal") onde os participantes expressam livremente os seus pensamentos e sentimentos, que são abordados caso se justifique (Breitbart & Poppito, 2014); por outro lado, o próprio autor da psicoterapia é da opinião de que a sessão seja suspensa caso surja algum tema que gere mal-estar subjetivo em qualquer participante, passando o terapeuta a dedicar-se a este tema.

1.2.1.4. Instrumentos usados

Após seleção dos participantes de acordo com os critérios de elegibilidade, foram usados os seguintes instrumentos, tanto para o grupo de intervenção (PGCS) como para o grupo controlo (CAU) (anexo 5.5. – Instrumentos):

Questionários sociodemográficos e clínicos:

O **questionário sociodemográfico** é de autopreenchimento e inclui questões sobre: área de residência, idade, género, estado civil, grau de escolaridade, estado profissional, data do diagnóstico oncológico, local e estadio, tratamentos realizados, se (o participante) está sob tratamento com QT no momento atual (da realização do estudo), comorbidades associadas, antecedentes psiquiátricos, seguimento psiquiátrico (ou por psicologia) atual (à data do estudo) e motivo (na perspetiva do participante) e, caso o participante não estivesse a ser acompanhado, se considerava ser benéfico o seguimento por psiquiatria/psicologia.

O **questionário clínico** é aplicado pelo médico/terapeuta apenas ao grupo de intervenção, e inclui o índice de Karnofsky, data e motivo do *drop-out* (se for o caso), sessões em que o participante faltou (se for o caso) e o motivo.

O **índice de Karnofsky** é uma escala aplicada pelo clínico, simples e rápida, de avaliação do *status* funcional do doente e da QdV (Péus et al., 2013; Silveira et al., 2009). É composta por onze itens que classificam o doente em diferentes níveis de *performance* (Péus et al., 2013; Silveira et al., 2009). No entanto trata-se de uma medida subjetiva e insuficiente relativamente à QdV, pois avalia apenas a sua dimensão física (Péus et al., 2013; Silveira et al., 2009).

Termómetro do *Distress*:

O termómetro do *distress*, originalmente desenvolvido por Roth e colaboradores (1998), é o *screening* de autoavaliação mais rápido e usado para avaliar o *distress* psicológico, desenvolvido para doentes com cancro (Donovan, Grassi, et al., 2019). O *distress* tem sido definido como um estado de natureza psicológica (cognitivo, comportamental e emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir com a capacidade de lidar

eficazmente com o cancro, com os seus sintomas físicos e com os seus tratamentos (Roth et al., 1998).

Trata-se de uma escala analógica breve, de 0 a 10, apresentada em formato gráfico – é pedido aos pacientes que, através de uma escala visual analógica de onze pontos (varia entre 0 [ausência de *distress*] e 10 [*distress* máximo]) avaliem o grau de desconforto sentido na última semana (Donovan, Grassi, et al., 2019; Eusébio, 2013; Ouakinin et al., 2015). Foi também incluída uma lista de problemas possíveis em vários domínios (físico, emocional, espiritual, familiar e prático) (Donovan, Grassi, et al., 2019; Snowden et al., 2011).

O termómetro do *distress* tornou-se rapidamente um dos instrumentos mais usados e validados em oncologia (Donovan, Grassi, et al., 2019). Revisões da literatura acerca das revisões sistemáticas da tradução, validação e características do item único do termómetro do *distress* (Roth et al., 1998), numa escala mundial, encontraram 21 versões não inglesas do termómetro do *distress*, o seu uso em 32 países que não os Estados Unidos, e 18 estudos de validação das versões não inglesas. Os instrumentos para validação mais comumente usados foram a HADS e o *Brief Symptom Inventory* (BSI)-18, tendo sido identificados valores de sensibilidade de 0.50 a 1.00 (média de 0.83), especificidade de 0.36 a 0.98 (média de 0.68), e uma acurácia discriminatória que variou entre 0.47 a 0.90 (média de 0.79). Concluem que o termómetro do *distress* mantém boas propriedades psicométricas dentro dos diferentes países e culturas e que, de forma consistente com os resultados do estudo de validação original, apresentam um *cut-off* de 4, indicativo de *distress* clinicamente significativo (Donovan et al., 2014; Ownby, 2019). Em análises comparativas com a HADS, o termómetro do *distress* mostrou uma sensibilidade de 79% e uma especificidade de 81%, embora num estudo posterior a sensibilidade e especificidade tenham baixado para 77,1% e 66,1%, respetivamente, mostrando que a propensão para detetar falsos negativos continua uma das suas limitações (Eusébio, 2013; Snowden et al., 2011; Vordermaier et al., 2009). Por outro lado, Decat et al. (2009) demonstrou que a correlação com a HADS foi de 0.97 ($p<0.01$), e o valor da estimativa precisa no termómetro do *distress* relativa ao valor de coorte estabelecido na HADS para o *score* 4 foi de 0.82, com uma sensibilidade de 82% e especificidade de 98% (Decat, 2009).

O termómetro do *distress* foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Ouakinin e Eusébio, após autorização da NCCN (Eusébio, 2013). Resultados publicados por Ouakinin et al. (2018), no seu trabalho "*Distress Screening in an Integrated Cancer Treatment Approach*", com uma amostra de 207 doentes oncológicos, demonstrou a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre o termómetro do *distress* e o BSI, nos domínios somatização (r=.263; p=.000), depressão (r=.380; p=.000) e ansiedade (r=.362; p=.000) (Ouakinin et al., 2018).

No caso do presente estudo, a análise teste-reteste do termómetro do distress no grupo controlo apresenta um resultado de .54 (p<.001), e as análises de correlação, no primeiro momento de avaliação, entre o termómetro do distress e a HADS-D e HADS-A mostrou resultados de .59 (p<.001) e .072 (p<.001) para o grupo de intervenção e .52 (p<.01) e .33 (p<.05) para o grupo controlo, o que demonstra a consistência interna e a fiabilidade desta escala nesta amostra em particular.

***Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS):**

É um instrumento de autoaplicação, utilizado para avaliar os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física no pós-alta; tem como benefício excluir a referência a sintomas físicos (Djukanovic et al., 2017; Pais-Ribeiro et al., 2007). O estudo da ansiedade e da depressão em doentes com cancro requer o desenvolvimento de instrumentos específicos para a esta população, dado que a depressão e a ansiedade apresentam sintomas com difícil diagnóstico diferencial daqueles típicos do cancro (pe: perda de apetite, fadiga, cansaço e insónia), e a HADS foi criada com este objetivo, ou seja, avaliar o estado emocional, cognitivo e comportamental em doentes, sem diagnóstico psiquiátrico e com doença física, internados em serviços médico-cirúrgicos (Villoria & Lara, 2018). Trata-se de uma ferramenta de *screening* eficaz, fiável, aceitável, fácil de aplicar e de completar, o que a torna útil nos *settings* de doença física, bem como para avaliar o impacto psicológico durante o processo da doença e do tratamento, e os resultados após intervenções psicológicas (Villoria & Lara, 2018). Especificamente para os doentes com cancro, mostra boas características psicométricas e é preconizado o seu uso como um instrumento para medir a dimensão psicológica da QdV, dada a sua associação ao *status* funcional (Villoria & Lara, 2018).

Compreende catorze itens, que constituem duas subescalas (cada uma com sete itens): uma relativa ao estado de depressão (HADS-D), que se foca na anedonia, o sintoma major da depressão, e outra relativa ao estado de ansiedade (HADS-A), focada mais nos sintomas da ansiedade generalizada; cada item é composto por quatro categorias de resposta (Carneiro, 2005; Djukanovic et al., 2017; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Cada item tem um *score*, de acordo com uma resposta, que tem uma escala com quatro alternativas, que variam de 0 a 3; depois de ajustado para seis itens que têm um *score* reverso, todas as respostas são somadas para obter as duas subescalas (Djukanovic et al., 2017). Pontuações > 8 indicam níveis de depressão ou ansiedade moderadas, e pontuações > 11 indicam níveis de depressão ou ansiedade marcadas (Carneiro, 2005; Djukanovic et al., 2017; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Zigmond, 1983). Está validada na população portuguesa por Pais Ribeiro (2007) (Pais-Ribeiro et al., 2007). A validação por Pais-Ribeiro et al. (2007) mostrou que a HADS possui propriedades métricas similares aquelas da generalidade dos estudos em outras línguas. A consistência interna foi calculada usando o α Cronbach – para ansiedade: 0.76 (intervalo: 0.50 – 0.59), excetuando para o item 11 (0.24) à similaridade de outros estudos; para depressão: 0.81 (intervalo: 0.60 – 0.69), exceto para o item 8 (0.37) tal como em outros estudos. Na generalidade, os valores do α de Cronbach foram similares aqueles descritos numa revisão de estudos feita por Bjelland et al. (2002), ou seja, de 0.76 a 0.93 para a ansiedade e 0.67 a 0.90 para a depressão, garantindo que a HADS constitui um instrumento fiável e válido para o *screening* da ansiedade e da depressão no *setting* médico.

***McGill Quality of Life Questionnaire* (MQOL):**

É um instrumento de autoavaliação, fiável e válido, relevante para todas as fases da trajetória de uma doença ameaçadora à vida (Duarte et al., 2010; Ferreira & Pinto, 2008; Querido & Dixe, 2010). O MQOL, primeiro publicado em 1996, foi desenvolvido para medir a QdV (bem-estar subjetivo) de doentes com uma doença ameaçadora à vida, através da trajetória da doença (Robin Cohen et al., 2019; Rybarski et al., 2018). A seleção inicial do conteúdo do MQOL foi baseada na revisão de instrumentos pré-existentes para doentes com cancro, na literatura da altura sobre a QdV, *expertise* clínica, e através da realização de *focus groups* com doentes (Robin Cohen et al., 2019). É uma escala numérica, que se refere aos dois dias anteriores da sua aplicação (porque

a QdV pode mudar rapidamente em pessoas com doenças ameaçadoras à vida), com um *score* numérico de 0 a 10, constituída por dezasseis afirmações que avaliam quatro domínios essenciais nesta população: físico (quatro afirmações), psicossocial/psicológico (quatro afirmações), existencial/espiritual (seis afirmações) e suporte (duas afirmações); apresenta um item adicional, que mede a QdV no geral, e uma resposta verbal/escrita no fim, que pede para o indivíduo avaliar a sua QdV considerando os todos os fatores de influência – esta questão é chamada de *Single Item Score* (SIS) (Cohen et al., 2019). Os itens acerca dos sintomas físicos não incluem a sua intensidade, mas sim no seu impacto na QdV (Cohen et al., 2019). Quanto mais elevada a pontuação, maior a QdV (Cohen et al., 2017; Duarte et al., 2010; Ferreira & Pinto, 2008; Querido & Dixe, 2010; Rybarski et al., 2018; Shahidi, Khodabakhshi, Gohari, Yahyazadeh, & Shahidi, 2008) A média dos *scores* de cada afirmação em cada submedida vai fazer o *score* de cada domínio, e o *score* total da MQOL é a média das cinco submedidas (Shahidi et al., 2008). Está validada na população portuguesa por Duarte, Querido e Dixe (2010) (Duarte et al., 2010) e o seu uso no presente estudo foi autorizado pelos autores. Segundo Duarte et al. (2010), que validou a MQOL numa população com cancro em cuidados paliativos, a escala apresentou boas propriedades psicométricas (α de Cronbach: 0.896), o que indica uma boa consistência interna. Os valores do α de Cronbach consistiram entre 0.762 e 0,841 (domínio físico: 0.762, domínio psicossocial: 0.833, domínio existencial 0.838 e domínio suporte: 0.841), que são valores ligeiramente superiores aqueles do autor original (domínio físico: 0,62, domínio psicossocial: 0,81, domínio existencial: 0,79, domínio suporte: 0,74).

Os estudos acerca da MQOL mostraram que, enquanto os aspetos físicos da QdV são piores naqueles indivíduos com doença mais avançada, outros aspetos, como o suporte e o bem-estar existencial, permanecem como contribuintes positivos para a QdV (Rybarski et al., 2018). O MQOL é usado de forma generalizada, em parte pela sua elevada validade e aceitação em doentes em fim de vida (Cohen et al., 2019).

O MQOL é um bom instrumento quando a QdV é o *outcome* primário ou quando é viável ter participantes que consigam completar um questionário mais longo, ainda que se mantenha breve, junto com a colheita de outros dados necessários (Cohen et al., 2019). Domínios consensualmente aceites como essenciais para medir a QdV de indivíduos com patologias físicas são os domínios físico, psicológico e social, de acordo

com a definição de saúde da OMS (Cohen et al., 2019). A QdV é definida como a *"perceção individual do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos seus sistemas de valores, vivendo em relação com os seus objetivos, expectativas, standards e preocupações"* (WHO, 1995), e a sua avaliação é primordial nos indivíduos com doenças ameaçadoras à vida, incluindo o cancro (Cohen et al., 2017; Rybarski et al., 2018). Os métodos de estudo da QdV têm de minimizar as limitações relacionadas com a participação na pesquisa – muitos dos instrumentos desenvolvidos para a população em geral ou para indivíduos com doenças específicas são muito longos, contêm itens que não são relevantes ou, até inapropriados, e não incluem o domínio existencial ou espiritual que, cada vez mais, é considerado essencial (Cohen et al., 2019; Rybarski et al., 2018; Shahidi et al., 2008) – apesar disto, estes instrumentos continuam a ser usados em doentes com doenças ameaçadores à vida (pe: *European Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaires* [EORTC-QLQ-C30], *Quality of Life* [QL]-Index, *Edmonton Symptom Assessment Scale* [ESAS] e *Short-Form Health Survey* [SF]-36 (Cohen et al., 2017; Rybarski et al., 2018).

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12):

Trata-se de um instrumento de autoavaliação, cujo preenchimento demora aproximadamente cinco minutos, com boa aceitabilidade, fiável, válido e sensível, para o estudo do bem-estar espiritual em doentes com cancro ou outra doença crónica em fase final de vida (Bredle, Salsman, Debb, Arnold, & Cella, 2011; Pereira & Santos, 2011; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002). Foi desenvolvida por Peterman e colaboradores (2002) para responder à necessidade de uma medida de bem-estar espiritual que fosse breve e que não contivesse nenhuma menção a uma conotação religiosa/tradição espiritual (Bredle et al., 2011; Pereira & Santos, 2011; Peterman et al., 2002). A forma como são colocadas as questões não pressupõe crença em deus, não limitando a possibilidade de resposta aos agnósticos e ateus (Pereira & Santos, 2011).
É composta por doze itens agrupados em duas dimensões/subescalas: Significado/Paz (itens 1 – 8) e Fé (itens 9 – 12) (Bredle et al., 2011; Pereira & Santos, 2011). As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de Likert de cinco pontos (0=nem um pouco, até 4=muitíssimo), sendo que valores mais elevados traduzem melhor QdV/melhor bem-estar espiritual (Pereira & Santos, 2011).

Está validada na população portuguesa por Pereira e Santos (2011) e é uma medida psicometricamente sólida, válida e fiável, com boa consistência interna global (α de Cronbach: 0,92) e no que diz respeito às suas dimensões significado/paz (0.89) e fé (0.92), para medir o bem-estar espiritual dos doentes com cancro ou outra doença crónica (Pereira & Santos, 2011). Os resultados da validade e fidelidade encontrados são globalmente superiores aos valores apresentados no estudo original de validação da FACIT-Sp-12 de Peterman e colaboradores (Pereira & Santos, 2011). A escala mostrou-se também sensível para a idade e para a religião, verificando-se que, quanto maior a idade dos participantes melhor era percecionado o bem-estar espiritual na dimensão Fé, e que os indivíduos com religião católica apresentavam melhor bem-estar espiritual em geral (Pereira & Santos, 2011). A escala e o respetivo *score* foram cedidos à investigadora principal a 10 de novembro de 2014 (©David Cella, Ph.D.) bem como o *score* (https://www.facit.org/, 2011).

No que diz respeito aos instrumentos usados, especificamente o termómetro do *distress*, MQOL, FACIT-Sp-12 e HADS, é necessário especificar que a sua escolha respeitou o pressuposto inicial dos critérios psicológicos de inclusão ("queixas do foro psicológico, nomeadamente humor deprimido, ansiedade, dificuldades de adaptação à doença, questões existenciais ou relacionais"), numa perspetiva dimensional da psicopatologia (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017). Ou seja, e especificamente no que diz respeito ao termómetro do *distress*, MQOL e FACIT-Sp-12, estes instrumentos avaliam o *distress* emocional ou psicológico, num continuum "*desde sentimentos comuns de vulnerabilidade, tristeza e medo, a problemas que se podem tornar incapacitantes como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e uma crise existencial e existencial*" (Donovan, Grassi et al, 2019). No que diz respeito à HADS, se considerarmos que esta avalia sintomas, estes nada mais são do que uma síndroma que representam a comorbilidade entre depressão e ansiedade em detrimento do diagnóstico categorial (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017). Em termos explicativos, é importante clarificar que neste contexto são usados os conceitos da *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP), que define os seguintes termos: dimensões (*continuum* psicopatológico que oscila de intensidade e que reflete diferenças individuais numa característica mal-adaptativa transversal a uma população, sendo exemplo a ansiedade social, que varia entre interações sociais confortáveis até *distress* em quase todas as

situações sociais; podem ser organizadas hierarquicamente), componentes homogéneos (constelações de manifestações sintomáticas, como é o exemplo do *cluster* da ansiedade composto por medo de trabalhar, de ler, de comer, ou beber em frente dos outros), traços mal-adaptativos (características da personalidade patológicas, como traços dependentes), síndromas (conjuntos heterogéneos de componentes/traços, sendo exemplo a síndroma da ansiedade social que inclui tanto a ansiedade de performance como a ansiedade de interação, e que é usada nesta classificação para indicar uma dimensão), subfactores (grupos, relacionados com as síndromas, como é exemplo o subfactor medo formado por uma relação intensa entre ansiedade social, agorafobia, e fobia específica), espectro (constelação de síndromas, como é o caso do internalizador, composto por síndromas de medo, *distress*, perturbação do comportamento alimentar e queixas de disfunção sexual) e subespectro (dimensões extremamente alargadas que compreendem múltiplos espectros, como um fator geral de psicopatologia que representa a responsabilidade partilhada por todas as perturbações mentais) (Kotov et al., 2017).

Checklist da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo:

Para o grupo de intervenção (PGCS) foi ainda usada uma "*checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo" que, de acordo com o manual *standardizado* da PGCS, é de autopreenchimento pelo terapeuta e tem como finalidade verificar se este aderiu ao protocolo de cada sessão (Breitbart & Poppito, 2014). A *checklist* é composta pelos objetivos a cumprir em cada sessão, ou seja, introdução teórica de cada tema, realização dos exercícios e adesão dos participantes aos exercícios. O terapeuta deve ainda escrever quais foram os temas relevantes para cada participante do grupo. A *checklist* termina com uma "autoavaliação da adesão do terapeuta à intervenção", que é uma escala de Likert de 0 ("não aderente") a 10 ("extremamente aderente") (anexo 5.7. – Versão portuguesa do manual original da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado).

1.2.1.5.Cálculo da Amostra

O cálculo da amostra teve como base dois softwares. O primeiro foi efetuado com recurso ao software G*Power (Faul, Albrechts, Erdfelder, & Buchner, 2015), através do qual foi

realizada uma análise de poder a priori para uma análise de covariância (ANCOVA), com sete covariáveis. Tendo por base os valores recomendados para ensaios clínicos (Gupta et al., 2016; Sakpal, 2010), bem como estudos prévios que aplicaram a PGCS a doentes com cancro (Breitbart et al., 2015, 2018; Spek et al., 2017), que indicaram um poder de .80 e uma dimensão do efeito pequeno a elevada (d = .20 a 0.80), foi calculado o tamanho da amostra, assumindo um poder de 0.80 e um alfa de 0.05, para detetar uma dimensão do efeito elevada (d = 0.70; f = 0.35). A análise indicou um tamanho total da amostra de 67 participantes, ou seja, 34 participantes em cada grupo. Foi antecipada uma taxa de *dropout* de 25%, tendo em conta os dados do estudo de Breitbart et al (2015) e de Applebaum et al. (2012), que referiram uma taxa de dropout no pós-tratamento de 25.8% e de entre 18% a 66%, respetivamente. Desta forma, é necessário 90 participantes, 45 em cada grupo. O segundo software teve em conta a ocorrência, em Portugal no ano de 2015, de um número absoluto de diagnósticos de cancro de cerca de 50 000 (Miranda & Portugal, 2014). Assim, foi calculado o tamanho da amostra, que se deseja homogénea e tendo em conta um nível de confiança de 90% e um erro amostral entre 5 e 10%, no intervalo entre 173 e 44, respetivamente (SurveyMonkey, 1999).

1.3. Descrição do estudo

1.3.1. 1ª Fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa

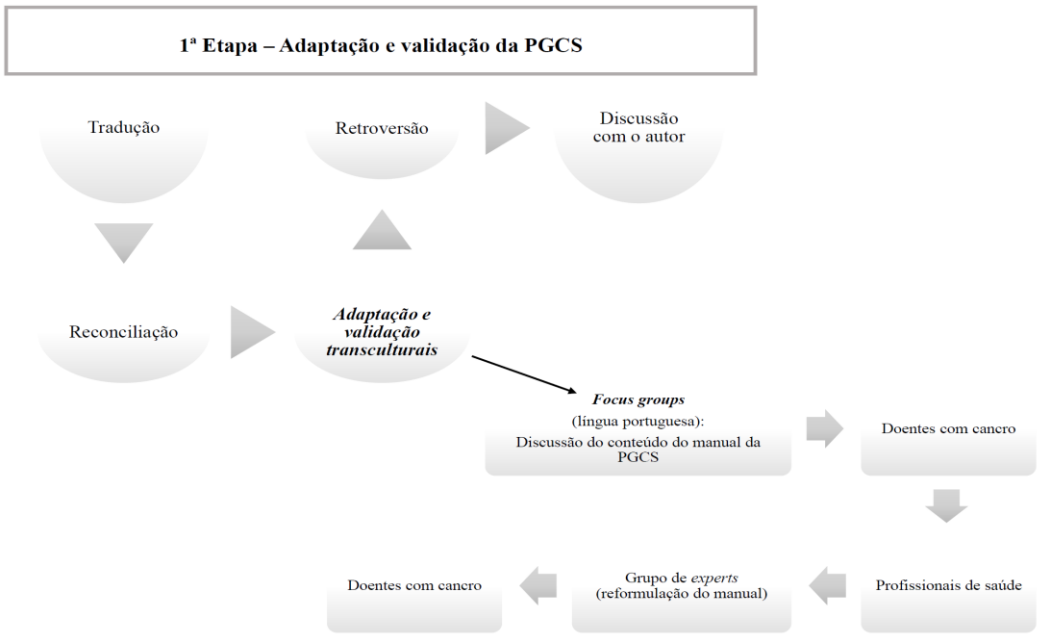
A 1ª fase do estudo (adaptação da PGCS para a população portuguesa) ocorreu entre 2016 e 2018, e consistiu em quatro etapas:

1. Adaptação e validação da PGCS (versão original – 8 sessões) – dividida em quatro momentos:
    a. Tradução do manual;
    b. Adaptação e validação transculturais (*Focus groups*);
    c. Retroversão;
    d. Discussão com o autor;
2. Formação em PGCS;
3. Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões);

4. Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões).

A **1ª etapa – adaptação e validação da PGCS (versão original – 8 sessões) –** da 1ª fase – adaptação da PGCS para a população portuguesa – está representada na Figura 6.

Figura 6 – 1ª Etapa – Adaptação e Validação da PGCS (versão original – 8 sessões) – da 1ª fase do estudo – Adaptação da PGCS para a população portuguesa



A **tradução do manual** *standardizado* da PGCS foi feita da língua inglesa para a portuguesa (Breitbart & Poppito, 2014). Para isto, foram escolhidos profissionais de saúde, fluentes na língua original e língua alvo (bilingues), familiares no contexto da PCS/abordagem existencialista (Epstein et al., 2015). Assim, e sendo desejável envolver mais do que um tradutor para obter várias perspetivas, foram escolhidos dois médicos psiquiatras com conhecimento na área do existencialismo/psicoterapia, um deles a investigadora principal (Epstein et al., 2015).

A reconciliação é o processo pelo qual as duas ou mais traduções independentes são consensualizadas numa única tradução e foi realizada por uma outra médica, também ela familiar na área da PGS/abordagem existencialista (Ashing et al., 2014; Epstein et al., 2015; Leng et al., 2018a).

A **adaptação transcultural** refere-se ao processo de considerar diferenças entre a língua/cultura original e a língua/cultura alvo, de forma a manter equivalência no significado (Epstein et al., 2015). Já a **validação transcultural** é um processo diferente, que visa assegurar que as funções do documento inicial tenham as mesmas propriedades e funções do documento adaptado (Epstein et al., 2015). Apesar da adaptação e da validação transculturais serem passos diferentes, fazem parte de um processo interativo, dado que: se um documento não é válido então a adaptação tem de ser alterada (Epstein et al., 2015). Apesar de não haver métodos *gold-standard* para levar a cabo uma adaptação transcultural, a maioria dos artigos e *guidelines* seguem uma equivalência com uma abordagem universalista (Epstein et al., 2015). Esta preconiza que a cultura do indivíduo pode afetar a forma como ele responde a certas questões, dependendo do conceito explorado (Epstein et al., 2015). De acordo com a abordagem universalista, a equivalência pode ser dividida em cinco categorias: 1. Equivalência conceptual: os domínios têm a mesma relevância, significado e importância, de acordo com o conceito explorado em ambas as culturas; 2. Equivalência de itens: os itens são igualmente relevantes e aceitáveis em ambas as culturas; 3. Equivalência semântica: o significado dos itens é o mesmo em ambas as culturas; 4. Equivalência operacional: o documento pode ser usado por ambas as populações de ambas as culturas; e 5. Equivalência de medida: não existe diferença nas propriedades psicométricas de ambas as versões (Epstein et al., 2015). Ao sumário das cinco equivalências anteriores chama-se "equivalência funcional", ou seja, ambas as versões do instrumento "fazem o que devem fazer, de forma equitativa" (Epstein et al., 2015).

A adaptação transcultural requer um investigador fluente na língua alvo para testar o documento nas diferentes culturas (Epstein et al., 2015). A técnica mais eficaz para garantir uma adaptação (note-se que o mesmo aplica-se à tradução) apropriada é usar um grupo de indivíduos fluentes em ambas as linguagens (original e alvo), familiarizados com ambas as culturas e sejam *experts* no conteúdo medido, para rever cuidadosamente a qualidade da adaptação (e tradução) (Epstein et al., 2015). Para isto, devem ser usados *focus groups*, com um (ou mais) facilitadores e vários participantes (6 a 10), que dão um *input* gramatical e relativamente ao conteúdo (Epstein et al., 2015). A maioria das *guidelines* relativas à adaptação cultural incluem métodos para verificar a validade do conteúdo, ao mesmo tempo que a validação é feita através do uso de *focus groups* e/ou

grupos de *experts* (Epstein et al., 2015; Goes, 2007; Medeiros et al., 2015; Pasquali, 2009). A validação terá de garantir os princípios da reprodutibilidade, representatividade, aceitabilidade, (Goes, 2007).

A adaptação e validação transculturais foram levadas a cabo pela realização de *focus groups*, realizados sucessivamente para avaliar a compreensibilidade dos termos originais. Os *focus groups* tiveram como facilitadora a investigadora principal e seguiram a seguinte metodologia (Figura 6): dois *focus groups* iniciais que serviram para discutir o conteúdo do manual (o primeiro realizado com dois doentes com cancros da mama e gástrico; o segundo grupo com três profissionais de saúde mental sem experiência em PCS/abordagem existencialista), seguidos pela discussão do resultado dos *focus groups* e a reformulação do manual da PGCS por grupo de *experts* (constituído pela investigadora principal e respetiva orientadora); esta reformulação foi testada num outro *focus group*, constituído por três doentes com cancros da mama e da cabeça e pescoço. Para garantir a homogeneidade, todos os participantes tinham cancros em remissão total, uma idade média de 50 anos, uma vida profissional ativa e um nível de escolaridade médio.

A **retroversão**, que tenciona verificar os erros da tradução e que é essencial na investigação transcultural, dado que permite garantir a qualidade da tradução, foi realizada, sobre o conteúdo do manual reformulado, por um tradutor profissional, e depois revista por uma licenciada em História bilingue e por uma psicóloga com conhecimento em PCS/abordagem existencialista, para garantir a correspondência dos termos (Ashing et al., 2014; Epstein et al., 2015)

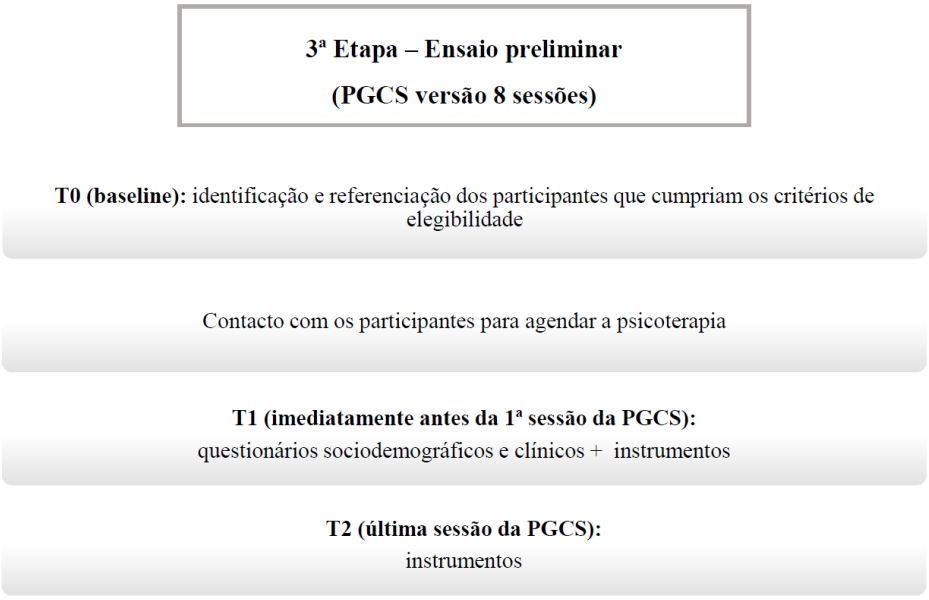
Em seguida, **a retroversão foi discutida com o autor**, de forma a verificar e a garantir que mantinha o cerne do conteúdo (anexo 5.7. – Versão portuguesa do manual original da PGCS).

A **2ª etapa – Formação em PGCS** – da 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa – foi iniciada pela investigadora principal em janeiro de 2013, com um *clinical placement* com o autor da psicoterapia (William Breitbart), no Memorial Sloan Kettering Cancer Center – *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*, em Nova Iorque. A formação continuou ao longo dos anos, nomeadamente: 2014 – *workshop* com a duração de quatro horas realizado com o autor, no contexto da *16th Conference of International Psycho-Oncology Society* (IPOS), em Lisboa; 2016 – frequência no programa de

formação intensivo em PCS (*Meaning Centered Psychotherapy Training Program no Memorial Sloan Kettering Cancer Center – Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*, Nova Iorque), dias 15 e 16 de Setembro (anexo 5.8. – Certificado do programa de formação intensivo – *Meaning Centered Psychotherapy Training Program no Memorial Sloan Kettering Cancer Center – Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*); e 2016 – frequência num *workshop* com a duração de quatro horas realizado com o autor no contexto do *I Congresso Internacional de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro*, em Lisboa, dias 21 e 22 de Setembro. No contexto da formação presencial nos Estados Unidos, a investigadora principal manteve, até aos dias de hoje, supervisão telefónica, de periodicidade mensal, e colabora com o autor na recolha de dados para estudos relativos à PCS.

A **3º etapa – Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões)** – 1ª fase do estudo – Adaptação da PGCS para a população portuguesa – teve como objetivo avaliar a viabilidade do protocolo (Smith et al., 2015) e decorreu de acordo com a metodologia representada na Figura 7.

Figura 7 – Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões) (instrumentos aplicados: termómetro do distress, MQOL, FACIT-Sp-12, HADS).



Após a **identificação e referenciação dos participantes que cumpriam os critérios de elegibilidade para participar no grupo de intervenção**, por parte do colaborador da

investigação **(T0)**, a investigadora principal fazia o contacto telefónico para apresentar a PGCS e agendar o início desta dentro do espaço de um mês.

Antes de ser iniciada a primeira sessão da PGCS (T1), e ao ser constatada a capacidade de decisão por parte do participante, era assinado o consentimento informado e preenchidos os questionários e os instrumentos (termómetro do *distress*, MQOL, FACIT-Sp-12 e HADS); de notar que a recusa em preencher os questionários e inquéritos não foi fator de exclusão da psicoterapia. A investigadora, por sua vez, preenchia o questionário clínico (em T1 e T2) que, além do índice de Karnofsky, continha informações relativamente às faltas (às sessões) e *drop-outs* e respetivos motivos.

Era condição que o grupo tivesse, no mínimo, cinco participantes; os grupos foram levados a cabo pela investigadora principal e por um coterapeuta, cujo objetivo era a sua formação em PGCS, que tinha de ser médico e/ou profissional em saúde mental, e após consentimento dos participantes.

Antes do início da primeira sessão da PGCS foi explicado aos participantes que a intervenção não visava abordar temas íntimos e que seriam advertidos se tal acontecesse, para que decidissem em consciência pela partilha, e foi reforçada a necessidade da garantia da confidencialidade. Foi solicitada a permissão para que as sessões fossem gravadas, mas, apesar de nunca ter sido recusada, a investigadora principal optou por fazer a transcrição, juntamente com o coterapeuta, por considerar que a gravação punha em causa o relacionamento participante-terapeuta. Foi pedido que os participantes informassem acerca do impedimento para frequentar alguma sessão. Os participantes poderiam frequentar as sessões que desejassem, independentemente do número de faltas. Foi considerado *drop-out* o não cumprimento do critério de presença em ≥ 3 sessões, critério este usado em estudos anteriores pelo autor (Breitbart et al., 2015b).

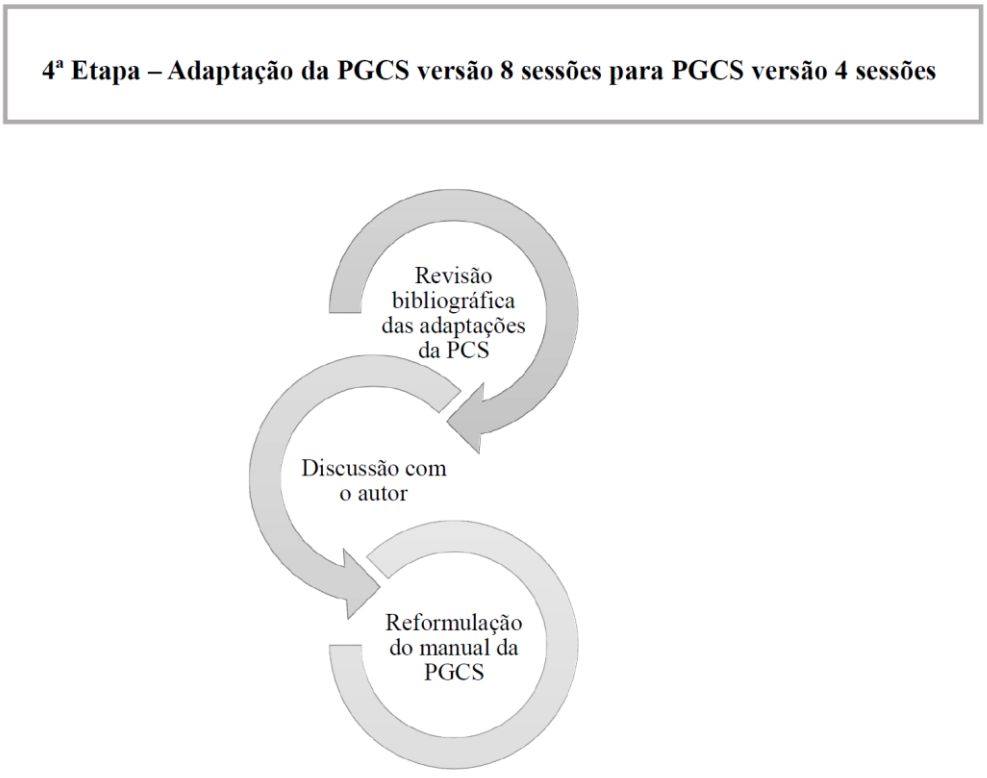
Após cada sessão era agendada a sessão seguinte e a investigadora principal preenchia o questionário "*Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo".

Na última sessão da PGCS (T2), os participantes repetiam o preenchimento dos instrumentos.

A **análise estatística do ensaio preliminar** consistiria na análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos participantes e dos instrumentos.

A **4ª etapa – Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões) –** da 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa – surgiu com a reformulação do protocolo do estudo em julho de 2018 (anexo 5.2. – Protocolos do estudo – Figura D), e a sua metodologia está representada na Figura 8. A 4ª etapa surgiu na sequência do ensaio preliminar, perante a verificação da necessidade de adaptação da PGCS original (8 sessões) para uma versão que evitasse *drop-outs*. Consideraram os investigadores, tendo em conta a adaptação da PGCS da versão original para a versão de 4 sessões, que seria razoável assumir como critério de *drop-out* o não cumprimento da presença em ≥ 3 sessões (Breitbart et al., 2015b). O estudo piloto levado a cabo foi do tipo interno que, apesar das desvantagens conhecidas como a impossibilidade do recálculo da amostra ou da redefinição da metodologia, foi considerado suficiente para testar a viabilidade do estudo, tendo em conta os resultados do ensaio preliminar e a vasta literatura existente sobre diferentes metodologias de análise da eficácia da PCS (Arnold et al., 2009).

Figura 8 – **4ª etapa – Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (versão 4 sessões) –** da 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa.



A adaptação da PGCS iniciou-se com uma extensa pesquisa bibliográfica sobre as adaptações que a PCS tem sofrido, seja em termos de modalidades (individual e de grupo), seja em termos de população-alvo (doentes em cuidados paliativos, sobreviventes de cancro, cuidadores de doentes com cancro e pais em luto de crianças falecidas por cancro) (Breitbart et al., 2018, 2012, 2010, 2015a, 2015b; Lichtenthal et al., 2015; Rosenfeld et al., 2017; Van der Spek et al., 2016, 2014). Além disto, foi consultado o site do *Meaning Centered Psychotherapy Training Program* do *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* que contém material psicoeducativo, incluindo resumos do manual *standardizado* original da PGCS. Com o intuito de diminuir o número de sessões, a reestruturação da PGCS foi discutida com o autor, e o manual foi reformulado.

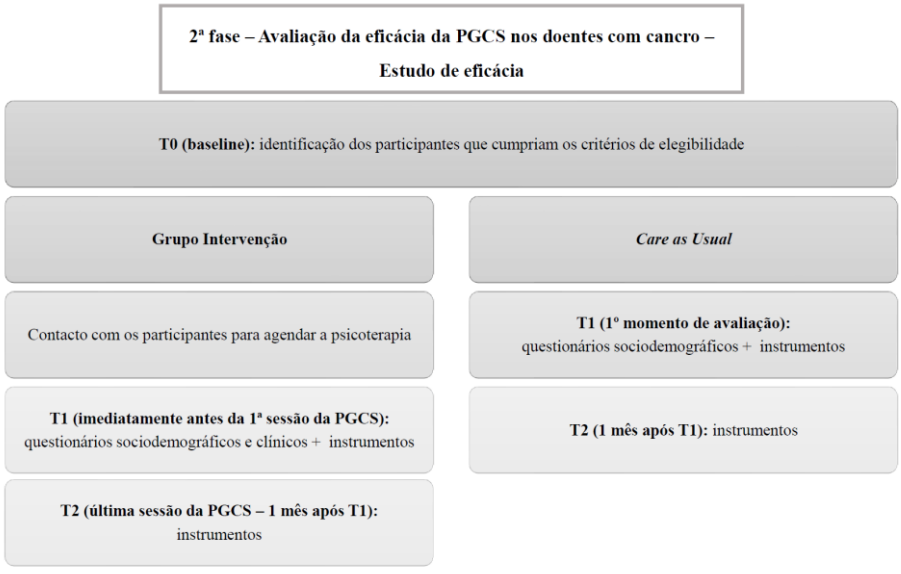
A metodologia levada a cabo no **estudo piloto que usou a PGCS – versão 4 sessões**, foi idêntica aquela levada a cabo no ensaio preliminar, que usou a versão original da PGCS (8 sessões), excetuando claro, o *timing* do T2 (última sessão da PGCS), que ocorreu 1 mês depois do início da psicoterapia.

Os participantes que frequentaram menos de 3 sessões foram contactados para preencherem os instrumentos cerca de 1 mês após a data do início da psicoterapia.

1.3.2. 2ª Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro

A avaliação da eficácia da PGCS, neste caso da PGCS – versão 4 sessões, nos doentes com cancro foi feita mediante um estudo de eficácia (Figura 9), levado a cabo pela investigadora principal.

Figura 9 – 2º Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro – Estudo de eficácia (Instrumentos: termómetro do distress, MGQOL, FACIT-Sp-12, HADS)



A **metodologia levada a cabo no grupo de intervenção do estudo de eficácia** é similar aquela usada no ensaio preliminar (3ª etapa da 1ª fase do estudo – Adaptação e validação da PGCS para a população portuguesa), ou seja:

- Após a **identificação e referenciação dos participantes que cumpriam os critérios de elegibilidade** para participar no grupo de intervenção, por parte do colaborador da investigação **(T0)**, a investigadora principal fazia o contacto telefónico para apresentar a PGCS e agendar o início desta dentro do espaço de um mês;
- **Antes de ser iniciada a primeira sessão da PGCS (T1)**, se a investigadora verificasse capacidade de decisão por parte do participante este assinava o consentimento informado e preenchia os questionários sociodemográficos e os instrumentos (termómetro do *distress*, MQOL, FACIT-Sp-12 e HADS); de notar que a recusa em preencher os questionários e inquéritos não foi fator de exclusão da psicoterapia. A investigadora principal, por sua vez, preenchia o questionário clínico (em T1 e T2) que, além do índice de Karnofsky, continha informações a serem preenchidas relativamente às faltas (às sessões) e *drop-outs* e respetivos motivos.
- Era condição que o grupo tivesse, no mínimo, cinco participantes. Os grupos foram levados a cabo pela investigadora principal e por um coterapeuta, cujo objetivo era a sua formação em PGCS, que tinha de ser médico e/ou profissional em saúde mental, após consentimento dos participantes.
- Antes do início da primeira sessão da PGCS foi explicado que esta não visava abordar temas íntimos e que seriam advertidos caso assim acontecesse, para que decidissem em consciência pela partilha, e foi reforçada a necessidade da garantia da confidencialidade junto dos participantes. Foi solicitada a permissão para gravar as sessões, mas, apesar de nunca ter sido recusada, nunca foi posta em prática por a investigadora principal considerar que punha em causa o relacionamento participante-terapeuta.
- Foi pedido aos participantes que informassem acerca da sua eventual indisponibilidade para frequentar alguma sessão;

- Após cada sessão era agendada a sessão seguinte e a investigadora principal preenchia o questionário "*Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo".
- **Na última sessão da PGCS (T2)**, um mês após o início da psicoterapia (e porque a PGCS versão 4 sessões tem uma periodicidade semanal), os participantes preenchiam os instrumentos.
- Os participantes que frequentaram menos de 3 sessões foram contactados para preencherem os instrumentos cerca de 1 mês após a data do início da psicoterapia.

Foi considerado *drop-out* o não cumprimento da presença em ≥ 3 sessões (Breitbart et al., 2015b).

Para o caso dos participantes do grupo controlo (CAU), após consentimento informado verbal, foi solicitado que assinassem o consentimento escrito. Para este grupo, foi adotada a seguinte metodologia:

- **1º momento de avaliação (T1) –** por norma, no momento da abordagem para a participação no estudo – os participantes preenchiam o questionário sociodemográfico e os instrumentos;
- **2º momento de avaliação (1 mês após o momento da 1ª avaliação/T2)** – os participantes preenchiam os instrumentos, na sequência de contacto prévio e deslocação à instituição de saúde.

Em qualquer dos grupos, de intervenção ou de controlo, e caso os participantes necessitassem, seriam prestados Cuidados Psiquiátricos *Standardizados*, ou seja, avaliação psiquiátrica, psicoeducação, suporte e medicação, caso necessário, aplicados sempre pelo mesmo psiquiatra, neste caso a investigadora principal.

A **análise estatística relativa ao estudo de eficácia** será descrita abaixo.

Para analisar as características sociodemográficas e clínicas dos participantes foram calculadas médias, medianas e desvios-padrão para variáveis contínuas e frequências e percentagens para as variáveis categóricas.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar diferenças em variáveis categóricas entre grupos.

A distribuição normal das variáveis em estudo foi verificada aplicando os testes Kolmogorov-Smirnov (indicado para amostras com dimensão de ≥ 50 indivíduos) e Shapiro-Wilk (indicado para amostras com dimensão < 50 indivíduos). Quando as variáveis apresentaram distribuição normal, utilizaram-se testes paramétricos (teste *t* de Student). Quando as variáveis não foram normais, utilizaram-se testes não paramétricos (Teste Mann-Whitney ou Wilcoxon).

O teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas foi utilizado para comparar as pontuações médias dos instrumentos no pré-teste (T1) e pós-teste (T2) em cada grupo. O teste de Mann-Whitney e o teste *t* de Student para amostras independentes foram utilizados para comparar as mudanças nas pontuações médias dos instrumentos entre cada grupo.

A força e a direção da associação entre as variáveis em estudo foram estudadas através do coeficiente não paramétrico de correlação de *Spearman*. Correlação com valor até .29 é considerada fraca, de .30 a .49 é considerada moderada e, com valor ≥ .50 é considerada forte (Cohen, 1988).

A análise do efeito da intervenção sobre os *outcomes* primários e secundários e da evolução destes nos dois momentos de avaliação (T1 e T2) foi realizada através de modelos de análise de covariância (ANCOVA). O grupo de tratamento (PGCS e CAU) foi inserido como variável independente, a pontuação do pós-teste (T2) de cada instrumento como variável dependente e a pontuação do pré-teste (T1) como covariável. Para além desta covariável, foram identificadas mais seis covariáveis para controlar possíveis influências confundentes: idade, género, estadio do cancro, tratamento de QT no momento atual *("No momento está a realizar QT?"*), antecedentes psiquiátricos ("*Já foi alguma vez ao psiquiatra?*"), seguimento atual em psiquiatria/psicologia ("*Está neste momento a ser acompanhado/a por um psiquiatra ou psicólogo?*").

Os *outcomes* primários foram a QdV (a pontuação total e todas as subescalas do MQOL) e o bem-estar espiritual (a pontuação total e todas as subescalas da FACIT). Os *outcomes* secundários foram a depressão (HADS-D), ansiedade (HADS-A) e o termómetro do *distress*.

Foram testados os pressupostos para a ANCOVA. O pressuposto da distribuição normal de cada variável dependente foi testado através do teste Kolmogorov-mirnov/Shapiro-

Wilk. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi testado através do teste de Levene. As variâncias revelaram-se homogéneas para todas as variáveis. O pressuposto da homogeneidade dos declives foi testado através do cálculo do termo da interação entre a variável independente e a covariável. Não existiu interação significativa entre cada variável dependente e a covariável, exceto para o domínios suporte (p=.022) da QdV. Contudo, os grupos apresentam dimensão semelhante, pelo que a ANCOVA foi robusta à violação destes pressupostos (Hamilton, 1977; Olejnik & Algina, 1985; Sullivan & D'Agostino, 1996). A dimensão do efeito foi calculada usando o eta^2 parcial (η^2_p). A dimensão do efeito é pequena quando η^2_p = .01, é média quando η^2_p = .06, e elevada quando η^2_p = .14 (Cohen, 1988).

A regressão linear múltipla com método *enter*, para cada grupo (PGCS e CAU), foi utilizada para compreender se determinadas variáveis independentes conseguem predizer uma variável dependente. Como variáveis dependentes utilizaram-se as seguintes variáveis no T2: QdV – domínio geral, QdV – domínio físico, QdV – domínio psicossocial, QdV – domínio existencial, QdV – domínio suporte, FACIT – dimensão significado/paz. Como variáveis independentes foram incluídas: idade, género, grau de escolaridade, estadio do cancro, localização do cancro, tratamento de QT no momento atual (do estudo), comorbilidades (existência de outras doenças), antecedentes psiquiátricos, seguimento atual (no momento do estudo) em psiquiatria/psicologia, ansiedade, depressão e *distress* no T1. Para as variáveis grau de escolaridade e localização do cancro serem incluídas no modelo de regressão linear múltipla como variáveis independentes, foi necessário transformá-las em variáveis *dummy*. Para a variável grau de escolaridade, a classe de referência foi o ensino secundário e para a variável localização do cancro, a classe de referência foi cancro na mama.

Analisaram-se os pressupostos da regressão linear. O pressuposto da homogeneidade dos resíduos foi verificado graficamente (eixo X: resíduos *standardizados*; eixo Y: valores estimados *standardizados*). Se os resíduos se distribuírem de forma mais ou menos aleatória em torno de zero, os resíduos são homogéneos. O pressuposto da distribuição normal dos erros foi também averiguado graficamente, através de um gráfico de probabilidade normal (eixo X: probabilidade observada acumulada dos erros; eixo Y: probabilidade acumulada que se observaria se os erros possuíssem distribuição normal). Se os erros possuírem distribuição normal, então os valores representados no gráfico devem distribuir-se mais ou menos na diagonal principal. Para testar o pressuposto da

independência dos resíduos, utilizou-se a estatística de Durbin-Watson (*d*) (varia de 0 a 4, e valores próximos de 2 indicam que os resíduos não estão correlacionados). A multicolinearidade das variáveis independentes foi diagnosticada através dos valores de VIF (*Variance Inflation Factor*) e de tolerância (valores de VIF<10 e valores de tolerância>0.10 indicam a não violação do pressuposto da multicolinearidade). Foi ainda utlizada outra análise da regressão linear múltipla com método *enter*, para cada grupo (PGCS e CAU), para compreender se determinadas variáveis independentes conseguem predizer uma variável dependente. Como variáveis dependentes utilizaram-se as seguintes variáveis no T2: QdV – domínio geral, QdV – domínio físico, QdV – domínio psicossocial, QdV – domínio existencial, QdV – domínio suporte, FACIT – dimensão significado/paz. Como variáveis independentes foi incluída menor número de variáveis: idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, ansiedade, depressão e *distress* no T1. Analisaram-se os pressupostos da regressão linear. O pressuposto da homogeneidade dos resíduos foi verificado graficamente (eixo X: resíduos estandardizados; eixo Y: valores estimados estandardizados). Se os resíduos se distribuírem de forma mais ou menos aleatória em torno de zero, os resíduos são homogéneos. O pressuposto da distribuição normal dos erros foi também averiguado graficamente, através de um gráfico de probabilidade normal (eixo X: probabilidade observada acumulada dos erros; eixo Y: probabilidade acumulada que se observaria se os erros possuíssem distribuição normal). Se os erros possuírem distribuição normal, então os valores representados no gráfico devem distribuir-se mais ou menos na diagonal principal. Para testar o pressuposto da independência dos resíduos, utilizou-se a estatística de Durbin-Watson (*d*) (varia de 0 a 4, e valores próximos de 2 indicam que os resíduos não estão correlacionados). A multicolinearidade das variáveis independentes foi diagnosticada através dos valores de VIF (Variance inflation factor) e de tolerância (valores de VIF < 10 e valores de tolerância > 0.10 indicam a não violação do pressuposto da multicolinearidade).

Todos os participantes foram incluídos nas análises, de acordo com a alocação em cada grupo, independente de quantas sessões completaram (*intent to treat analysis*). A análise *intention to treat* trata-se de um método para analisar os resultados em que todos os participantes distribuídos aleatoriamente são incluídos nas análises estatísticas e analisados de acordo com o grupo a que foram originalmente distribuídos, ignorando a não aderência aos procedimentos, os desvios ao protocolo, desistências e tudo o que possa acontecer após a aleatorização. Este método permite retirar conclusões mais fidedignas

em relação à eficácia da intervenção, pois preserva os benefícios da aleatorização, ou seja, evita uma estimativa enviesada da eficácia de uma intervenção que pode resultar com a remoção dos casos desistentes. Desta forma, esta análise preserva o tamanho da amostra (Wertz, 1995). Por outro lado, a análise *intent to treat* tende a subestimar um efeito e consiste na abordagem mais conservadora de um estudo que avalia a eficácia de um tratamento, em comparação com outro, consistindo no método de escolha para uma análise primária. Apesar da amostra deste estudo não ter sido aleatorizada, não foram violados os critérios de exclusão para a aplicação da análise *intent to treat*, ou seja, ausência de exposição ao tratamento e ausência de dados. Considerou-se que a análise alternativa, ou seja, *per protocol*, que visa avaliar o efeito de um tratamento realizado em condições ótimas, não era aplicável tendo em conta que não ocorreram fatores de exclusão (isto é, existência de variáveis que interfiram no *outcome* primário, indisponibilidade de dados e ausência de exposição ao tratamento) (Hippe et al., 2020).

Os valores omissos foram imputados utilizando o método *expectation-maximization*.

Todas as análises foram realizadas com o SPSS, versão 25, e valores $p < .05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

Não invalidando o supramencionado, e como fruto de considerações tecidas, acrescenta-se uma **análise estatística *per protocol***, cuja interpretação de resultados poderá constituir uma mais valia. A sua metodologia será exposta abaixo.

Para analisar as características sociodemográficas e clínicas dos participantes foram calculadas médias, medianas e desvios-padrão para variáveis contínuas e frequências e percentagens para as variáveis categóricas.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar diferenças em variáveis categóricas entre grupos.

A distribuição normal das variáveis em estudo foi verificada aplicando os testes Kolmogorov-Smirnov (indicado para amostras com dimensão de 50 ou mais indivíduos) e Shapiro-Wilk (indicado para amostras com dimensão inferior a 50 indivíduos). Quando as variáveis apresentam distribuição normal é recomendado utilizar testes paramétricos (teste *t* de Student), quando as variáveis não têm distribuição normal, recomenda-se o uso de testes não paramétricos (Teste Mann-Whitney ou Wilcoxon).

O teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas foi utilizado para comparar as pontuações médias dos questionários de autorresposta no pré-teste (T1) e pós-teste (T2)

em cada grupo. O teste de Mann-Whitney e o teste *t* de Student para amostras independentes foram utilizados para comparar as mudanças nas pontuações médias dos questionários de autorresposta entre cada grupo.

A força e a direção da associação entre as variáveis em estudo foi estudada através do coeficiente não paramétrico de correlação de *Spearman*. Correlação com valor até .29 é considerada fraca, de .30 a .49 é considerada moderada e, com valor igual ou superior a .50 é considerada forte (Cohen, 1988).

A análise do efeito da intervenção sobre os *outcomes* primários e secundários e da evolução destes nos dois momentos de avaliação (T1 e T2) foi realizada através de modelos de análise de covariância (ANCOVA). O grupo de tratamento (PGCS e CAU) foi inserido como variável independente, a pontuação do pós-teste (T2) de cada questionário de autorresposta como variável dependente e a pontuação do pré-teste (T1) como covariável. Para além desta covariável, foram identificadas mais 6 covariáveis para controlar possíveis influências confundentes: idade, género, estadio do cancro, tratamento de quimioterapia no momento atual ("*No momento está a realizar quimioterapia*?"), antecedentes psiquiátricos ("*Já foi alguma vez ao psiquiatra*?"), seguimento atual em psicologia/psiquiatria ("*Está neste momento a ser acompanhado/a por um psiquiatra ou psicólogo*?").

Os *outcomes* primários foram a QdV (a pontuação total e todas as subescalas do MQOL) e o bem-estar espiritual (a pontuação total e todas as subescalas da FACIT). Os *outcomes* secundários foram a depressão (HADS-D), ansiedade (HADS-A) e o termómetro do *distress*.

Foram testados os pressupostos para a ANCOVA. O pressuposto da distribuição normal de cada variável dependente foi testado através do teste Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi testado através do teste de Levene. As variâncias revelaram-se homogéneas para todas as variáveis, exceto para os domínios geral ($p = .006$) e existencial ($p < .001$) e o total ($p = .008$) da QdV, depressão ($p = .013$) e termómetro do *distress* ($p = .005$). O pressuposto da homogeneidade dos declives foi testado através do cálculo do termo da interação entre a variável independente e a covariável. Não existiu interação significativa entre cada variável independente e a covariável, exceto para a subescala de fé da FACIT ($p = .025$). No entanto, os grupos apresentam dimensão semelhante, pelo que a ANCOVA é robusta à violação destes pressupostos (Hamilton, 1977; Olejnik & Algina, 1985; Sullivan & D'Agostino, 1996).

A dimensão do efeito foi calculada usando o eta^2 parcial (η^2_p). A dimensão do efeito é pequena quando $\eta^2_p = .01$, é média quando $\eta^2_p = .06$, e elevada quando $\eta^2_p = .14$ (Cohen, 1988).

A regressão linear múltipla com método *enter*, para cada grupo (PGCS e CAU), foi utilizada para compreender se determinadas variáveis independentes conseguem predizer uma variável dependente. Como variáveis dependentes utilizaram-se as seguintes variáveis no T2: QdV – domínio geral, QdV – domínio físico, QdV – domínio psicossocial, QdV – domínio existencial, QdV – domínio suporte; FACIT – dimensão significado/paz. Como variáveis independentes foram incluídas: idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, ansiedade, depressão e *distress* no T1. Analisaram-se os pressupostos da regressão linear. O pressuposto da homogeneidade dos resíduos foi verificado graficamente (eixo X: resíduos estandardizados; eixo Y: valores estimados estandardizados). Se os resíduos se distribuírem de forma mais ou menos aleatória em torno de zero, os resíduos são homogéneos. O pressuposto da distribuição normal dos erros foi também averiguado graficamente, através de um gráfico de probabilidade normal (eixo X: probabilidade observada acumulada dos erros; eixo Y: probabilidade acumulada que se observaria se os erros possuíssem distribuição normal). Se os erros possuírem distribuição normal, então os valores representados no gráfico devem distribuir-se mais ou menos na diagonal principal. Para testar o pressuposto da independência dos resíduos, utilizou-se a estatística de Durbin-Watson (*d*) (varia de 0 a 4, e valores próximos de 2 indicam que os resíduos não estão correlacionados). A multicolinearidade das variáveis independentes foi diagnosticada através dos valores de VIF (Variance inflation factor) e de tolerância (valores de VIF < 10 e valores de tolerância > 0.10 indicam a não violação do pressuposto da multicolinearidade).

Todas as análises foram realizadas com o SPSS, versão 25, e valores $p < .05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

No caso específico do instrumento *"Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo", foi usada uma análise descritiva simples.

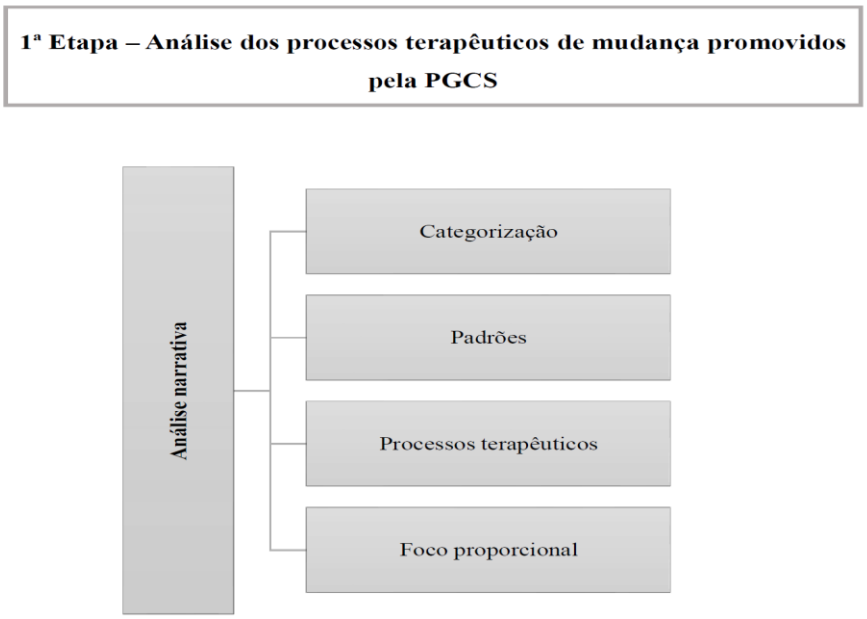
1.3.3. 3ª Fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS

A **3ª e última fase do estudo – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS** – consistiu em duas etapas:

1. Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS;
2. Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial.

A metodologia da **1ª etapa – Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS** – está representada na Figura 10 e foi precedida por uma análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Figura 10 – 1ª etapa – Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS – da 3ª fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS.



Esta etapa iniciou-se por uma análise narrativa, com a respetiva categorização e identificação de padrões estabelecidos entre as categorias, identificação dos processos terapêuticos mediadores da mudança e foco proporcional (ié, tempo despendido em cada tema e em cada processo terapêutico).

A análise qualitativa é alvo de preocupação por parte dos investigadores pelo risco de subjetividade, dado que não existem *gold-standards* (Alves & Silva, 1992; Edwards, 2016). No entanto, se se usar uma metodologia estruturada torna-se um procedimento sequenciado e sistematizado, um processo indutivo que tem como foco a análise fiel do universo da vida quotidiano dos indivíduos (Alves & Silva, 1992; Edwards, 2016). A experiência do investigador é condição *sine qua non* para levar a cabo um estudo fidedigno, tendo em conta que o investigador é, na realidade, o seu próprio instrumento de trabalho (Alves & Silva, 1992). A análise narrativa é definida como sendo uma forma de investigação qualitativa do significado dos dados qualitativos, na qual vão sendo gerados tópicos e temas a partir do exame dos dados e da sua contextualização no estudo; é condição que estes tópicos e temas sejam frequentemente observados, questionados e reformulados, na medida em que a análise é desenvolvida a partir dos princípios teóricos e dos pressupostos da investigação (Alves & Silva, 1992). É usado o método fenomenológico, definido como o conjunto de regras formais necessárias para o desenvolvimento de um quadro teórico, que compreenda aquilo que é mostrado e que é composto por três elementos-chave: 1. Necessidade de obter dados no contexto da abordagem conceptual do investigador; 2. Sistematização dos dados, de acordo com o conteúdo do verbalizado pelos indivíduos, e delimitada pela abordagem conceptual (teoria) do investigador; e 3. Redação dos resultados, ou seja, a concretização pela eleição de tópicos e temas na sequência de narrativa ancorada na revisão da literatura e nas verbalizações dos indivíduos (Alves & Silva, 1992).

A **análise narrativa usada neste estudo** teve como suporte a metodologia de Edwards (2016) baseada na Investigação da Análise Narrativa de Lieblich e Tuval-Mashiach (1998) (Edwards, 2016; Lieblich et al., 1998).

A Análise Narrativa de Lieblich e Tuval-Mashiach (1998) consiste numa abordagem holística de dois passos, ou seja, uma análise de conteúdo e uma análise da forma (Lieblich et al., 1998). De acordo com Edwards (2016), é útil dividir a análise narrativa em quatro etapas: 1. Os participantes adquirem papel de investigador – por norma, os estudos apenas contêm as perceções dos investigadores, o que pode levar a um *viés*. Para alguns autores, a análise narrativa apenas está completa se incluir as perceções subjetivas dos participantes, dado que a interação investigador-participante é a melhor forma para desenvolver um entendimento mais profundo das experiências das pessoas. Este tipo de

investigação é uma experiência mútua e é conduzida "com" os participantes, em vez de ser desenvolvida "nos" participantes; 2. Leitura das histórias e aprendizagens – ajuda a obter *insight* acerca das experiências e assim permitir a melhor definição das categorias; 3a. Análise holística do conteúdo – consiste em achar o significado nas histórias dos participantes e nas suas aprendizagens. É realizada através de uma análise de conteúdo holística, que identifica categorias e procura padrões recorrentes entre as categorias. Os participantes funcionam como um *focus group* que ajuda a elucidar uma multiplicidade de pontos de vista, ou processos emocionais, a partir de uma história. Depois de ser considerado o ponto de vista individual, quando os participantes repetem as expressões (das aprendizagens), estas são colocadas em categorias. Lieblich et al. (1998) salientaram a importância da categorização em subcategorias (ié, dimensões), que surgem em cada categoria. O objetivo de criar dimensões é apurar elementos adicionais de aprendizagem que não foram evidenciados no primeiro estudo da análise de conteúdo. Seguidamente, é realizada uma análise para identificar padrões nas conexões entre as categorias, mediante a leitura repetida das transcrições até surgirem padrões, que é analisada em conjunto com os participantes – a isto denomina-se "ligar vários acontecimentos e identificar o efeito que um evento tem no outro"; 3b. Análise holística da forma – trata-se de uma análise da dimensão subjetiva observada na natureza e no valor da história, e consiste em procurar diferenças na ordem dos eventos das histórias (a sua estrutura) e a forma como as conexões são feitas, para identificar o que pode ser considerado como características importantes da aprendizagem individual, aprendizagem ao longo do tempo e a forma como as histórias podem ser mapeadas. Trata-se de uma análise da história como um todo, em vez desta ser decomposta em categorias; por fim, 4. Organizar e apresentar os achados, que não é uma simples descrição dos resultados, mas sim uma nova análise (Edwards, 2016; Lieblich et al., 1998).

Na prática, a investigadora principal fez uma adaptação da metodologia de Edwards (2016), representada na Figura 11 (Edwards, 2016; Fraguell et al., 2017; Leng et al., 2018b; Lethborg et al., 2019; Lieblich et al., 1998).

Figura 11 – Metodologia usada na análise narrativa de acordo com Da Ponte et al., 2020.

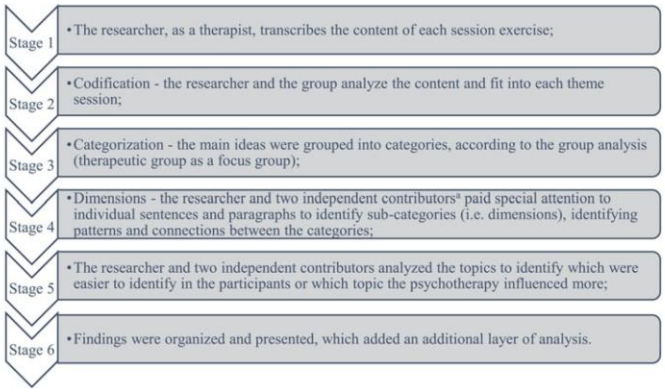


Fig. 1. Qualitative analysis framework of MCGP sessions ([a]psychiatrist and psychologist).

Especificamente, **a investigadora principal sistematizou a análise narrativa em seis passos**:

1. **Transcrição do conteúdo de cada sessão**, realizada pela investigadora principal, neste caso também terapeuta da PGCS, e coterapeuta;
2. **Codificação** – o grupo terapêutico funcionou como um *focus group*, que analisou o conteúdo de cada sessão de acordo com o seu tema (a PGCS é uma psicoterapia estruturada em temas concretos);
3. **Categorização –** após análise do conteúdo da sessão, os participantes, com a intervenção da investigadora principal, agruparam os assuntos de acordo com as categorias estabelecidas; concomitantemente foi levada a cabo uma análise da forma, que permitiu solidificar a análise de conteúdo;

Para efeitos de categorização, foram usadas como categorias os temas das sessões da PGCS (versão original). No decurso do estudo de eficácia, a investigadora principal verificou que, naturalmente e muito devido à própria estruturação da psicoterapia, os assuntos abordados pelos participantes consistiam, na sua essência, nos temas pré-definidos das sessões. Foi também tida em conta a revisão bibliográfica de outros estudos relativos à PCS que procuram "novas" categorias ou temas que emerjam no decurso da PCS, mas nenhum (que seja do conhecimento da investigadora principal), até hoje, dedicou-se a estudar os temas da psicoterapia em si.

Assim sendo, foram consideradas as seguintes categorias:

- Categoria 1. Momentos com significado;
- Categoria 2. Identidade antes e após o diagnóstico de cancro (ou Cancro e Identidade);
- Categoria 3. Fontes Histórias do Significado;
- Categoria 4. Fontes de Atitude do Significado;
- Categoria 5. Fontes Criativas do Significado;
- Categoria 6. Fontes Experienciais do Significado;
- Categoria 7. Transições;
- Categoria 6. *Feedback* pessoal.

A categoria "*Feedback* pessoal" não consiste num tema individualizado, mas faz parte do início e fim de cada sessão, e tem como objetivo permitir o seu *feedback*, por parte dos participantes, acerca das sessões em si ou algum tema em particular ou algum momento que tenha tido significado.

4. Após a categorização, a investigadora principal e dois investigadores independentes (um psiquiatra e um psicólogo com conhecimentos na PCS/abordagem existencialista), levaram a cabo uma análise adicional, seguida de discussão e consensualização, que permitiu realizar uma **subcategorização, ou seja, definir dimensões e identificar padrões entre as categorias**;
5. A investigadora principal e os dois investigadores independentes categorizaram as dimensões em tópicos, e analisaram a relevância de cada categoria sobre o grupo, de forma a **identificar a categoria mais facilmente reconhecida pelo grupo ou qual o tema (da psicoterapia) que mais influenciou o grupo**;
6. Por fim, a investigadora principal levou a cabo a **organização dos achados** que consistiu, na prática, em mais um nível de análise que verificou a frequência de cada categoria (dimensão e tópico) em cada tema (de cada sessão), sessão, e na globalidade da PGCS.

Os passos 4, 5 e 6 tiveram uma análise interligada, qualitativa e quantitativa, a última mediante uma análise descritiva.

As análises visaram identificar **padrões das conexões entre as categorias e processos terapêuticos.** Os processos foram considerados terapêuticos se ocorressem juntos de forma frequente ou se fossem considerados benéficos para os participantes (de acordo com a investigadora principal e investigadores independentes) (Lethborg et al., 2019). A identificação dos processos terapêuticos foi dependente da identificação de padrões (ié, identificação de relações entre as categorias que ocorriam durante a progressão da PGCS – pe: se o grupo se focasse em determinada categoria e isto fosse seguido por um diálogo sobre outra categoria, então esta esta relação foi considerada um padrão). Ou seja, foi considerado padrão a ocorrência de um *link* aparente entre o processo terapêutico e a mudança na narrativa dos participantes. Os padrões entre as categorias foram contabilizados de acordo com as suas frequências absolutas (Lethborg et al., 2019).

A **análise do foco proporcional** consistiu em duas análises:

- Análise do tempo despendido em cada sessão (através do somatório das frequências absolutas das diferentes categorias por sessão, seguida do cálculo em percentagem);
- Análise das categorias (e respetivo processo terapêutico) de acordo com o tempo gasto na globalidade da psicoterapia e em cada sessão individualmente (em termos de percentagem), de forma a identificar o foco principal da psicoterapia para os participantes e o terapeuta.

A **2ª etapa – Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial –** foi levada a cabo pela **análise estatística** descrita abaixo.

Para testar os efeitos de moderação, utilizou-se a macro PROCESS de Hayes (2018) (Hayes, 2018), modelo 1, para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Utilizou-se o *bootstrapping* com 5000 reamostragens, técnica que não se baseia no pressuposto da distribuição normal e que permite gerar intervalos de confiança a 95%. Foram realizados doze modelos, tendo como variável independente a ansiedade (HADS-A) em T1, a depressão (HADS-D) em T1 ou o termómetro do *distress* em T1, como variável dependente a QdV total em T2, ou o domínio existencial da QdV em T2 e como variável moderadora a presença em ≥ 3 sessões ou presença na sessão 2 (0=ausência; 1=presença) (Figura 12, Tabela 7). O critério de presença em ≥ 3 sessões foi considerado

de acordo com estudos anteriores – não serão expectáveis efeitos do tratamento naqueles participantes que não recebam "doses" adequadas de tratamento, ou seja, manter uma igualdade de oportunidade para surgirem diferenças relacionadas com o tratamento enquanto que se mantém uma abordagem conservadora na frequência do número de sessões (Breitbart et al., 2015). O critério de presença na sessão 2 teve a ver com a experiência do autor da psicoterapia bem como estudos de adaptação anteriores da PGCS, que aliás serviram de base para a restruturação da PGCS versão 8 sessões para versão 4 sessões, de que as "Fontes Históricas do Significado" constituem um dos processos mais impactantes na PCS (Breitbart et al., 2015a; Rosenfeld et al., 2017). Por outro lado, as "Fontes Históricas do Significado" constituem um dos passos fundamentais do projeto existencial, que é o "fio condutor" entre o passado, presente e futuro, ou seja, a continuidade compreensível das vivências, a coerência interna do mundo individual, que reflete a escolha originária que o indivíduo fez de si e que aparece em todas as suas realizações significativas, quer ao nível das emoções, quer ao nível das realizações pessoais e profissionais, permitindo a assunção de que a existência individual constitui uma totalidade, única (singular), e concreta (Teixeira, 2006). Esta sessão foi também a identificada (subjetivamente pela investigadora principal) como aquele com maior impacto ao nível emocional e de aprendizagem por parte dos participantes, ao logo dos vários estudos: ensaio preliminar da PGCS – versão 8 sessões, estudo piloto da PGCS – versão 4 sessões, estudo de eficácia (PGCS – versão 8 sessões) e análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS (estudo piloto e estudo definitivo da PGCS – versão 4 sessões)

Todos os participantes foram incluídos nas análises, de acordo com a alocação em cada grupo, independente de quantas sessões completaram (*intent to treat analysis*). Os valores omissos foram imputados utilizando o método *expectation-maximization*.

Todas as análises foram realizadas com o SPSS, versão 25, e valores $p<.05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

.

Figura 12 – Esquema das análises de moderação (QdV: Qualidade de Vida; análise *intent to treat*)

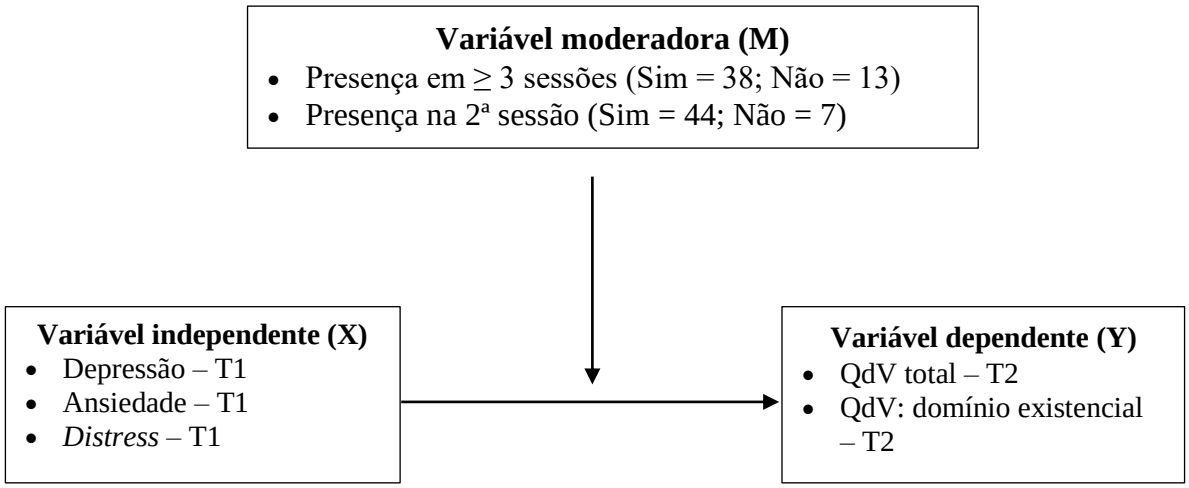


Tabela 7 – Esquema dos modelos de moderação (MQOL: McGill Quality of Life)

Modelo	Variável independente	Variável moderadora	Variável dependente
1	HADS-depressão T1	≥ 3 sessões	MQOL total T2
2	HADS-ansiedade T1	≥ 3 sessões	MQOL total T2
3	Termómetro *distress* T1	≥ 3 sessões	MQOL total T2
4	HADS-depressão T1	≥ 3 sessões	MQOL domínio existencial T2
5	HADS-ansiedade T1	≥ 3 sessões	MQOL domínio existencial T2
6	Termómetro *distress* T1	≥ 3 sessões	MQOL domínio existencial T2
7	HADS-depressão T1	2ª sessão	MQOL total T2
8	HADS-ansiedade T1	2ª sessão	MQOL total T2
9	Termómetro *distress* T1	2ª sessão	MQOL total T2
10	HADS-depressão T1	2ª sessão	MQOL domínio existencial T2
11	HADS-ansiedade T1	2ª sessão	MQOL domínio existencial T2
12	Termómetro *distress* T1	2ª sessão	MQOL domínio existencial T2

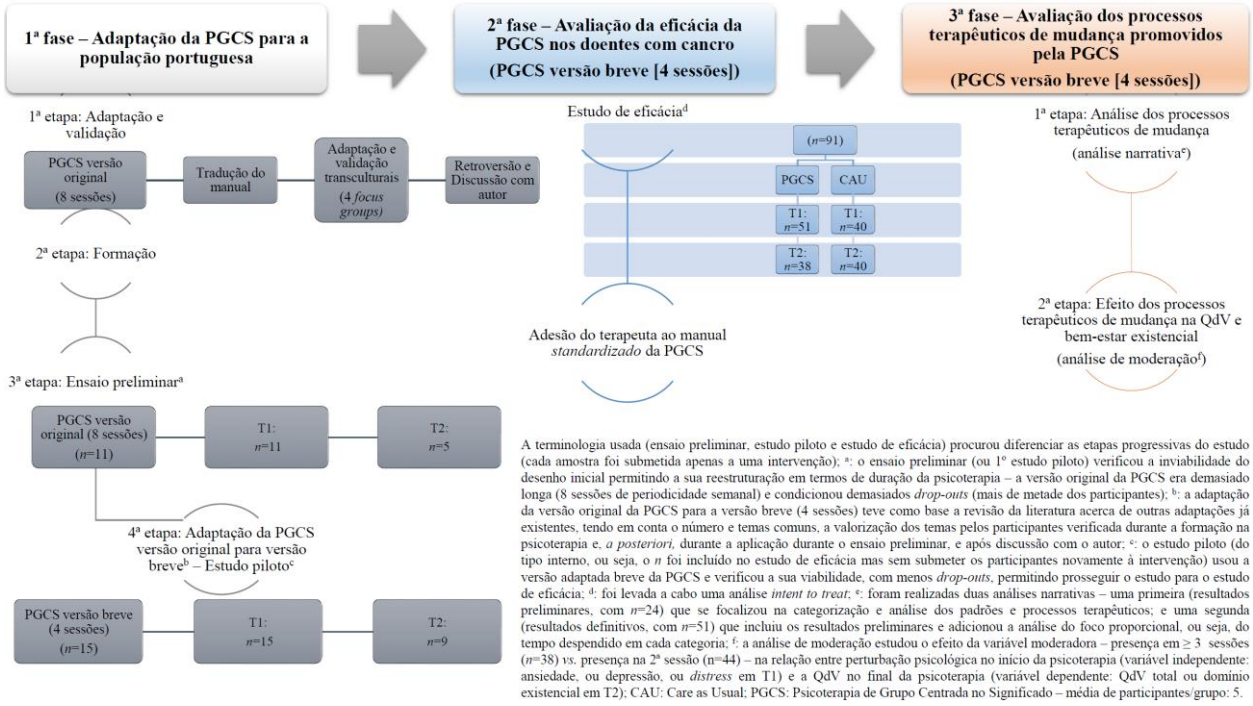
3. RESULTADOS

Os resultados serão expostos de acordo com as fases do estudo, ou seja:

- 1ª Fase – Adaptação e validação da PGCS para a população portuguesa;
- 2ª Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro;
- 3ª Fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS.

As fases do estudo e respetivas amostras estão resumidas na Figura 13.

Figura 13 – Fases do estudo com o resumo das análises efetuadas (e respetivo n).



A terminologia usada (ensaio preliminar, estudo piloto e estudo de eficácia) procurou diferenciar as etapas progressivas do estudo (cada amostra foi submetida apenas a uma intervenção); [a]: o ensaio preliminar (ou 1º estudo piloto) verificou a inviabilidade do desenho inicial permitindo a sua reestruturação em termos de duração da psicoterapia – a versão original da PGCS era demasiado longa (8 sessões de periodicidade semanal) e condicionou demasiados *drop-outs* (mais de metade dos participantes); [b]: a adaptação da versão original da PGCS para a versão breve (4 sessões) teve como base a revisão da literatura acerca de outras adaptações já existentes, tendo em conta o número e temas comuns, a valorização dos temas pelos participantes verificada durante a formação na psicoterapia e, *a posteriori*, durante a aplicação durante o ensaio preliminar, e após discussão com o autor; [c]: o estudo piloto (do tipo interno, ou seja, o *n* foi incluído no estudo de eficácia mas sem submeter os participantes novamente à intervenção) usou a versão adaptada breve da PGCS e verificou a sua viabilidade, com menos *drop-outs*, permitindo prosseguir o estudo para o estudo de eficácia; [d]: foi levada a cabo uma análise *intent to treat*; [e]: foram realizadas duas análises narrativas – uma primeira (resultados preliminares, com *n*=24) que se focalizou na categorização e análise dos padrões e processos terapêuticos; e uma segunda (resultados definitivos, com *n*=51) que incluiu os resultados preliminares e adicionou a análise do foco proporcional, ou seja, do tempo despendido em cada categoria; [f]: a análise de moderação estudou o efeito da variável moderadora – presença em ≥ 3 sessões (*n*=38) *vs.* presença na 2ª sessão (n=44) – na relação entre perturbação psicológica no início da psicoterapia (variável independente: ansiedade, ou depressão, ou *distress* em T1) e a QdV no final da psicoterapia (variável dependente: QdV total ou domínio existencial em T2); CAU: Care as Usual; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado – média de participantes/grupo: 5.

3.1. 1ª Fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa

Os resultados da 1ª fase do estudo serão apresentados de acordo com a ordem das suas quatro etapas constituintes:

- 1ª etapa – Adaptação e validação da PGCS (versão original – 8 sessões) – realizada em quatro momentos:
    - a) Tradução do manual;
    - b) Adaptação e validação transculturais (*Focus groups*);

    - c) Retroversão;
    - d) Discussão com o autor;
- 2ª etapa – Formação em PGCS;
- 3ª etapa – Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões);
- 4ª etapa – Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões).

No que diz respeito à **1ª etapa – adaptação e validação da PGCS –** a **tradução do manual** *standardizado* da PGCS foi feita da língua inglesa para a portuguesa, por dois médicos psiquiatras, fluentes em inglês, com conhecimento na área do existencialismo/psicoterapia, um deles a investigadora principal. O processo de reconciliação foi realizado por uma outra médica, também ela familiar na área da PGS/abordagem existencialista.

Os resultados da **adaptação e validação transculturais** estão representados na Figura 14 (e anexo 5.10. – Resultados – Figura E).

Figura 14 – Reformulação do conteúdo do manual da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado



Após a realização dos dois primeiros *focus groups*, o grupo de *experts* reuniu e clarificou os termos que geraram dificuldades de compreensibilidade, optando por manter o manual com os termos originais seguidos pela respetiva clarificação, de forma a não desvirtuar o manual original, e os resultados foram posteriormente testados num quarto *focus group*, constituído por participantes com cancro.

Na tabela 8 estão representados os conceitos que necessitaram de clarificação e aqueles que foram sujeitos a substituições de conceitos.

Tabela 8 – Resultados da Adaptação e Validação transculturais do manual da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado

Adaptação e validação transculturais da PGCS	
Conceito original	**Clarificação**
Fontes Históricas do Significado	Atingir o significado através da nossa história
Fontes de Atitude do Significado	Atingir o significado através da nossa atitude perante a vida
Fontes Criativas do Significado	Atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir
Fontes Experienciais do Significado	Atingir o significado através das nossas experiências de vida
A vontade do significado: a necessidade de encontrar significado na existência humana é uma força primária motivadora que modela o comportamento humano	…ou seja, a tarefa de encontrar o significado da vida é inerente a nós e à nossa vontade
Se sentimos que a vida não tem significado não é porque ele não exista, mas sim porque ficamos desconectados do seu significado	Desconectados *ou* desligados
A vida como um legado	A vida como algo que recebemos e transmitimos
Conectar com a vida	…ou seja, formas pelas quais estamos ligados à vida
Ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentimento de paz, contentamento, ou até de transcendência, através da conexão com algo que é maior do que nós	Ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentimento de paz, contentamento, ou até de transcendência, ou seja, de transpor certas barreiras tornando-nos superiores a certas circunstâncias…
Alcançar o significado refere-se aos momentos em que nos sentimos vivos, conectados com a existência	…conectados/em ligação com a existência…
Exercícios experienciais	Exercícios experienciais (práticos)
Legado passado	…ou seja, a vida como algo que nos foi transmitido, através do passado
Legados presente e futuro	…ou seja, a vida como algo que transmitimos (presente) e que transmitiremos (futuro)
A vida como um legado que você vive e que dará	…ou seja, a vida como algo que transmitimos e vivemos (presente) e que transmitiremos (futuro)

Partilhe o seu legado	…ou seja, partilhe a sua vida e os seus projetos
Alguns exemplos podem ser: criar um projeto de legado	criar um legado/projeto
Escreva três formas pelas quais você está "conectado com a vida" e sente-se mais vivo através de fontes experienciais de…	…ou seja, todos nós experienciamos a vida através dos nossos órgãos dos sentidos e através das nossas emoções e pensamentos, e ao fazermos isto, estamos conectados/ligados à vida. O amor, a beleza e o humor geram-nos lembranças, pensamentos, emoções…
	Substituições
morte boa ou com significado	morte tranquila
projeto de legado	projeto de vida

Os conceitos que geraram mais dificuldades de compreensibilidade foram: "fontes" (do significado), "legado" e "transcendência". Foram substituídos apenas dois termos: "morte boa ou com significado" e "projeto de legado". A necessidade da primeira substituição teve a ver com os termos "boa" e "com significado", de conotação positiva e paradoxalmente associado à morte (niilista) – a substituição para "morte tranquila" eliminou o problema, ao associar o termo "tranquila" a ausência de sofrimento. Já no caso do "projeto de legado", a dificuldade prendeu-se com a dificuldade em compreender o termo "legado", pelo que se optou por "projeto de vida".

A **retroversão** foi feita sobre o manual reformulado (anexo 5.7. – Versão portuguesa do manual original da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado) e **discutida com o autor da psicoterapia** (William Breitbart), que concordou com a reformulação.

No que diz respeito à **2ª etapa – Formação em PGCS –** a investigadora principal manteve, até aos dias de hoje, supervisão telefónica, de periodicidade mensal, e colabora com o autor na recolha de dados para estudos relativos à PCS, o que permite o seu desenvolvimento contínuo (anexo 5.8. – Certificado do programa de formação intensivo – *Meaning Centered Psychotherapy Training Program* no *Memorial Sloan Kettering Cancer Center – Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*).

A **3ª etapa – Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões) –** permitiu testar a viabilidade da PGCS, uma intervenção manualizada, estruturada, autolimitada, que compreende oito sessões (Tabela 9).

Tabela 9 – Estrutura da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (Breitbart & Poppito, 2014)

	Temas	Conteúdo e exercícios experienciais
Sessão 1	**Conceitos e fontes de significado**	Introdução; *Experiências ou momentos em que a vida tenha tido significado;*
Sessão 2	**Cancro e significado**	Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro: *Quem sou eu?; Como é que o cancro afetou as suas respostas?*
Sessões 3 e 4	**Fontes histórias de significado** (legados passado, presente e futuro)	A vida como um legado que foi dado (passado): *Quando olha para trás, quais são as memórias com mais significado, relações, tradições que tiveram maior impacto em quem você é hoje?* A vida como um legado que vivemos (presente) e que daremos (futuro): *Conforme reflete em quem é hoje, quais são as atividades com significado, papéis e objetivos dos mais tem mais orgulho?*
Sessão 5	**Fontes de atitude de significado:** Encontrar as limitações da vida	Confrontar as limitações impostas pelo cancro, prognóstico e morte; Introdução ao projeto de legado; *O que é que considera uma morte com significado?"*
Sessão 6	**Fontes criativas de significado: Viver vida no seu potencial**	Criatividade, coragem e responsabilidade: *Quais são as suas responsabilidades? É responsável por quê e por quem?*
Sessão 7	**Fontes experienciais de significado:** Conectando com a vida	Amor, natureza e humor: *Coisas com as quais se sente conectado com a vida e que o fazem sentir mais vivo nas fontes experienciais do amor, beleza e humor*
Sessão 8	**Transições:** reflexões e esperanças para o futuro	Revisão das fontes de significado e reflexão das lições aprendidas no grupo: *Entende melhor as fontes de significado da vida e é capaz de usá-las no dia a dia? Como?*

A PGCS tem uma periodicidade semanal e compreende oito sessões, cada uma com a duração de uma hora e meia e um tema específico – as sessões consistem em breves introduções, seguidas de exercícios didáticos e discussão com os participantes; incluem espaço para os participantes darem o seu *feedback* acerca de algum tema ou momento em particular.

O ensaio preliminar verificou a sua não viabilidade ao constatar que a duração da psicoterapia (oito sessões, ou seja, dois meses) era demasiado longa e condicionava demasiados *drop-outs*, ou seja, mais de metade dos participantes desistiram da PGCS (*n* inicial=11; *drop-outs:* 6; participantes por grupo: 5). Optou-se assim, por suspender o ensaio preliminar.

A realização do ensaio preliminar permitiu procurar soluções para o problema identificado, ou seja, duração da psicoterapia, que culminou na **4ª etapa – Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões (e estudo piloto da PGCS – versão 4 sessões).** Ao identificar o problema major da metodologia, e mediante a modificação do desenho do estudo (adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões), iniciou-se o estudo piloto, do tipo interno (ou seja, o n foi incluído no

estudo de eficácia, mas sem submeter os participantes novamente à intervenção, levado de acordo com (e incluído no desenho do) estudo principal (estudo de eficácia), com o objetivo de testar a viabilidade (Junyong, 2017; Smith et al., 2015). Apesar das desvantagens de um estudo piloto do tipo interno, este aumenta a eficiência dos estudos ao incluir os resultados da sua (pequena) amostra na amostra total (Arnold et al., 2009).

A estruturação da PGCS em quatro sessões está representada na Tabela 10.

Tabela 10 – Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado versão 4 sessões

Sessões	Temas	Conteúdo e exercícios
1	**Momentos com significado** **Cancro e Significado**	Introdução; Identidade antes e depois do cancro: *quem sou eu?; como é que o cancro afetou as minhas respostas?*;
2	**Fontes históricas de significado**	A vida como um legado que recebemos, vivemos e transmitimos;
3	**Fontes de atitude, criativas e experienciais de significado**	Confrontar-se com as limitações impostas pelo cancro; Criatividade, coragem e responsabilidade: *quais são as suas responsabilidades?; É responsável pelo quê e por quem?*; Amor, beleza e humor: conectar-se com a vida; projeto de vida;
4	**Transições:** reflexões e esperança para o futuro	Reflexão sobre as sessões: *passou a entender melhor as fontes de significado?; consegue usá-las no seu dia-a-dia?.*

A adaptação da versão 8 sessões para a versão de 4 sessões consistiu na junção das sessões 1 e 2 (Momentos com Significado e Cancro e Significado) da versão original numa única sessão, bem como a junção das sessões 5, 6 e 7 (Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado). De acordo com o autor e estudos anteriores, a sessão relativa às "Fontes Históricas do Significado" tem maior impacto psicológico nos participantes, pelo que ocupou o tempo de uma sessão.

Neste contexto, o manual original da PGCS (anexo 5.7. – Versão portuguesa do manual original da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado) foi reformulado para uma versão mais reduzida e resumida (anexo 5.9. – Manual da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado versão 4 sessões).

Ao identificar o problema *major* da metodologia, e mediante a modificação do desenho do estudo (adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões), iniciou-se o estudo piloto, do tipo interno (ou seja, o *n* foi incluído no estudo de eficácia mas sem submeter os participantes novamente à intervenção), levado de acordo com (e incluído no

desenho do) estudo principal (estudo de eficácia), com o objetivo de testar a viabilidade (Junyong, 2017; Smith et al., 2015). Apesar das desvantagens de um estudo piloto do tipo interno, este aumenta a eficiência ao incluir os resultados da sua (pequena) amostra na amostra total (Arnold et al., 2009).

Assim, foi realizado um estudo piloto com a reformulação do Manual – PGCS versão 4 sessões, segundo a metodologia descrita na etapa do ensaio preliminar referente à PGCS – versão 8 sessões (Figura 7), cujos resultados estão presentados no anexo 5.10. – Resultados – Figuras F e G.

Foram realizados 3 grupos, (amostra inicial n=15), com uma média de 5 participantes por grupo; os participantes tinham uma idade média de 65.29 anos e a maioria era género feminino (73%). Houve cerca de 1/3 de *drop-outs*, sendo que o motivo principal (60%) foi "motivos pessoais".

Os resultados preliminares apenas tiveram em conta os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões (n=9). A maioria tinha uma idade média de 61.67 anos e era do género feminino (67%), com um grau de escolaridade média (ensino secundário: 67%) e era casado (67%). Da totalidade dos cancros, 50% apresentava estadio localizado; a maioria dos cancros eram localizados na mama (n=4; 45%) e na bexiga (n=3; 33%). A maioria dos participantes tinha sido submetido a cirurgia (n=8; 40%) e, à data do estudo, a maioria não estava sob tratamento com QT (n=8; 89%). Sessenta e sete por cento tinha antecedentes psiquiátricos (n=6; 67%) e, à data do estudo, a maioria estava a ser seguido em consultas de psiquiatria/psicologia (n=7; 78%) por patologias depressiva e ansiosa (ansiedade: n=3; 34%; ansiedade e depressão: n=2; 22%), de acordo com o descrito pelo próprio participante.

Comparando os resultados antes (T1) e depois da intervenção (T2), o Índice de Karnofsky foi sobreponível (85.56 *vs.* 86.67), verificou-se uma melhoria do *distress* (termómetro do *distress* – T1: 4.46 *vs.* T2: 3.75), melhoria da QdV na pontuação total (MQOL – T1: 6.18 *vs.* T2: 6.99) e nos domínios físico (T1: 4.58 *vs.* T2: 7.01), existencial (T1: 6.87 *vs.* T2: 7.91) e de suporte (T1: 7.39 *vs.* T2: 8.5), melhoria do bem estar espiritual (FACIT-Sp-12 pontuação total – T1: 32.54 *vs.* T2: 33.77), especialmente na dimensão significado/paz

(T1: 21.38 *vs.* T2: 22.61) e uma melhoria da depressão (HADS-D – T1: 6.5 *vs.* T2: 2.6) e da ansiedade (HADS-A – T1: 8.67 *vs.* T2: 6.2).

3.2. 2ª Fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro

Os resultados da 2ª fase do estudo irão ser representados de acordo com a seguinte ordem (e foram publicados por Da Ponte et al., 2021):

- Caracterização da amostra e diferenças entre grupos nas características sociodemográficas e clínicas (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Análises descritivas das variáveis psicológicas no pré (T1) e no pós-teste (T2) para cada grupo (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Taxa de atrito e adesão;
- Diferenças entre os participantes que frequentaram uma ou duas sessões e os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado;
- Diferenças entre grupos no pré-teste (T1) (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Diferenças entre grupos no pós-teste (T2) (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Diferenças pré (T1)-pós (T2) teste em cada grupo (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Eficácia da intervenção nos *outcomes* (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Análises de correlação – Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado) *vs.* Grupo controlo (*Care as Usual*) (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- Análises de regressão – Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado) *vs.* Grupo controlo (*Care as Usual*) (inclui análise *intent to treat* e *per protocol*);
- *Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo.

3.2.1. Caracterização da amostra e diferenças entre grupos nas características sociodemográficas e clínicas

Análise *intent to treat*

A amostra total do estudo foi composta por 91 participantes, dos quais 51 (56.0%) participaram do grupo de intervenção (PGCS) e 40 (44%) pertenceram ao grupo controlo (CAU). A Tabela 11 sumariza as características sociodemográficas e clínicas dos grupos de intervenção e de controlo.

Os participantes de ambos os grupos eram predominantemente do género feminino, com uma média de idades de 61.04 anos (desvio-padrão [DP]=11.42), a maioria casados, e reformados. Relativamente às suas características clínicas, o diagnóstico de cancro da mama foi o mais comum e a maioria dos cancros estava em estadio localizado. A maioria dos participantes apresentava comorbilidades e já tinha realizado cirurgia e QT mas, no momento do estudo, a maioria não se encontrava em QT. A maioria dos participantes do grupo de intervenção (PGCS) já tinha consultado um psiquiatra e estava, no momento do estudo, a ser seguida por um psiquiatra ou psicólogo; no entanto, a maioria dos indivíduos do grupo controlo (CAU) não tinha consultado um psiquiatra nem se encontrava em seguimento por um profissional de saúde mental.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria das características sociodemográficas e clínicas entre os grupos. No entanto, verificou-se que uma maior proporção significativa de participantes do grupo de intervenção residia no Algarve e uma menor proporção residia na área suburbana de Lisboa, do que os participantes do grupo de controlo (48.9% *vs*. 7.9%; 35.6% *vs*. 71.1%, χ^2=18.85, p <.001). Também se verificou que uma menor proporção significativa de participantes do grupo de intervenção já tinha realizado uma cirurgia comparativamente com o grupo de controlo (72.5% *vs.* 92.5%, χ^2=5.87, p=.015). No que diz respeito aos antecedentes psiquiátricos e seguimento atual, verificou-se uma maior proporção significativa de participantes do grupo de intervenção (PGCS) que já tinha consultado um psiquiatra (62.7% *vs.* 37.5%, χ^2=5.72, p=.017) e que, no momento do estudo, estava a ser acompanhada por um psiquiatra/psicólogo (60.8% *vs.* 35.0%, χ^2=5.96, p=.015), em comparação com os participantes do grupo controlo (CAU). Dos participantes que não estavam a ser seguidos no momento por um psiquiatra/psicólogo, uma significativa maior percentagem de

participantes do grupo de intervenção (PGCS) considerou que seria benéfico, no momento do estudo, ser acompanhado por um psiquiatra/psicólogo (82.4% *vs.* 50.0%, χ^2=4.71, *p*=.030), em comparação com os participantes do grupo controlo (CAU).

Tabela 11 – Características sociodemográficas e clínicas dos grupos de intervenção (PGCS) e de controlo (CAU) (n=91)

	PGCS (*n* = 51)			**CAU (*n* = 40)**			
	n	***%***		***n***	***%***	***t* / χ^2**	***p***
Idade						-1.40	.165
Média	59.57			62.93			
Desvio Padrão (DP)	12.04			10.42			
Género						1.49	.222
Masculino	13	25.5		6	15.0		
Feminino	38	74.5		34	85.0		
Área de residência[a]						16.85	<.001
Área urbana lisboa	7	15.6		8	21.1		
Área suburbana lisboa	16	35.6		27	71.1		
Algarve	22	48.9		3	7.9		
Estado civil[a]						3.81	.283
Solteiro/a	5	10.0		1	2.6		
Casado/a	34	68.0		25	64.1		
Viúvo/a	3	6.0		6	15.4		
Divorciado/a	8	16.0		7	17.9		
Grau de escolaridade						2.82	.420
Sem grau	2	3.9		0	0.0		
Ensino primário	16	31.4		13	32.5		
Ensino secundário	20	39.2		20	50.0		
Ensino superior	13	25.5		7	17.5		
Situação profissional[a]						5.21	.390
Desempregado	2	3.9		0	0.0		
Estudante	1	2.0		0	0.0		
Baixa	3	5.9		0	0.0		
Doméstico/a	2	3.9		1	2.6		
Empregado	16	31.4		13	33.3		
Reformado	27	52.9		25	64.1		
Localização do cancro						12.93	.298
Bexiga	3	5.9		0	0.0		
Mama	26	51.0		28	70.0		
Colon	6	11.8		6	15.0		
Gástrico	3	5.9		1	2.5		
Rim	1	2.0		0	0.0		
Pulmão	4	7.8		4	10.0		
Linfoma	2	3.9		0	0.0		
Ovário	1	2.0		0	0.0		
Próstata	3	5.9		0	0.0		
SNC	1	2.0		0	0.0		
Tiróide	0	0.0		1	2.5		
Útero	1	2.0		0	0.0		
Estadio do cancro						2.17	.140
Localizado	38	74.5		24	60.0		

Avançado	13	25.5		16	40.0		
Já realizou cirurgia?						5.87	.015
Sim	37	72.5		37	92.5		
Não	14	27.5		3	7.5		
Já realizou QT?						3.56	.059
Sim	33	64.7		33	82.5		
Não	18	35.3		7	17.5		
Já realizou RT?						0.79	.375
Sim	22	43.1		21	52.5		
Não	29	56.9		19	47.5		
Já realizou HT?						0.66	.415
Sim	15	29.4		15	37.5		
Não	36	70.6		25	62.5		
No momento está a realizar QT?						0.07	.798
Sim	10	19.6		7	17.5		
Não	41	80.4		33	82.5		
Outras doenças[a]						0.07	.789
Sim	32	62.7		24	60.0		
Não	19	37.3		16	40.0		
Já foi alguma vez ao psiquiatra?						5.72	.017
Sim	32	62.7		15	37.5		
Não	19	37.3		25	62.5		
Está neste momento a ser acompanhado/a por um psiquiatra ou psicólogo?						5.96	.015
Sim	31	60.8		14	35.0		
Não	20	39.2		26	65.0		
Porque é que foi a um psiquiatra/psicólogo?						5.33	.378
Ansiedade	9	24.3		9	42.9		
Depressão	14	37.8		7	33.3		
Ansiedade e depressão	12	32.4		4	19.0		
Fadiga	0	0.0		1	4.8		
Doença física	1	2.7		0	0.0		
Outra	1	2.7		0	0.0		
Se não está a ser acompanhado por um psiquiatra/psicólogo, considera que seria benéfico neste momento?						4.71	.030
Sim	14	82.4		14	50.0		
Não	3	17.6		14	50.0		
[a]Variável com valores omissos; CAU = *Care as usual*; HT: Hormonoterapia; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central;							

Análise *per protocol*

A amostra total em estudo é de 78 participantes, dos quais 38 (48.7%) realizaram a PGCS e 40 (51.3%) pertenceram ao grupo CAU. No Anexo 5.10. – Resultados – a Tabela A sumariza as características sociodemográficas e clínicas dos grupos de intervenção e de controlo.

Os participantes de ambos os grupos eram predominantemente do sexo feminino, com uma média de idades de 61.78 anos (desvio-padrão = 11.58; intervalo de idades: 18 a 81 anos), casados, e reformados. Relativamente às suas características clínicas, o diagnóstico de cancro da mama foi o mais frequente. A maioria dos cancros estava em estadio localizado. A maioria dos participantes tinha comorbilidades e já tinham realizado cirurgia e QT mas, no momento do estudo, a maioria não se encontrava em QT. A maioria dos participantes do grupo de intervenção já tinha sido seguido por psiquiatra e estava, no momento do estudo, a ser seguido por um psiquiatra ou psicólogo, no entanto, a maioria dos participantes do grupo CAU não tinha sido seguido por psiquiatra nem se encontrava a ser seguida por um profissional de saúde mental.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria das características sociodemográficas e clínicas entre os grupos. No entanto, verificou-se que uma maior proporção significativa de participantes do grupo de intervenção residia no Algarve e uma menor proporção residia na área suburbana de Lisboa, em comparação com os participantes do grupo de controlo (47.1% vs. 7.9%; 32.4% vs. 71.1%, $\chi^2 = 15.52$, $p < .001$). Também se verificou que uma menor proporção significativa dos participantes do grupo de intervenção já tinha realizado uma cirurgia (76.3% vs. 92.5%, $\chi^2 = 3.92$, $p = .048$) e QT (60.5% vs. 82.5%, $\chi^2 = 4.65$, $p = .031$) comparativamente com o grupo de controlo. No que diz respeito aos antecedentes psiquiátricos e seguimento atual, verificou-se uma maior proporção significativa dos participantes do grupo de intervenção que já tinha consultado um psiquiatra (68.4% vs. 37.5%, $\chi^2 = 7.47$, $p = .006$) e que, no momento do estudo, estavam a ser acompanhados por um psiquiatra/psicólogo (65.8% vs. 35.0%, $\chi^2 = 7.40$, $p = .007$), em comparação com os participantes do grupo controlo. Dos participantes que não estavam a ser seguidos no momento do estudo por um psiquiatra/psicólogo, uma significativa maior percentagem dos participantes do grupo de intervenção considerou que seria benéfico, no momento, ser acompanhada por um psiquiatra/psicólogo (83.3% vs. 50.0%, $\chi^2 = 3.89$, $p = .049$), em comparação com o grupo CAU.

3.2.2. Análises descritivas das variáveis psicológicas no pré (T1) e no pós-teste (T2) para cada grupo

Análise *intent to treat*

Nesta análise (Tabela 12) foram calculadas as medianas, médias, desvios-padrão e valores de *p* dos testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), para cada variável psicológica utilizada neste estudo, para o pré-teste (T1) e pós-teste (T2), para o grupo de intervenção (PGCS) e de controlo (CAU).

Analisando o valor de *p* do teste de Kolmogorov-Smirnov para o grupo de intervenção (PGCS), verificou-se que as variáveis com distribuição normal no pré-teste (T1) foram os domínios psicossocial e existencial da QdV, todas as dimensões e o total da FACIT e a subescala ansiedade da HADS (HADS-A). No entanto, nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal no pós-teste (T2).

Em relação ao valor de *p* do teste de Shapiro-Wilk para o grupo controlo (CAU), verificou-se que as variáveis que apresentaram distribuição normal no pré-teste (T1) foram os domínios geral, físico e psicossocial e pontuação total da QdV, a dimensão fé da FACIT e as subescalas de depressão e ansiedade da HADS. No pós-teste (T2), as variáveis que apresentaram distribuição normal foram os domínios geral e existencial da QdV, e as subescalas de depressão e ansiedade da HADS.

Tendo em consideração que a maioria das variáveis não apresentou distribuição normal, optou-se por utilizar testes não paramétricos.

Tabela 12 – Medianas, médias, desvios-padrão e testes da distribuição normal para cada grupo, no pré (T1) e no pós-teste (T2) (análise *intent to treat*)

	PGCS (*n* = 51)												**CAU (*n* = 40)**									
	Pré-teste						Pós-teste						Pré-teste						Pós-teste			
	Mdn	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*
QOL																							
Geral	5.00	5.45	2.89	.010	.032		7.00	7.08	1.85	<.001	<.001		7.00	6.32	1.54	.001	.088		6.00	5.95	1.36	.001	.079
Físico	5.41	5.49	1.68	<.001	.066		5.64	5.93	1.64	<.001	<.001		5.41	5.31	0.83	.012	.080		5.50	5.26	1.53	<.001	<.001
Psicossocial	4.50	4.83	2.57	.200	.276		6.54	6.20	2.41	.001	.010		6.63	6.70	1.61	.200	.577		6.54	6.98	1.76	.053	.013
Existencial	6.66	6.66	2.30	.200	.015		6.80	6.98	1.86	<.001	<.001		6.59	6.84	1.29	.027	.010		6.50	6.57	0.97	.076	.388
Suporte	6.76	6.76	2.69	.015	.002		6.32	6.81	2.12	<.001	<.001		6.50	6.14	2.21	.049	.005		6.32	5.69	2.11	<.001	.002
Pontuação total	5.88	5.88	1.75	.117	.149		6.47	6.64	1.73	<.001	<.001		6.21	6.41	1.17	.200	.092		6.30	6.24	1.11	.003	<.001
FACIT																							
Sentido/Paz	19.00	18.14	6.12	.073	.031		18.00	18.11	5.02	<.001	<.001		19.00	18.40	5.62	.003	<.001		18.00	17.85	5.18	.007	.043
Fé	10.61	10.59	5.04	.056	.043		9.66	9.61	3.80	<.001	.001		11.00	10.63	3.61	.104	.495		10.00	9.71	3.17	<.001	.001
Pontuação total	28.74	28.48	9.60	.200	.440		27.87	27.82	7.22	<.001	<.001		29.00	29.08	7.35	.034	.006		27.87	27.93	5.92	.001	.034
HADS																							
Depressão	6.72	7.20	4.14	.008	.050		6.44	6.19	3.03	<.001	.002		7.00	6.09	2.91	.028	.068		7.00	6.75	2.78	.017	.186
Ansiedade	8.30	9.33	4.42	.167	.201		8.06	8.66	3.73	<.001	<.001		7.00	7.00	2.64	.003	.117		8.00	7.31	2.40	.054	.237
Termómetro *distress*																							
Pontuação total	5.00	5.28	2.74	.008	.059		4.92	4.32	2.18	<.001	.001		5.07	4.81	2.21	<.001	.038		4.92	5.69	1.28	<.001	<.001

CAU: *Care as usual*; DP: Desvio-Padrão; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; KS: Kolmogorov-Smirnov; M: Média; Mdn: Mediana; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; SW: Shapiro-Wilk;

Análise per protocol

No anexo 5.10. – Resultados – a Tabela B apresenta as medianas, médias, desvios-padrão e valores de p dos testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), para cada variável psicológica utilizada neste estudo, para o pré-teste (T1) e pós-teste (T2), para o grupo de intervenção (PGCS) e de controlo (CAU).

Analisando o valor de p do teste de Shapiro-Wilk para o grupo de intervenção, verificou-se que todas as variáveis apresentaram distribuição normal em T1, exceto o domínio suporte e a pontuação total da QdV. EM T2, as variáveis que apresentaram distribuição normal foram o domínio psicossocial da QdV, as subescalas de depressão (HADS-D) e ansiedade (HADS-A) da HADS e o termómetro do distress.

Em relação ao valor de p do teste de Shapiro-Wilk para o grupo CAU, verificou-se que as variáveis que não apresentaram distribuição normal em T1 foram os domínios físico, existencial, e suporte da QdV, a dimensão significado/paz e o total da FACIT. Em T2, as variáveis que apresentaram distribuição normal foram os domínios geral e existencial da QdV e as subescalas de depressão (HADS-D) e ansiedade (HADS-A) da HADS.

3.2.3. Taxa de atrito e adesão

Dos 51 participantes que iniciaram a intervenção (PGCS), 13 participantes não completaram ≥3 sessões, e 38 completaram três ou quatro sessões do programa de intervenção, revelando assim uma taxa de atrito de 25.5% e uma taxa de adesão de 74.5%. Os motivos para a desistência dos 13 participantes foram: doença (*n*=3, 23.1%), consulta (*n* = 3, 23.1%), motivos pessoais (*n*=2, 15.4%), tratamento (*n*=2, 15.4%), motivos económicos (*n*=1, 7.7%), exames (*n*=1, 7.7%), não especificado (*n*=1, 7.7%). Os participantes que desistiram da intervenção e os que completaram as sessões não se diferenciaram nos níveis de funcionamento físico no pré-teste (T1), avaliado através do índice de Karnofsky (*U*=214.00, *p*=.461).

Ao longo das quatro sessões do programa, verificou-se que 47 (92.2%) participantes estiveram presentes na sessão 1, 44 (86.3%) na sessão 2, 33 (64.7%) na sessão 3 e 35 (68.6%) na sessão 4 (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência e percentagem das presenças dos participantes nas sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (n=51).

	Sessão 1			**Sessão 2**			**Sessão 3**			**Sessão 4**	
	n	*%*		*n*	*%*		*N*	*%*		*n*	*%*
Ausência	4	7.8		7	13.7		18	35.3		16	31.4
Presença	47	92.2		44	86.3		33	64.7		35	68.6

Relativamente o número de participantes que frequentaram uma, duas, três ou quatro sessões, verificou-se que 4 (7.8%) participantes só estiveram presentes numa sessão, 9 (17.6%) participantes estiveram presentes em 2 sessões, 15 (29.5%) participantes em 3 sessões e 23 (45.1%) participantes realizaram todas as sessões (Tabela 14).

Tabela 14 – Frequência e percentagem da quantidade de sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado frequentadas pelos participantes (n = 51)

Presença	*N*	*%*
Uma sessão	4	7.8
Duas sessões	9	17.6
Três sessões	15	29.4
Quatro sessões	23	45.1

3.2.4. Diferenças entre os participantes que frequentaram uma ou duas sessões e os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado

Em T1 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Fé (U=123.50, p=.007) e na pontuação total (U=128.50, p=.010) da FACIT, onde os participantes que frequentaram uma ou duas sessões pontuaram significativamente mais comparativamente com os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões.

Em T2, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio geral (U=130.00, p=.009) da QdV, onde os participantes que frequentaram três ou as quatro sessões pontuaram significativamente mais do que os participantes que frequentaram uma ou duas sessões. A Tabela 15 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 15 – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas entre os participantes que frequentaram uma ou duas sessões e os participantes que frequentaram ≥ 3 da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (n = 51; análise intent to treat)

	1 ou 2 sessões (*n* = 13)	**3 ou 4 sessões (*n* = 38)**	***U***	***p***
	MO	***MO***		
Pré-teste (T1)				
MQOL				
Geral	26.88	25.70	235.50	.802
Físico	31.96	23.96	169.50	.093
Psicossocial	25.15	26.29	236.00	.812
Existencial	31.19	24.22	179.50	.144
Suporte	28.19	25.25	218.50	.535
Pontuação total	30.19	24.57	192.50	.239
FACIT				
Sentido/Paz	30.69	24.39	186.00	.186
Fé	35.50	22.75	123.50	.007
Pontuação total	35.12	22.88	128.50	.010
HADS				
Depressão	24.77	26.42	231.00	.728
Ansiedade	27.58	25.46	226.50	.656
Termómetro *distress*				
Pontuação total	30.08	24.61	194.00	.248
Pós-teste (T2)				
MQOL				
Geral	17.00	29.08	130.00	.009
Físico	23.00	27.03	208.00	.376
Psicossocial	28.50	25.14	214.50	.475
Existencial	20.50	27.88	175.50	.116
Suporte	20.50	27.88	175.50	.116
Pontuação total	24.50	26.51	227.50	.669
FACIT				
Sentido/Paz	22.00	27.37	195.00	.252
Fé	23.00	27.03	208.00	.390
Pontuação total	26.00	26.00	247.00	1.000
HADS				
Depressão	27.50	25.49	227.50	.660

Ansiedade	25.50	26.17	240.50	.883
Termómetro *distress*				
Pontuação total	30.00	24.63	195.00	.243
FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MO=Média das Ordens; MQOL= McGill Quality of Life Questionnaire;				

3.2.5. Diferenças entre grupos no pré-teste (T1)

Análise *intent to treat*

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio psicossocial da QdV (U=566.00, p<.001) e na ansiedade (U=646.00, p=.003) no pré-teste (T1), onde o grupo de intervenção (PGCS) apresentou pontuações significativamente mais baixas no domínio psicossocial da QdV e mais elevadas na ansiedade, do que no grupo controlo (CAU). A Tabela 16 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 16 – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pré-teste entre os grupos (n=91; análise intent to treat)

Pré-teste	**MCGP (*n* = 51)**	**CAU (*n* = 40)**	***U***	***p***
	MO	***MO***		
MQOL				
Geral	42.42	50.56	837.50	.140
Físico	46.40	45.49	999.50	.869
Psicossocial	37.10	57.35	566.00	<.001
Existencial	45.74	46.34	1006.50	.914
Suporte	49.18	41.95	858.00	.193
Pontuação total	41.63	51.58	797.00	.075
FACIT				
Sentido/Paz	45.14	47.10	976.00	.724
Fé	46.44	45.44	997.50	.856
Pontuação total	45.37	46.80	988.00	.798
HADS				
Depressão	48.10	43.33	913.00	.390
Ansiedade	53.33	36.65	646.00	.003

Termómetro *distress*				
Pontuação total	47.25	44.40	956.00	.607
CAU: *Care as usual*; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MO: Média das Ordens; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado.				

Análise *per protocol*

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio psicossocial da QdV (U = 415.00, p = .001), na pontuação total da QdV (U = 536.50, p = .025) e na ansiedade (U = 563.00, p = .048) em T1. O grupo de intervenção apresentou pontuações significativamente mais baixas no domínio psicossocial e no total da QdV e mais elevadas na ansiedade do que o grupo CAU. A Tabela C dos anexos 5.10. – Resultados – apresenta os resultados obtidos.

3.2.6. Diferenças entre grupos no pós-teste (T2)

Análise *intent to treat*

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios geral (U=552.50, p<.001), físico (U=731.50, p=.018), e existencial (U=727.50, p=.018) da QdV, na pontuação total da QdV (U=717.50, p=.015), e na ansiedade (U=740.50, p=.023), onde o grupo de intervenção (PGCS) pontuou significativamente mais. Por outro lado, verificou-se que o grupo controlo (CAU) apresentou níveis estatisticamente mais elevados no termómetro do *distress* do que o grupo de intervenção (PGCS) (U=608.50, p=.001). A Tabela 17 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 17 – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pós-teste (T2) entre os grupos (n=91; análise intent to treat)

Pós-teste	**PGCS (*n* = 51)**	**CAU (*n* = 40)**	***U***	***p***
	MO	***MO***		
MQOL				
Geral	55.17	34.31	552.50	<.001
Físico	51.66	38.79	731.50	.018

Psicossocial	42.58	50.36	845.50	.159
Existencial	51.74	38.69	727.50	.018
Suporte	50.48	40.29	791.50	.065
Pontuação total	51.93	38.44	717.50	.015
FACIT				
Significado/Paz	47.77	43.74	929.50	.464
Fé	44.96	47.33	967.00	.668
Pontuação total	45.87	46.16	1013.50	.958
HADS				
Depressão	42.63	50.30	848.00	.161
Ansiedade	51.48	39.01	740.50	.023
Termómetro *distress*				
Pontuação total	37.93	56.29	608.50	.001
CAU: *Care as usual*; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MO: Média das Ordens; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado;				

Análise *per protocol*

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em T2, nos domínios geral (U = 377.00, $p < .001$), físico (U = 536.50, p = .024), existencial (U = 539.00, p = .027), e suporte (U = 512.00, p = .013), e na pontuação total (U = 542.00, p = .029) da QdV, e na ansiedade (U = 565.00, p = .050), onde o grupo de intervenção pontuou significativamente mais, comparativamente com o grupo controlo. Por outro lado, verificou-se que o grupo controlo apresentou níveis estatisticamente mais elevados no termómetro do *distress* do que o grupo de intervenção (U = 446.00, p = .001). A Tabela D do anexo 5.10. – Resultados – apresenta os resultados obtidos.

3.2.7. Diferenças pré (T1)-pós (T2) teste em cada grupo

Análise *intent to treat*

No grupo de intervenção (PGCS), observou-se uma melhoria estatisticamente significativa do pré-teste (T1) para o pós-teste (T2) nos domínios geral (Z=-3.67, p<.001) e psicossocial (Z =-2.89, p=.004) e na pontuação total (Z =-2.71, p=.007) da QdV. Por outro lado, observou-

se uma descida estatisticamente significativa do pré-teste (T1) para o pós-teste (T2) no termómetro do *distress* (*Z*=-2.40, *p*=.016).

No grupo controlo (CAU), observou-se uma descida estatisticamente significativa do pré-teste (T1) para o pós-teste (T2) no domínio suporte (*Z*=-2.18, *p*=.029) da QdV e uma subida estatisticamente significativa no termómetro do *distress* (*Z*=-2.44, *p*=.015). A Tabela 18 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 18 – Teste de Wilcoxon para comparação das variáveis psicológicas no pré (T1)-pós (T2)-teste em cada grupo (n=91; análise intent to treat)

		Ordens negativas		**Ordens positivas**	***Z***	***p***
		MO		***MO***		
MQOL						
Geral	PGCS	17.27		24.85	-3.70	< .001
	CAU	16.35		19.91	-1.36	.173
Físico	PGCS	28.06		24.97	-1.74	.081
	CAU	19.46		16.13	-0.43	.669
Psicossocial	PGCS	20.38		26.03	-3.31	.001
	CAU	17.06		20.65	-0.93	.353
Existencial	PGCS	25.45		25.53	-1.24	.215
	CAU	18.52		15.63	-1.88	.060
Suporte	PGCS	25.02		24.02	-0.13	.898
	CAU	16.58		10.75	-2.18	.029
Pontuação total	PGCS	21.79		28.10	-2.74	.006
	CAU	22.83		15.38	-1.58	.114
FACIT						
Significado/Paz	PGCS	22.69		26.83	-0.25	.801
	CAU	20.73		16.47	-1.58	.114
Fé	PGCS	25.88		18.45	-1.47	.141
	CAU	22.42		13.32	-1.45	.146
Pontuação total	PGCS	26.56		23.38	-0.51	.608
	CAU	23.09		14.83	-0.58	.566
HADS						
Depressão	PGCS	24.05		23.91	-1.67	.095
	CAU	15.53		20.62	-1.58	.113
Ansiedade	PGCS	25.23		25.90	-1.16	.248

	CAU	14.25		18.75	-0.68	.499
Termómetro *distress*						
Pontuação total	MCGP	26.35		19.85	-2.40	.016
	CAU	11.96		20.93	-2.44	.015
CAU: *Care as usual*; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MO: Média das Ordens; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; Ordens negativas: T2 < T1; Ordens positivas: T2 > T1;						

Análise *per protocol*

No grupo de intervenção, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa de T1 para T2 nos domínios geral (Z = -3.81, p < .001), físico (Z = -2.71, p = .007), psicossocial (Z = -2.79, p = .005) e existencial (Z = -2.17, p = .030), e na pontuação total da QdV (Z = -3.08, p = .002).

No grupo controlo, observou-se uma descida estatisticamente significativa de T1 para T2 no domínio suporte (Z = -2.18, p = .029) da QdV. Para além disso, verificou-se uma subida estatisticamente significativa no termómetro do *distress* (Z = -2.73, p = .006). A Tabela C dos anexos 5.10. – Resultados – apresenta os resultados obtidos

3.2.8. Eficácia da intervenção nos outcomes primário e secundário

Análise *intent to treat*

Para testar o efeito do grupo (PGCS e CAU) sobre os resultados da QdV, no bem-estar espiritual, na ansiedade, depressão e *distress*, foram realizadas análises ANCOVA (Tabela 19), após controlar o efeito da pontuação no pré-teste (T1), bem como, a idade, género, estadio do cancro, realização de QT no momento atual (do estudo), antecedentes psiquiátricos, e acompanhamento psiquiátrico/psicológico atual (do estudo).

Em relação ao *outcome primário – "A PGCS melhora a QdV e o bem-estar espiritual nos doentes com cancro"* – depois de contabilizar o efeito das covariáveis, os domínios geral, suporte e a pontuação total da QdV foram significativamente influenciados pelo grupo. Assim, verificou-se um efeito do grupo, onde o grupo de intervenção (PGCS), comparativamente com o grupo controlo (CAU), apresentou um aumento nos domínios geral (b=1.42, p<.001, η^2_p=0.179), suporte (b=0.80, p=.045, η^2_p=0.048), e pontuação total da QdV

(*b*=0.81, *p*=.013, η^2_p=0.073). Estes resultados revelaram dimensões do efeito pequenas a elevadas. Para o bem-estar espiritual não se verificou uma melhoria para os participantes do grupo de intervenção (PGCS) em relação aos participantes do grupo controlo (CAU).

No que diz respeito ao *outcome secundário – "A PGCS melhora a sintomatologia depressiva e ansiosa e o distress nos doentes com cancro"* – depois de contabilizar o efeito das covariáveis, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis depressão e termómetro do *distress*, onde se verificou uma melhoria (descida) na depressão (*b*=-1.14, *p*=.044, η^2_p=0.048) e no *distress* (*b*=-1.38, *p*=.001, η^2_p=0.127) no grupo de intervenção (PGCS) em relação ao grupo controlo (CAU). Estes resultados revelaram dimensões do efeito pequenas a médias.

Tabela 19 – Pontuações médias de mudança e desvios-padrão para todas as variáveis por grupo, análise da covariância e tamanho do efeito (n=91; análise intent to treat)

	PGCS (*n* = 51)			**CAU (*n* = 40)**						
	M	*DP*		*M*	*DP*		Diferença	*F*	*p*	η^2_p
MQOL										
Geral	7.21	0.21		5.79	0.24		1.42	17.89	<.001	.179
Físico	5.90	0.23		5.30	0.27		0.60	2.68	.105	.032
Psicossocial	6.48	0.31		6.63	0.36		-0.15	0.08	.782	.001
Existencial	7.05	0.20		6.49	0.23		0.56	3.13	.081	.037
Suporte	6.67	0.25		5.87	0.28		0.80	4.15	.045	.048
Pontuação total	6.82	0.20		6.02	0.23		0.81	6.45	.013	.073
FACIT										
Significado/Paz	18.20	0.61		17.74	0.70		0.46	0.22	.639	.003
Fé	9.62	0.45		9.71	0.51		-0.09	0.02	.902	.000
Pontuação total	27.89	0.81		27.84	0.93		0.05	0.00	.969	.000
HADS										
Depressão	5.93	0.35		7.07	0.40		-1.14	4.17	.044	.048
Ansiedade	8.21	0.37		7.88	0.42		0.33	0.32	.574	.004
Termómetro *distress*										
Pontuação total	4.32	0.25		5.70	0.29		-1.38	11.89	.001	.127

CAU: *Care as usual*; FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; η^2p = eta^2 parcial.

Análise *per protocol*

Para testar o efeito do grupo (PGCS e CAU) sobre os resultados da QdV, no bem-estar espiritual, na ansiedade, depressão e *distress*, foram realizadas análises ANCOVA (anexos 5.10. – Resultados – Tabela F), após controlar o efeito da pontuação em T1, bem como, a idade, género, estadio do cancro, realização de QT no momento do estudo, antecedentes psiquiátricos, e acompanhamento psiquiátrico/psicológico no momento do estudo.

Em relação ao *outcomes* primários, depois de contabilizar o efeito das covariáveis, os domínios geral, existencial, suporte, e a pontuação total da QdV foram significativamente influenciados pelo grupo. Assim, verificou-se um efeito do grupo, onde o grupo de intervenção, comparativamente com o grupo controlo, apresentou um aumento nos domínios geral (b = 1.73, p < .001, η^2_p = .224), existencial (b = 0.79, p = .031, η^2_p = .066), suporte (b = 0.99, p = .026, η^2_p = .070), e pontuação total da QdV (b = 1.06, p = .006, η^2_p = .103). Estes resultados revelaram dimensões do efeito médias a elevadas.

No que diz respeito aos *outcomes* secundários, depois de contabilizar o efeito das covariáveis, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis depressão e termómetro do *distress*, onde se verificou uma melhoria (descida) na depressão (b = -1.29, p = .046, η^2_p = .056) e no *distress* (b = -1.56, p = .001, η^2_p = .138) no grupo de intervenção em relação ao grupo controlo Estes resultados revelaram dimensões do efeito pequenas a elevadas.

3.2.9. Análises de correlação

Análise *intent to treat*

Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado)

As correlações entre as variáveis em estudo em T1 e em T2 para o grupo de intervenção (PGCS) estão apresentadas no anexo 5.10. – Resultados – Tabela H.

Verificaram-se correlações fortes, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT no T1 e os domínios existencial (r_s=.62), suporte (r_s=.51) e a pontuação total da QdV (r_s=.52) no T1.

A depressão, ansiedade e o *distress* em T1 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, psicossocial, existencial, e suporte e a pontuação

total da QdV em T1, bem como, com todas as dimensões e o total da FACIT em T1 (exceto para o *distress* para a dimensão Fé da FACIT).

Verificaram-se correlações moderadas, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT em T2 e os domínios existencial (r_s=.30) e suporte (r_s=.46) da QdV no T2. A depressão em T2 apresentou correlações moderadas, negativas e estatisticamente significativas com os domínios existencial (r_s=-30) e suporte (r_s=-.37) da QdV em T2.

A ansiedade e o *distress* em T2 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, psicossocial, existencial, e suporte da QdV em T2, bem como o total da FACIT em T2.

Grupo controlo (*Care as Usual)*

As correlações entre as variáveis em estudo em T1 e no T2 para o grupo controlo (CAU) estão apresentadas no anexo 5.10. – Resultados – Tabela H.

Verificaram-se correlações moderadas, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT em T1 e o domínio geral (r_s=.39) e a pontuação total da QdV (r_s=.39) em T1. A ansiedade T1 apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o domínio psicossocial (r_s=-.38) da QdV em T1. A depressão, ansiedade e *distress* em T1 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, existencial (exceto para o *distress*), e suporte e com a pontuação total da QdV em T1. Apenas a depressão em T1 se correlacionou negativamente e de forma significativa com a dimensão Significado/Paz da FACIT em T1 (r_s=-.42).

Verificaram-se correlações moderadas, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT em T2 e os domínios geral (r_s=.33), existencial (r_s=.39), e suporte (r_s=.44) e a pontuação total da QdV em T2 (r_s=.37). A depressão em T2 apresentou correlações moderadas, negativas e estatisticamente significativas com os domínios geral (r_s=-.50), existencial (r_s=-.60), e suporte (r_s=-.59) e a pontuação total da QdV em T2 (r_s=-.66), bem como com a dimensão Significado/Paz (r_s=-.51) da FACIT e o seu total (r_s=-.37). A ansiedade em T2 apresentou correlações negativas, moderadas e significativas com os domínios psicossocial (r_s=.40), existencial (r_s=-.43) e suporte (r_s=-.39) da QdV, bem como o seu total (r_s=-.34), em T2. O *distress* em T2 apresentou correlações moderadas e negativas com os domínios geral (r_s=.33) e existencial (r_s=-.33), e a pontuação total da QdV em T2 (r_s=-.46) e uma correlação moderada e positiva com a dimensão Fé da FACIT em T2 (r_s=.37).

Análise *per protocol*

Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado)

As correlações entre as variáveis em estudo no T1 e no T2 para o grupo de intervenção (PGCS) estão apresentadas nos anexos 5.10. – Resultados – Tabela I.

Verificaram-se correlações moderadas a fortes, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT no T1 e os domínios geral (r_s = .42), existencial (r_s = .59), suporte (r_s = .50) e a pontuação total da QdV (r_s = .49) em T1. A depressão, ansiedade e o *distress* em T1 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, psicossocial, existencial, suporte e a pontuação total da QdV em T1, bem como, com o total da FACIT em T1.

Verificaram-se correlações moderadas a fortes, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT em T2 e os domínios geral (r_s = .36), existencial (r_s = .37) e suporte (r_s = .51) e o total (r_s = .40) da QdV em T2. A depressão em T2 apresentou correlações moderadas, negativas e estatisticamente significativas com os domínios geral (r_s = -34) e suporte (r_s = -.40) e o total (r_s = -.44) da QdV em T2. A ansiedade e o *distress* em T2 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, psicossocial, existencial, suporte e o total da QdV em T2, bem como com o total da FACIT (exceto para o *distress*) em T2.

Grupo controlo (*Care as Usual)*

As correlações entre as variáveis em estudo no T1 e no T2 para o grupo controlo (CAU) estão apresentadas nos anexos 5.10. – Resultados – Tabela J.

Verificaram-se correlações moderadas a fortes, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT no T1 e o domínio geral (r_s = .39) e a pontuação total da QdV (r_s = .39) em T1. A ansiedade em T1 apresentou uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa com o domínio psicossocial da QdV em T1 (r_s = -.44). A depressão, ansiedade e o *distress* em T1 apresentaram correlações significativas, negativas, moderadas a fortes, com os domínios geral, existencial e suporte e com a pontuação total da QdV em T1.

Verificaram-se correlações moderadas, positivas e significativas entre a pontuação total da FACIT em T2 e os domínios geral (r_s = .33) existencial (r_s = .39), e suporte (r_s = .45) e a pontuação total da QdV em T2 (r_s = .37). A depressão em T2 apresentou correlações

moderadas a fortes, negativas e estatisticamente significativas com os domínios geral (r_s = -.50), existencial (r_s = -.60), e suporte (r_s = -.59) e a pontuação total da QdV em T2 (r_s = -.66), bem como com a dimensão significado/paz (r_s = -.51) da FACIT e o seu total (r_s = -.37). A ansiedade em T2 apresentou correlações negativas, moderadas e significativas com os domínios psicossocial (r_s = -.40), existencial (r_s = -.43) e suporte (r_s = -.39) da QdV em T2, bem como o seu total (r_s = -.34). O *distress* em T2 apresentou correlações moderadas e negativas com os domínios geral (r_s = -.33) e existencial (r_s = -.33), e a pontuação total da QdV em T2 (r_s = -.46).

3.2.10. Análises de regressão

Análise *intent to treat*

Variáveis independentes: idade, género, grau de escolaridade, estadio do cancro, localização do cancro, tratamento de QT no momento do estudo, comorbilidades, antecedentes psiquiátricos, seguimento atual (no momento do estudo) em psicologia/psiquiatria, ansiedade, depressão e distress em T1

Para cada grupo (intervenção e controlo) realizaram-se seis análises de regressão linear múltipla, cada uma com a seguinte variável dependente: QdV – domínio geral em T2, QdV – domínio físico em T2, QdV – domínio psicossocial em T2, QdV – domínio existencial em T2, QdV – domínio suporte em T2, e FACIT – dimensão Significado/Paz em T2.

Como variáveis independentes, utilizaram-se a idade, género, grau de escolaridade, estadio do cancro, localização do cancro, tratamento de QT no momento do estudo, comorbilidades, antecedentes psiquiátricos, seguimento atual (no momento do estudo) em psicologia/psiquiatria, ansiedade, depressão e *distress* em T1. O VIF (inflação da variância) das variáveis independentes variou entre 1.44 (localização cancro – pulmão) e 5.52 (ansiedade T1), e tolerância entre .18 (ansiedade T1) e .69 (localização cancro – pulmão).

Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis localização do cancro: pulmão (β=0.34, *p*=.007) e ansiedade no T1 (β=-0.57, *p*=.018) como preditores significativos do

domínio geral da QdV de vida no T2 no grupo de intervenção (PGCS) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela K). O domínio geral da QdV no pós-teste (T2) do grupo de intervenção (PGCS) aumentou significativamente nos indivíduos com cancro no pulmão do que nos indivíduos com cancro da mama, mas diminuiu quanto maior ansiedade os indivíduos apresentassem no pré-teste (T1).

Este modelo foi significativo (F (23, 27)=3.53, p=.001) e explica 53% do domínio geral da QdV no T2 no grupo de intervenção (PGCS).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável localização do cancro: SNC (β=-0.55, p=.017) como preditor significativo do domínio físico da QdV em T2 no grupo de intervenção (PGCS) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela L). O domínio físico da QdV de vida no pós-teste (T2) do grupo de intervenção (PGCS) diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro no SNC do que nos indivíduos com cancro da mama do grupo PGCS. No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (F (23, 27)=1.41, p=.194).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis localização do cancro: SNC (β = 0.40, p=.031) e ansiedade no T1 (β=-0.70, p=.009) como preditores significativos do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo de intervenção (PGCS) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela M). O domínio psicossocial da QdV de vida no pós-teste (T2) do grupo de intervenção (PGCS) aumentou significativamente nos indivíduos com cancro no SNC do que nos indivíduos com cancro da mama, e diminuiu significativamente quanto maior ansiedade os indivíduos apresentassem no pré-teste.

Este modelo foi significativo (F (23,27)=2.72, p=.007) e explica 44% do domínio psicossocial da QdV no T2 no grupo PGCS.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis localização do cancro: pulmão (β=0.23, p=.050), localização do cancro: SNC (β=-0.35, p=.032), localização do cancro: útero (β=0.24, p=.049) e comorbilidade (β=-0.34, p=.032) como preditores significativos do

domínio existencial da QdV em T2 (anexo 5.10. – Resultados – Tabela N). O domínio existencial da QdV no pós-teste (T2) do grupo de intervenção (PGCS) aumentou significativamente nos indivíduos com cancro no pulmão e no útero do que nos indivíduos com cancro da mama, mas diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro no SNC do que nos indivíduos com cancro da mama, e nos indivíduos que apresentassem comorbilidades.

Este modelo foi significativo (F (23, 27)=3.74, p=.001) e explica 56% do domínio existencial da QdV no T2 no grupo PGCS.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio suporte da QdV no T2 no grupo de intervenção (PGCS), apesar de a variável localização do cancro: pulmão (β=0.27, p=.064) se ter revelado marginalmente significativa (anexo 5.10. – Resultados – Tabela O). O domínio suporte da QdV no pós-teste (T2) do grupo de intervenção (PGCS) pareceu aumentar significativamente nos indivíduos com cancro no pulmão do que nos indivíduos com cancro da mama.

Este modelo foi significativo (F (23, 27)=2.14, p=.030) e explica 34% do domínio suporte da QdV no T2 no grupo PGCS.

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo da dimensão Significado/Paz da FACIT no T2 no grupo de intervenção (PGCS) e o modelo não foi estatisticamente significativo (F (23, 27)=1.20, p=.326) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela P).

Grupo controlo (*Care as Usual*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis estadio do cancro (β=-0.68, p=.009), localização do cancro: pulmão (β=0.46, p=.017) e depressão no T1 (β=0.50, p=.035) como preditores significativos do domínio geral da QdV em T2 no grupo controlo (CAU) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela Q). O domínio geral da QdV de vida no pós-teste (T2) do grupo controlo (CAU) aumentou significativamente nos indivíduos com cancro no pulmão

do que nos indivíduos com cancro da mama e quanto mais sintomas depressivos apresentassem no pré-teste, mas diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro avançado do que nos indivíduos com cancro localizado.
Este modelo foi significativo (F (16, 23)=2.41, p=.027) e explica 37% do domínio geral da QdV no T2 no grupo CAU.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio físico da QdV de vida em T2 no grupo controlo (CAU) e o modelo não foi estatisticamente significativo (F (23, 27)=0.92, p=.558) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela R).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável localização do cancro: pulmão (β=0.51, p=.032) como preditor significativo do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo controlo (CAU) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela S). O domínio psicossocial da QdV no pós-teste (T2) do grupo controlo (CAU) aumentou significativamente nos indivíduos com cancro no pulmão do que nos indivíduos com cancro da mama. No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (F (16, 23)=1.08, p=.420).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio existencial da QdV em T2 no grupo controlo (CAU) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela T). No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo foi estatisticamente significativo (F (16, 23)=2.85, p=.011) e explica 43% do domínio existencial da QdV no T2 no grupo CAU.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio suporte da QdV em T2 no grupo controlo (CAU) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela U). No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis

introduzidas no modelo, este modelo foi estatisticamente significativo (F (16, 23)=3.57, p=.003) e explica 51% do domínio suporte da QdV no T2 no grupo CAU.

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β=0.51, p=.012) como preditor significativo da dimensão Significado/Paz da FACIT no T2 no grupo controlo (CAU) (anexo 5.10. – Resultados – Tabela V). A dimensão Significado/Paz da FACIT no pós-teste (T2) do grupo CAU aumentou significativamente à medida que os indivíduos são mais velhos. Este modelo foi significativo (F (16, 23)=2.27, p=.036) e explica 34% da dimensão Significado/Paz da FACIT no T2 no grupo CAU.

Variáveis independentes: idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, depressão, ansiedade e *distress* em T1

Para cada grupo (de intervenção – PGCS, e controlo – CAU) realizaram-se seis análises de regressão linear múltipla, cada uma com a seguinte variável dependente: QdV – domínio geral no T2, QdV – domínio físico no T2, QdV – domínio psicossocial no T2, QdV – domínio existencial no T2, QdV – domínio suporte no T2, e FACIT – dimensão significado/paz no T2. Como variáveis independentes, utilizaram-se a idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, depressão, ansiedade e *distress* no T1.

Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado)

Para o grupo de intervenção, o VIF das variáveis independentes variou entre 1.13 (estadio do cancro) e 2.65 (ansiedade T1), e tolerância entre .38 (ansiedade T1) e .89 (estadio do cancro).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.27, p = .046) e ansiedade no T1 (β = -0.45, p = .024) como preditores significativos do domínio geral da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela W). O domínio geral da QdV em T2 do grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos, mas diminuiu quanto maior ansiedade os indivíduos apresentassem em T1. Este modelo foi significativo (F (6, 44) = 4.55, p = .001) e explica 30% do domínio geral da QdV no T2 no grupo PGCS.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.35, *p* = .032) como preditor significativo do domínio físico da QdV em T2 para o grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela X). O domínio físico da QdV em T2 do grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (*F* (6, 44) = 1.20, *p* = .323).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = -0.26, *p* = .043) e ansiedade em T1 (β = -0.61, *p* = .001) como preditores significativos do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela Y). O domínio psicossocial da QdV em T2 do grupo de intervenção diminuiu nos indivíduos mais velhos e quanto maiores os níveis de ansiedade apresentados em T1. Este modelo foi significativo (*F* (6, 44) = 6.49, *p* < .001) e explica 40% do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.32, *p* = .015) e ansiedade em T1 (β = -0.44, *p* = .022) como preditores significativos do domínio existencial da QdV em T2 (anexos 5.10. – Resultados – Tabela Z). O domínio existencial da QdV de vida em T2 do grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos, mas diminuiu significativamente quanto maiores os níveis de ansiedade no T1. Este modelo foi significativo (*F* (6, 44) = 5.64, *p* < .001) e explica 36% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio suporte da QdV em T2 no grupo de intervenção, apesar de a variável ansiedade (β = -0.39, *p* = .060) se ter revelado marginalmente significativa (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AA). O domínio suporte da QdV em T2 do grupo de intervenção parece diminuir significativamente quanto maiores os níveis de ansiedade em T1. Este modelo foi

significativo (F (6, 44) = 3.68, p = .005) e explica 24% do domínio suporte da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.43, p = .005) como preditor significativo da dimensão significado/paz da FACIT em T2 (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AB). A dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. Este modelo foi significativo (F (6, 44) = 2.95, p = .016) e explica 19% da dimensão significado/paz da FACIT no T2 no grupo de intervenção.

Grupo controlo (*Care as Usual*)

Para o grupo controlo (CAU), o VIF das variáveis independentes variou entre 1.09 (antecedentes psiquiátricos) e 2.29 (depressão em T1), e tolerância entre .44 (depressão em T1) e .91 (antecedentes psiquiátricos).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.30, p = .039) e estadio cancro (β = -0.44, p = .011) como preditores significativos do domínio geral da QdV em T2 no grupo CAU (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AC). O domínio geral da QdV em T2 do grupo controlo aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos, mas diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado do que nos indivíduos com cancro localizado. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 4.29, p = .003) e explica 34% do domínio geral da QdV em T2 no grupo controlo.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio físico da QdV em T2 no grupo controlo, e o modelo não foi estatisticamente significativo (F (6, 33) = 0.82, p = .563) (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AD).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável estadio cancro (β = 0.52, *p* = .008) como preditor significativo do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AE). O domínio psicossocial da QdV em T2 do grupo CAU aumentou significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado do que nos indivíduos com cancro localizado. No entanto, quando se avalia conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (*F* (6, 33) = 2.01, *p* = .092).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis antecedentes psiquiátricos (β = 0.34, *p* = .007) e depressão (β = -0.48, *p* = .009) como preditores significativos do domínio existencial da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AF). O domínio existencial da QdV em T2 do grupo CAU aumentou significativamente nos indivíduos com antecedentes psiquiátricos do que nos indivíduos sem antecedentes psiquiátricos, mas diminuiu significativamente quanto maiores os níveis de depressão apresentados em T1. Este modelo foi significativo (*F* (6, 33) = 7.48, *p* < .001) e explica 50% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo controlo.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável estadio cancro (β = -0.44, *p* = .010) como preditor significativo do domínio suporte da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AG). O domínio suporte da QdV em T2 no grupo CAU diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado em comparação com os indivíduos com cancro localizado. Este modelo foi significativo (*F* (6, 33) = 4.18, *p* = .003) e explica 33% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo CAU.

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.39, *p* = .009) e antecedentes psiquiátricos (β = 0.35, *p* = .015) como preditores significativos da dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AH). A dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo CAU aumentou significativamente à medida que os indivíduos são mais velhos e nos indivíduos com antecedentes psiquiátricos,

em comparação com aqueles sem antecedentes psiquiátricos. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 4.53, p = .002) e explica 35% da dimensão significado da FACIT no T2 no grupo CAU.

Análise *per protocol*

Variáveis independentes: idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, depressão, ansiedade e *distress* em T1

Para cada grupo (intervenção – PGCS, e controlo – CAU) realizaram-se seis análises de regressão linear múltipla, cada uma com a seguinte variável dependente: QdV – domínio geral no T2, QdV – domínio físico no T2, QdV – domínio psicossocial no T2, QdV – domínio existencial no T2, QdV – domínio suporte no T2, e FACIT – dimensão significado/paz em T2. Como variáveis independentes, utilizaram-se a idade, estadio do cancro, antecedentes psiquiátricos, depressão, ansiedade e *distress* em T1.

Grupo de intervenção (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado)

Para o grupo PGCS, o VIF das variáveis independentes variou entre 1.27 (estadio do cancro) e 3.43 (ansiedade T1), e tolerância entre .29 (ansiedade em T1) e .79 (estadio do cancro).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.33, p = .042) como preditor significativo do domínio geral da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AI). O domínio geral da QdV em T2 do grupo PGCS aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. Este modelo foi significativo (F (6, 31) = 4.49, p = .002) e explica 36% do domínio geral da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.50, p = .011) como preditor significativo do domínio físico da QdV da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AJ). O domínio físico da QdV em T2 do grupo PGCS aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. No entanto, quando se avaliou

conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (F (6, 31) = 1.68, p = .160).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = -0.37, p = .011) e ansiedade em T1 (β = -0.49, p = .027) como preditores significativos do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AL). O domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo PGCS diminuiu nos indivíduos mais velhos e quanto maiores os níveis de ansiedade apresentados em T1. Este modelo foi significativo (F (6, 31) = 7.52, p < .001) e explica 51% do domínio psicossocial da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.35, p = .023) como preditor significativo do domínio existencial da QdV em T2 no grupo de intervenção (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AM). O domínio existencial da QdV em T2 do grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. Este modelo foi significativo (F (6, 31) = 5.29, p = .001) e explica 41% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo de intervenção.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio suporte da QdV em T2 no grupo de intervenção, apesar de o modelo ser estatisticamente significativo (F (6, 31) = 3.29, p = .013) (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AN).

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável idade (β = 0.51, p = .006) como preditor significativo da dimensão significado/paz da FACIT em T2 (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AO). A dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo de intervenção aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos. Este modelo foi significativo (F (6, 31) = 2.87, p = .024) e explica 23% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo PGCS.

Grupo controlo (*Care as Usual*)

Para o grupo controlo, o VIF das variáveis independentes variou entre 1.08 (antecedentes psiquiátricos) e 2.20 (depressão em T1), e tolerância entre .46 (depressão em T1) e .92 (antecedentes psiquiátricos).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.29, p = .050) e estadio cancro (β = -0.44, p = .011) como preditores significativos do domínio geral da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AP). O domínio geral da QdV em T2 do grupo CAU aumentou significativamente nos indivíduos mais velhos, mas diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado, em comparação com aqueles com estadio localizado. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 4.11, p = .003) e explica 32% do domínio geral da QdV em T2 no grupo controlo.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico

A regressão linear múltipla não identificou nenhuma variável como preditor significativo do domínio físico da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AQ), e o modelo não foi estatisticamente significativo (F (6, 33) = 0.82, p = .564).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável estadio cancro (β = 0.52, p = .009) como preditor significativo do domínio da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AR). O domínio psicossocial da QdV em T2 do grupo CAU aumentou significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado, em comparação com aqueles em estadio localizado. No entanto, quando se avaliou conjuntamente a contribuição de todas as variáveis introduzidas no modelo, este modelo não foi estatisticamente significativo (F (6, 33) = 1.99, p = .095).

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis antecedentes psiquiátricos (β = 0.34, p = .008) e depressão (β = -0.49, p = .006) como preditores significativos do domínio existencial da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AS). O

domínio existencial da QdV em T2 no grupo CAU aumentou significativamente nos indivíduos com antecedentes psiquiátricos, em comparação com os indivíduos sem antecedentes psiquiátricos, mas diminuiu significativamente quanto maiores os níveis de depressão apresentados em T1. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 7.43, p < .001) e explica 50% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo CAU.

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável estadio cancro (β = -0.45, p = .010) como preditor significativo do domínio suporte da QdV em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AT). O domínio suporte da QdV em T2 no grupo controlo diminuiu significativamente nos indivíduos com cancro em estadio avançado, em comparação com aqueles em estadio localizado. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 4.28, p = .003) e explica 34% do domínio existencial da QdV em T2 no grupo controlo.

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis idade (β = 0.38, p = .008) e antecedentes psiquiátricos (β = 0.34, p = .015) como preditores significativos da dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo controlo (anexos 5.10. – Resultados – Tabela AU). A dimensão significado/paz da FACIT em T2 do grupo CAU aumentou significativamente à medida que os indivíduos são mais velhos e nos indivíduos com antecedentes psiquiátricos, em comparação com aqueles sem antecedentes psiquiátricos. Este modelo foi significativo (F (6, 33) = 4.64, p = .002) e explica 36% da dimensão significado/paz da FACIT em T2 no grupo CAU.

3.2.11. Checklist da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo

A Tabela 20 representa os resultados da "*Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo", escala que consta do manual da PGCS. A média da adesão do terapeuta às sessões 1, 2 e 4 foi similar, mas menor no que diz respeito à sessão 3 (5.75). Quanto à adesão por grupo, o terapeuta teve menor adesão ao protocolo no grupo 1 (média de 6,75).

Tabela 20 – *Checklist* da adesão do terapeuta e notas do processo em grupo.

Grupo	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Média[a]
1	8	4,5	5	5	5,625
2	8	8	6	10	8
3	10	10	7	7	8,5
4	10	6	4	7	6,75
5	9	10	6	6	7,75
6	9	7	6	6	7
7	8	8	6	10	8
8	7	7	4	10	7
9	5	7	6	10	7
10	5	10	6	10	7,75
11	8	8	7	5	7
12	8	9	6	10	8,25
Média[b]	7,916667	7,875	5,75	8	
Média[a]: média por grupo; Média[b]: média por sessão					

3.3. 3ª Fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS

Os resultados da 3ª fase do estudo serão apresentados de acordo com as suas etapas:

- Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS;
- Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial.

3.3.1. Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS

Os resultados da análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS serão apresentados em dois passos:

- Resultados preliminares – apresentados através de um artigo publicado na revista Palliative and Supportive Care (SJR: Q2, fator de impacto em 2019: 1.968) - *Da Ponte, G., Ouakinin, S., Espírito Santo, J., Amorim, I., Gameiro, Z., Fitz-Henley, M., Breitbart, W. Process of therapeutic changes in Meaning-Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis. Palliative and Supportive Care. 2020; 1–9* (anexo 5.10. – Resultados – Figura H)*;*
- Resultados definitivos.

Os **resultados preliminares** são apresentados pelo **artigo de Da Ponte et al., 2020** (anexo 5.10 – Resultados – Figura H).

A amostra foi composta por 24 participantes (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 2), com uma média de idade de 63.43 anos, a maioria do género feminino (n=18; 75%), com um grau académico médio (ensino secundário: 54%), reformada (79%) e casada (62%).

No que diz respeito às características clínicas da doença oncológica, a localização do cancro mais frequente foi da mama (n=16; 67%) e, de todos os cancros, a maioria estava em estadio localizado (71%); 83.33% dos participantes foi submetido a cirurgia e 58.33% a QT.

Sessenta e dois vírgula cinco por cento dos participantes tinha antecedentes pessoais psiquiátricos e 70.83% dos participantes, na altura do estudo, estava em seguimento por psiquiatria/psicologia – os principais motivos, de acordo com a descrição do participante foram: ansiedade (34%) e depressão associada a ansiedade (25%).

No que diz respeito à análise qualitativa, os resultados preliminares apenas contemplaram os seguintes passos: categorização, identificação dos padrões estabelecidos entre as categorias e identificação dos processos mediadores da mudança (Figura 10).

A categorização usou os temas de cada sessão da PGCS versão original (8 sessões), que compreendem os mesmos da PGCS versão 4 sessões (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 1), o que permitiu definir sete categorias (mas também dimensões e tópicos) (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3)

- Categoria 1. Momentos com Significado;
- Categoria 2. Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro (Cancro e Identidade);
- Categoria 3. Fontes Históricas do Significado;
- Categoria 4. Fontes de Atitude do Significado;
- Categoria 5. Fontes Criativas do Significado;
- Categoria 6. Fontes Experienciais do Significado;
- Categoria 7. Transições.

Os padrões das conexões entre as categorias foram estabelecidos de acordo com a frequência absoluta das relações entre as categorias; os processos foram considerados terapêuticos se

ocorressem juntos de forma frequente (Figura 16, referente ao anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2).

Figura 16 – Padrões estabelecidos entre as categorias – resultados preliminares da análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (Da Ponte et al, 2020).

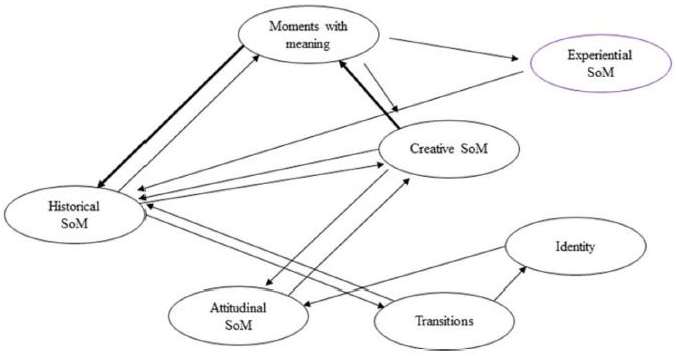


Fig. 2.
Patterns established between categories (the bold line means that the relation occurred twice between categories; SoM: sources of meaning).

Categoria 1. Momentos com significado

Esta categoria foi subdividida em dez dimensões (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3): 1. Casamento, 2. Nascimentos, 3. Falecimentos na família, 4. Diagnóstico de doença em familiares, 5. Guerra, 6. Momentos com a família, 7. Momentos com os amigos, 8. Animais de estimação, 9. O momento do diagnóstico do cancro, e 10. Conquistas pessoais.

As dimensões mais discutidas foram: "nascimentos", "diagnóstico de doença em familiares", "momentos com a família", "momentos com os amigos", "o momento do diagnóstico de cancro" e "conquistas pessoais". Nas dimensões "nascimentos" e "momentos com os amigos", os participantes deram exemplos de experiências positivas, como memórias do "milagre" do nascimento e momentos de alegria com os amigos. Nos "momentos com a família", partilharam o sentimento de se sentir "único", no sentido de ser valorizado por aqueles que amam, e o suporte que receberam em momentos de fragilidade (pe: após tratamentos para o cancro). A dimensão relativa ao impacto do "diagnóstico de doença em familiares" foi descrita como um intenso momento de sofrimento tão ou mais importante do que aquele sentido pelo próprio participante aquando do seu diagnóstico – *"quando o meu filho foi diagnosticado com cancro"* – ou então, como um momento de felicidade quando os membros da família recuperaram. Outra dimensão que suscitou afirmações intensas foi o "momento do

diagnóstico de cancro": *"foi como se eu estivesse à espera de algo mau e, quando recebi o diagnóstico, senti alívio"*; *"alguém me disse que eu pedi para ter cancro…talvez o tenha feito"*. Nas "conquitas pessoais", os exemplos refletiram objetivos atingidos na vida, como a primeira viagem a Nova Iorque ou alcançar a independência financeira. As dimensões "casamento", "guerra" e "animais de estimação" foram menos exploradas, mas descritas como momentos de responsabilidade, para com os outros ou com os próprios, e amor.

Em termos de padrões de relações, a categoria Momentos com Significado estabeleceu relações com quase todas as outras categorias, particularmente a categoria Fontes Históricas do Significado (Figura 16, referente ao anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2). A relação com esta categoria foi estabelecida mais do que uma vez, mostrando a importância deste padrão. Os Momentos com Significado estiveram presentes quando os participantes partilharam a sua "infância" (dimensão "Legado passado"), "objetivos atingidos" e "valores a passar para os outros" (dimensão "Legados presente e futuro"). Os Momentos com Significado estiveram também presentes nas categorias "Fontes Criativas" e "Experienciais do Significado". A relação com a primeira categoria foi bilateral e, inclusivamente, ocorreu mais do que uma vez; os momentos vividos durante o "casamento" ou durante a "guerra" foram também momentos de "responsabilidade" e "coragem". A relação com a categoria "Fontes Experienciais do Significado" foi estabelecida quando os participantes partilharam os seus momentos de "amor" para com a família ou animais de estimação, ou quando partilharam a experiência de sentir a "beleza" da "natureza".

Categoria 2. Identidade antes e após o cancro (Identidade e Cancro)

Esta categoria foi dividida nas dimensões "identidade antes do cancro" e "identidade depois do cancro" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3). Na dimensão "identidade antes do cancro" emergiram dois tópicos principais: a opinião dos participantes acerca das suas "características positivas" e "negativas" antes do cancro. Nas "características positivas", os participantes descreveram-se como "*normais, alegres, de bom humor, sem problemas financeiros ou familiares*", ou como alguém que "*está em paz com a vida*". Nas "características negativas", mencionaram a dificuldade em viver a vida na sua plenitude, "*como uma pessoa que não tinha tempo para nada*" ou "*eu valorizava demasiado as coisas e estava sempre ansioso*". Na "identidade depois do cancro" surgiram dois tópicos que, embora não tivessem consumido muto tempo da sessão, geraram sentimentos negativos – aquilo que os participantes consideraram consequências negativas (do diagnóstico de cancro) na sua

personalidade ("mudanças negativas") e no seu corpo ("foco no corpo", ou seja, a sua incapacidade física), descrevendo-se como "*mais deprimidos, mais pessimistas e mais nervosos do que antes; menos independentes e menos ativos* (no sentido da incapacidade funcional)". No entanto, os tópicos mais presentes nesta dimensão foram "a identidade permanece" e "valorizar o que realmente interessa", expressos quando os participantes afirmaram que "*eu não mudei... o fundamental está aqui, mas com mudanças físicas*" ou "*nada mudou, apenas a minha saúde*"; "*eu sou a mesma pessoa, mas valorizo mais a vida; agora tenho tempo para mim*" e "*eu aprendi a valorizar cada dia*".

A "identidade antes e depois do cancro" apenas estabeleceu relações com as categorias "Fontes de Atitude do Significado" e "Transições" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2). Quando os participantes partilharam "a identidade antes do cancro" (tópico "características negativas") e "identidade depois do cancro" (tópicos "a identidade permanece" e "valorizar o que realmente interessa"), eles estavam também a explorar a sua "atitude face às limitações antes e depois do diagnóstico de cancro" ("Fontes de Atitude do Significado"); quando os participantes partilharam o seu "projeto de vida" e "mudanças na forma como veem a vida e a doença" ("Transições"), eles referiam-se à "identidade antes e depois do cancro").

Categoria 3. Fontes históricas do significado

As "Fontes Históricas do Significado" foram subdivididas em duas dimensões, de acordo com o conteúdo das sessões: "legado passado" e "legados presente e futuro" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3). Na dimensão "legado passado", os tópicos mais explorados foram "relações com a família" e "infância", que surgiram em memórias partilhadas acerca do amor e carinho recebidos, independentemente das condições adversas – "*a minha infância foi dura... eu tive de começar a trabalhar cedo para ajudar em casa*"; "*os meus pais divorciaram-se quando eu tinha 6 anos de idade*". Outros tópicos explorados, mas com menos importância do que os anteriores foram: "tradições", "educação" e "nome de família (no sentido do nome próprio ou do sobrenome transmitido de uma geração para a seguinte)" – os participantes partilharam memórias de momentos passados em família no Natal, a transmissão de valores, como o respeito e a solidariedade, e a transmissão do seu nome de uma geração para a outra. Na dimensão "legados presente e futuro", os dois principais tópicos foram: "objetivos atingidos" e "valores a passar (para os outros)"; os

exemplos dados referiram-se ao objetivo de ser um bom pai ou um professor competente, e a transmissão de valores aos filhos e netos, como integridade e respeito.

As relações estabelecidas pela categoria “Fontes Históricas do Significado" foram várias, à semelhança dos "Momentos com Significado", e nomeadamente com a própria categoria "Momentos com Significado" e com as "Fontes Criativas" e "Experienciais do Significado" e "Transições" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 2). A dimensão "legado passado", nomeadamente o tópico "infância", constituiu um "Momento com Significado", bem como a dimensão "legados presente e futuro", especialmente o tópico" "objetivos atingidos"; esta última dimensão, por sua vez, esteve relacionada com "responsabilidade" (“Fontes Criativas do Significado"). As categorias "Fontes Históricas" e "Experienciais do Significado" estiveram conectadas através da dimensão "amor" ("Fontes Experienciais do Significado"), por sua vez relacionada com o "legado passado" ("Fontes Históricas do Significado") – tópicos "relações familiares", "tradições" ou "nome de família". A dimensão "legados presente e futuro", nomeadamente o tópico "valores a passar" esteve relacionada com as dimensões "projeto de vida" e "mudanças na forma como veem a vida e a doença" (categoria "Transições").

Categoria 4. Fontes de atitude do significado

Esta categoria foi subdividida em duas dimensões (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3): "atitude face às limitações do passado" e "atitude face às limitações desde o diagnóstico de cancro". Em termos de "limitações do passado", os exemplos mais frequentes foram falecimentos de familiares, separações e perdas financeiras: "*o meu divórcio foi a coisa mais horrível que me aconteceu*"; "*eu tinha sérias dificuldades económicas… eu estava só e tive de começar tudo de novo*". Em termos de "atitude face às limitações desde o diagnóstico de cancro", os participantes partilharam o esforço "*para brincar com a situação (cancro)*”, enquanto que outros abraçaram novos projetos, como frequentar aulas de pintura: "*eu pensava que não conseguia fazer tantas coisas... temos de desvalorizar obstáculos e encontrar soluções*".

As "Fontes de Atitude do Significado " estabeleceram relações com a categoria "Fontes Criativas do Significado", através da sua dimensão "atitude em face às face às limitações do passado e desde o diagnóstico de cancro" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2).

Categoria 5. Fontes criativas do significado

Nas "Fontes Criativas do Significado", as principais dimensões foram os momentos de "coragem" e responsabilidade" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3). Foram partilhados momentos da vida em que foi necessária "coragem" para "*ser mãe de uma criança com PHDA*", "*tirar a carta de condução*" ou tomar decisões (p.e.: "*alistar-me na Marinha*"), ou "*pedir o divórcio e saber que ia criar as minhas filhas sozinha*". Na dimensão "responsabilidade", foi mencionada a responsabilidade para com os filhos, animais de estimação, mas também para com os próprios e para com a sua doença. A terceira dimensão, "assuntos inacabados" foi menos explorada, mas ainda assim foram mencionados exemplos (pe: realizar viagens).

Em termos de padrões estabelecidos, as "Fontes Criativas do Significado" foram uma categoria importante, relacionando-se preferencialmente com os "Momentos com Significado", mas também com as "Fontes Históricas" e de "Atitude do Significado" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2). A dimensão "coragem" esteve presente na dimensão "legado passado" (categoria "Fontes Históricas"), quando os participantes descreveram as suas memórias de infância. Ambas as dimensões "coragem" e "responsabilidade" estiveram presentes na "atitude face a limitações do passado e desde o diagnóstico do cancro" (categoria "Fontes de Atitude").

Categoria 6. Fontes experienciais do significado

Nas "Fontes Experienciais do Significado", as dimensões foram estabelecidas de acordo com o conteúdo da sessão, em: "amor", "beleza" e "humor" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3). O "amor" e a "beleza" foram mais proeminentes em termos de relacionamentos, emergindo tópicos de "amor pela família", "animais de estimação" e "religião". Na "beleza", os principais exemplos estiveram relacionados com a "natureza": "*ouvir o barulho do mar*", "*sentir o cheiro das flores na primavera*". A dimensão "humor" foi a menos explorada, mas considerada por alguns como "*o humor negro é o melhor: eu chamava o cateter de pequena bomba*".

As "Fontes Experienciais do Significado" estabeleceram relações com as categorias "Momentos com Significado" e "Fontes Históricas do Significado" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2). A dimensão mais frequente desta categoria foi o "amor", presente em

momentos com a família, amigos ou animais de estimação, e em “tradições” ou “nome de família” (dimensão "legado passado", categoria "Fontes Históricas do Significado”).

Categoria 7. Transições

Nesta categoria, as dimensões mais importantes foram: "mudanças na forma como veem a vida e a doença" e "esperanças para o futuro" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Tabela 3). Na primeira, os participantes refletiram em como a PGCS ajudou-os a "*viver a vida na sua plenitude*", e os benefícios que retiraram ao identificarem-se com outros membros do grupo, sentindo que "não estão sozinhos". Na dimensão "esperanças para o futuro", todos os participantes tinham esperança em "viver mais anos". Dimensões como "projeto de vida" e “melhor entendimento e uso das fontes do Significado" não foram tão exploradas. Exemplos de "projetos de vida" foram: construir um álbum de fotos ou "*estar em paz e não ter conflitos*".

A categoria "Transições” estabeleceu relações com "Fontes Históricas do Significado" e "Identidade antes e depois do cancro" (anexo 5.10 – Resultados – Figura H – Figura 2). O “projeto de vida" foi uma dimensão que, pela sua natureza, esteve relacionada com os "legados passado, presente e futuro" ("Fontes Históricas do Significado"). A dimensão "mudanças na forma como veem a vida e a doença" ("Transições") estabeleceu conexão com "Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro", especialmente na sua dimensão "valorizar o que realmente interessa".

Os **resultados definitivos da 1º etapa** – Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS – da 3ª fase do estudo são descritos abaixo, usaram uma metodologia ligeiramente diferente dos resultados preliminares e uma amostra maior.

A amostra foi composta por 51 participantes (Tabela 11 – coluna: PGCS), a maioria do género feminino, com uma média de idades de 59.57 anos (DP=12.04); a maioria dos participantes era casada, reformada, com um nível de escolaridade média (ensino secundário: 39.2%), e residia no Algarve.

Relativamente às características clínicas, o diagnóstico de cancro da mama foi o mais comum, e a maioria dos cancros estava em estadio localizado. A maioria dos participantes apresentava comorbilidades e já tinha realizado cirurgia e QT (no momento do estudo, a maioria não se encontrava em tratamento). Quanto à história psiquiátrica, a maioria já tinha consultado um

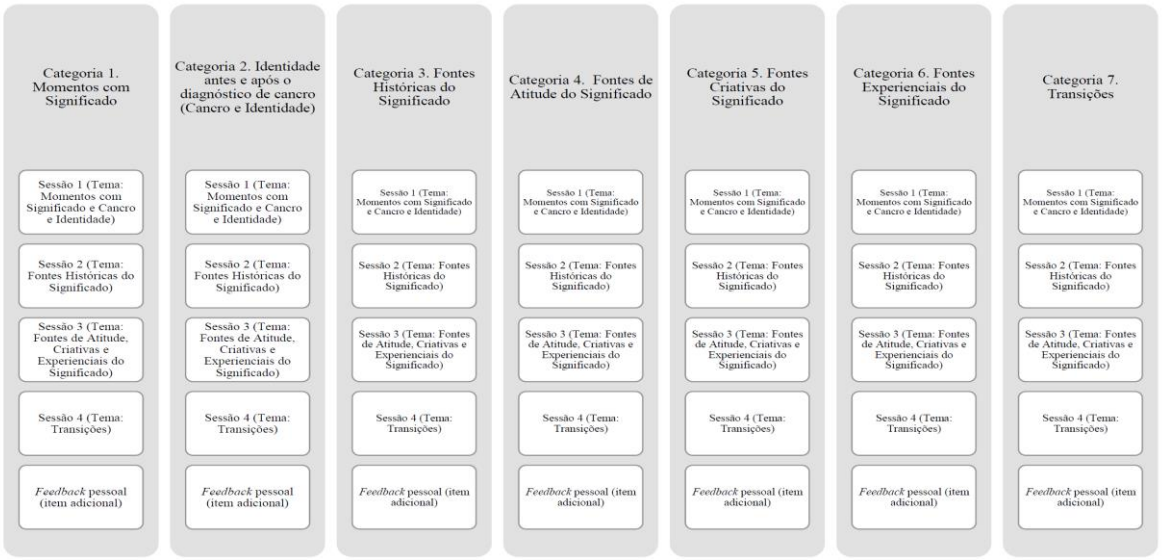
psiquiatra e estava, no momento do estudo, a ser seguida por um psiquiatra ou psicólogo por (de acordo com a descrição do próprio participante): "depressão" (37.8%) e "ansiedade e depressão" (32.4%).

A análise qualitativa seguiu a metodologia descrita na Figura 10, ou seja, categorização (de acordo com a metodologia de Edwards (2016) – Figura 11), identificação de padrões (entre as categorias) e dos processos terapêuticos mediadores da mudança, e foco proporcional (tempo despendido em cada tema e em cada processo terapêutico). Tal como no estudo preliminar, foram consideradas as seguintes categorias (de acordo com os temas das sessões):

- Categoria 1. Momentos com significado;
- Categoria 2. Identidade antes e após o diagnóstico de cancro (Cancro e Identidade);
- Categoria 3. Fontes Histórias do Significado;
- Categoria 4. Fontes de Atitude do Significado;
- Categoria 5. Fontes Criativas do Significado;
- Categoria 6. Fontes Experienciais do Significado;
- Categoria 7. Transições.

De forma diferente do estudo preliminar houve uma mudança da metodologia adotada, tendo em conta a necessidade da simplificação da análise, e os padrões foram analisados pelas relações estabelecidas entre as categorias e as sessões propriamente ditas (e item adicional – "*feedback* pessoal" – que consistiu um espaço importante de reflexão, por parte dos participantes, em cada sessão; anexo 5.10. – Resultados – Tabela O) – ou seja e a título de exemplo, foram estudados os *links* estabelecidos entre a categoria 1 (Momentos com Significado) e as sessões 1 (Momentos com Significado e Cancro e Identidade), 2 (Fontes Históricas do Significado), 3 (Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado) e 4 (Transições), passando-se depois para a análise da relação entre a categoria 2 e as sessões, e assim sucessivamente (Figura 17).

Figura 17 – Metodologia de análise dos padrões estabelecidos entre as categorias e as sessões – resultados definitivos da análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado.



A Tabela 21 mostra a frequência absoluta de cada categoria por sessão e na totalidade das sessões.

Tabela 21 – Frequência absoluta de cada categoria durante a totalidade das sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (PGCS) – versão 4 sessões (Temas: sessão 1 – Momentos com Significado e Cancro e Identidade; sessão 2 – Fontes Históricas do Significado; sessão 3 – Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado; sessão 4 – Transições; item adicional – Feedback pessoal).

Frequência absoluta de cada categoria por sessão						
Categorias	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Feedback pessoal	Total de cada categoria na totalidade das sessões (n)*
1. McS	5	144	73	1	0	223
2. Cancro e identidade	0	0	2	46	0	48
3. Fontes Históricas[a]	53	n/a	20	2	0	75
4. Fontes de Atitude[b]	6	2	0	0	0	8
5. Fontes Criativas[c]	7	3	5	25	0	40
6. Fontes Experienciais[d]	22	3	0	0	0	25
7. Transições	51	1	15	n/a	99	166
Total de categorias por sessão individual (n)**	144	153	115	74		

McS: Momentos com Significado; n/a: não aplicável (a categoria tem o mesmo tema que a sessão 2, o que invalida a contabilização); [a]Fontes Históricas do Significado; [b]Fontes de Atitude do Significado; [c]: Fontes Criativas de Significado; [d]Fontes Experienciais do Significado; *somatório da frequência da categoria em cada sessão e item adicional "*Feedback* pessoal" (total de categorias durante a PGCS: n=585); **somatório das categorias que surgem em cada sessão individualmente (foi excluído o item adicional, logo n=486 [585-99])

Foram identificados os seguintes padrões, tendo em conta a duração total da PGCS:

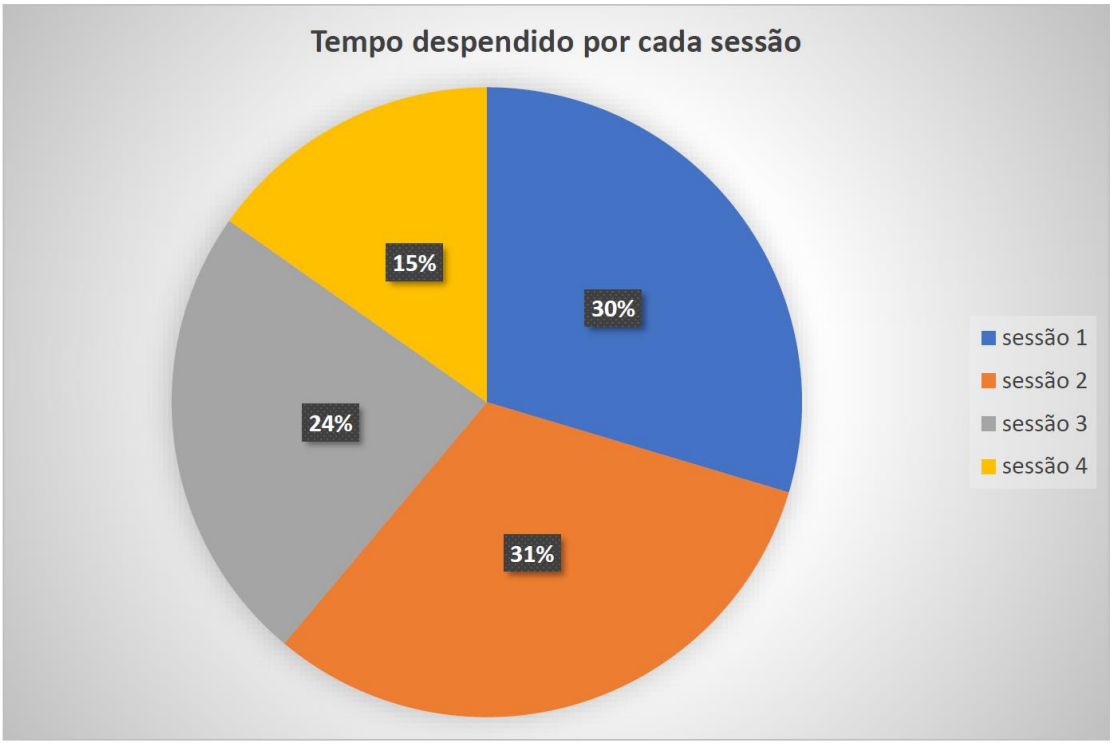
- As categorias 1 (“Momentos com Significado”), 7 (“Transições”) e 3 (“Fontes Históricas”) foram as mais frequentes (n= 223, 166 e 75, respetivamente), sendo que a categoria “Transições” ocorreu de forma mais frequente no item adicional "*Feedback* pessoal" (n=99/166: 59.63%);
- A categoria “Momentos com Significado” ocorreu de forma mais frequente durante a sessão 2 (n=144/223: 64.57%);
- A categoria “Fontes Históricas do Significado” ocorreu mais frequentemente durante a sessão 1 (n=53/75: 70.67%);
- As categorias "Identidade antes e após o Cancro (Cancro e Identidade)" e "Fontes Criativas do Significado" foram as mais frequentes durante a sessão 4 (n=46/48 e 25/40, respetivamente);
- As categorias que ocorreram de forma menos frequente foram as "Fontes Experienciais" e as "Fontes de Atitude do Significado” e estabeleceram relação preferencial com a sessão 1 (n=22/25 e n=6/8, respetivamente);

A análise da frequência absoluta das relações entre as categorias e as sessões (e respetivos temas) permitiu constatar o evidente padrão entre os “Momentos com Significado” e as “Fontes Históricas do Significado” (se excluirmos a relação entre “Transições” e “*Feedback* pessoal”, tendo em conta que o conteúdo de ambos constitui uma análise retrospetiva por parte dos participantes), e assim inferir que os principais mecanismos subjacentes aos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS foram os “Momentos com Significado” e as “Fontes Históricas do Significado”.

A análise do foco proporcional considerou que o tempo despendido em cada categoria é indicador do processo terapêutico de mudança (Lethborg et al., 2019).

A análise do tempo despendido em cada sessão está representada no Gráfico 1 e usou os dados da Tabela 19, partindo do pressuposto que ao calcular o “total das categorias por sessão individual” e relacionar com o total das categorias encontradas durante toda a psicoterapia, calcula-se o tempo despendido em cada sessão.

Gráfico 1 – Análise do tempo despendido em cada sessão (temas das sessões – 1: Momentos com Significado e Cancro e Identidade; 2: Fontes Históricas do Significado; 3: Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado; 4: Transições).

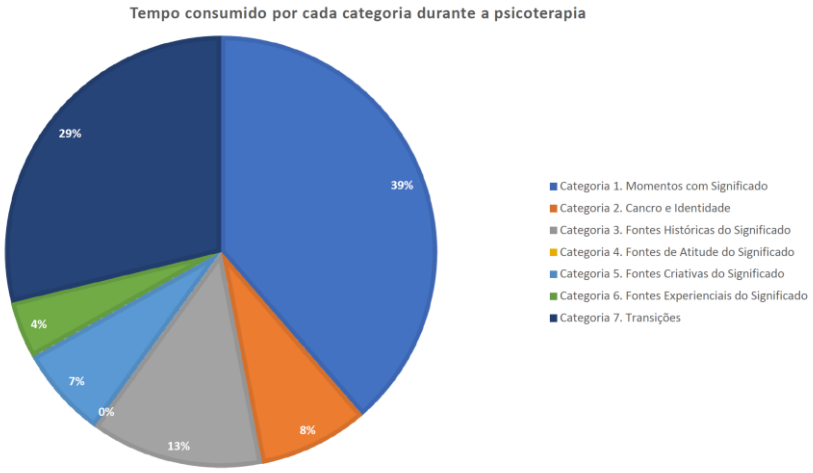


As sessões 2 e 1 foram aquelas em que foi possível identificar a ocorrência de maior número de categorias (n=153/486 e 144/486, respetivamente) – o tempo despendido pela sessão 2 correspondeu a 31% da totalidade da psicoterapia, enquanto o tempo despendido pela sessão 1 correspondeu a 30%.

Esta análise assume importância se tivermos em conta que a sessão 2 tem como tema as "Fontes Históricas do Significado" e a sessão 1 tem como tema "Momentos com Significado e Cancro e Identidade".

A análise do tempo despendido por cada categoria na totalidade da psicoterapia está representada no Gráfico 2 e usou os dados da Tabela 19, participando do pressuposto que ao calcular o somatório de cada categoria e relacionar com o número total de categorias que surgem durante toda a psicoterapia, calcula-se o tempo despendido por cada categoria em relação à duração da PGCS.

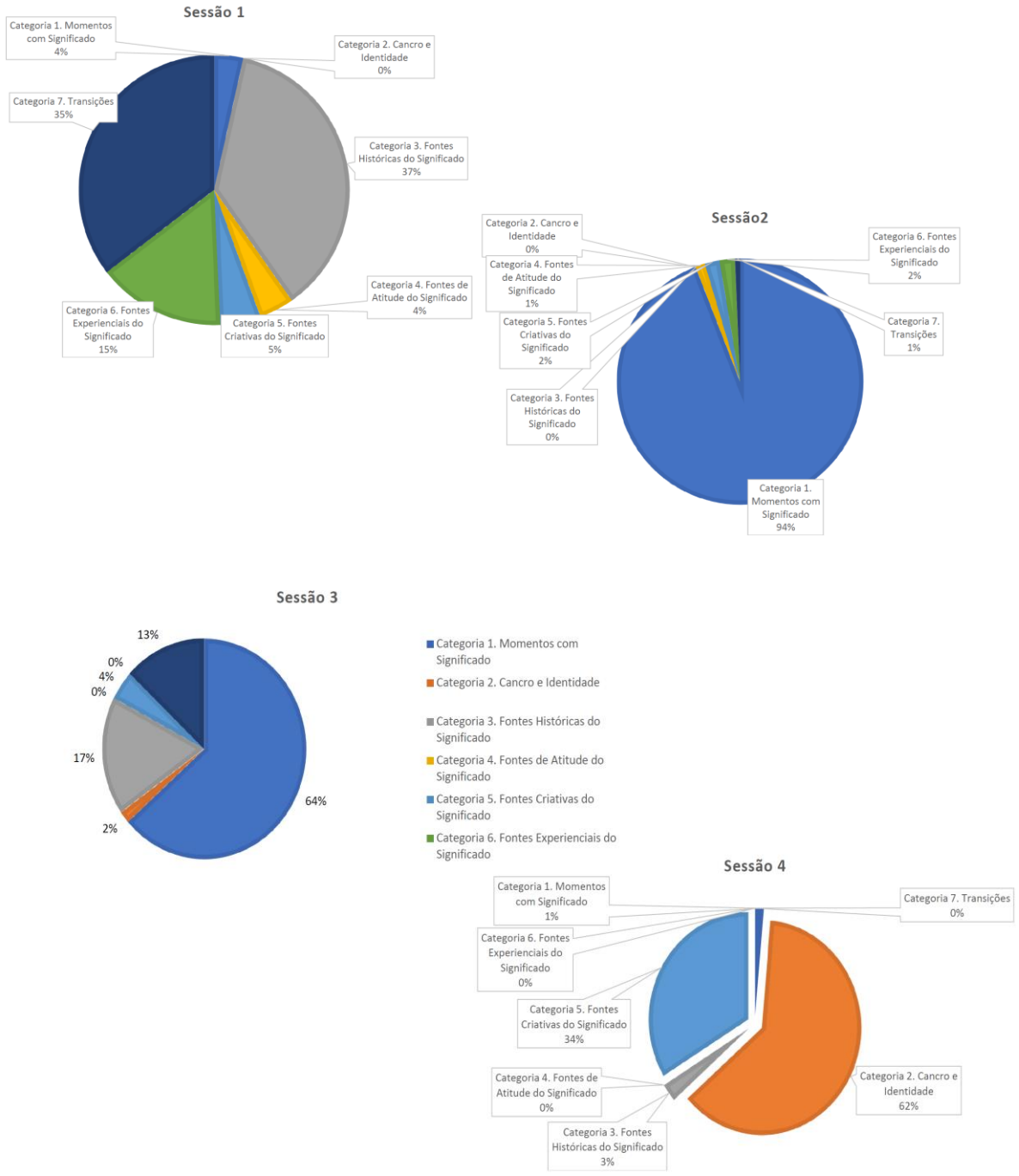
Gráfico 2 – Análise do tempo despendido por cada categoria tendo como referência a totalidade da duração da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado



Nesta análise do foco proporcional, verificou-se que, em relação à duração total da psicoterapia, o tempo despendido pela categoria “Momentos com Significado” foi de 39% (n=223/585), pela categoria "Transições" foi de 29% (n=166/585), e pela categoria "Fontes Históricas do Significado foi de 13% (n=75/585).

A análise do tempo despendido por cada categoria em cada sessão (individualmente) está representada no Gráfico 3 e usou os dados da Tabela 19, e calculo a percentagem da frequência absoluta de cada categoria em relação ao total de categorias que ocorreram em cada sessão.

Gráfico 3 – Análise do tempo despendido por cada categoria em cada sessão individualmente da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (temas das sessões: 1 – Momentos com Significado e Cancro e Identidade; 2 – Fontes Históricas do Significado; 3 – Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado; 4 – Transições).



A análise do foco proporcional individualmente em cada sessão constatou que:

- Na sessão 1, o tempo despendido foi maioritariamente dedicado às categorias "Fontes Históricas do Significado" (n=53/144; 37%) e "Transições" (n=51/144; 35%);
- Na sessão 2, o tempo despendido foi maioritariamente dedicado à categoria "Momentos com Significado" (n=144/153; 94%);
- Na sessão 3, o tempo despendido foi maioritariamente dedicado às categorias "Momentos com Significado" (n=73/153; 64%), "Fontes Históricas do Significado" (n=20/153; 17%) e "Fontes Criativas do Significado" (n=15/153; 13%);
- Na sessão 4, o tempo despendido foi maioritariamente dedicado às categorias "Cancro e Identidade" (n=46/74; 62%) e "Fontes Criativas do Significado" (n=25/74; 34%).

3.3.2. Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial

Foram realizadas doze **análises de moderação** para analisar o efeito da variável moderadora (presença em ≥ 3 ou presença na sessão 2) na relação entre a perturbação psicológica no início da psicoterapia (variável independente: ansiedade, ou depressão ou *distress* em T1) e a QdV no final da psicoterapia (variável dependente: QdV total ou domínio existencial em T2) no grupo de intervenção (anexo 5.10. – Resultados – Tabela P).

Dos modelos de moderação testados verificaram-se dois modelos estatisticamente significativos, nomeadamente, os modelos 3 (b = -0.40; p = .030) e 6 (b = -0.42; p = .036). Os resultados mostraram um efeito moderador do número de sessões frequentadas na relação entre o *distress* no início da psicoterapia (termómetro do *distress* em T1) e a QdV total no final da psicoterapia (QdV total e domínio existencial em T2).
As representações gráficas dos modelos de moderação significativos apresentam-se nos Gráficos 4 e 5.

Gráfico 4 – Efeito moderador da presença em ≥ 3 sessões (n=38) na relação entre distress em T1 e qualidade de vida total em T2.

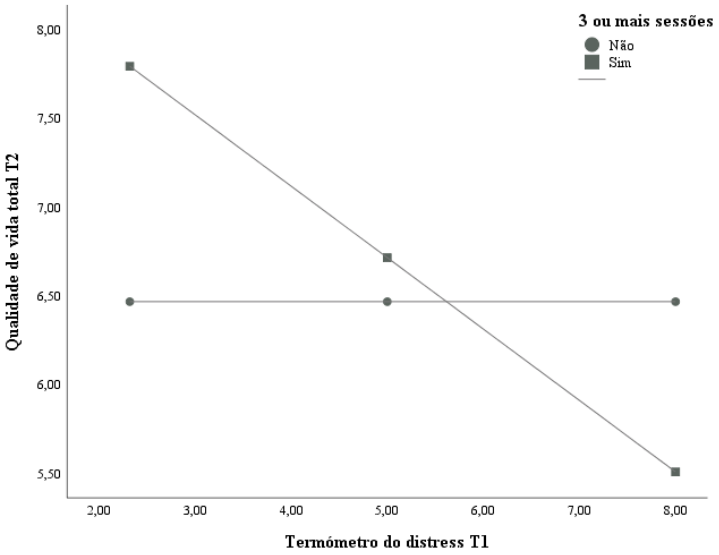
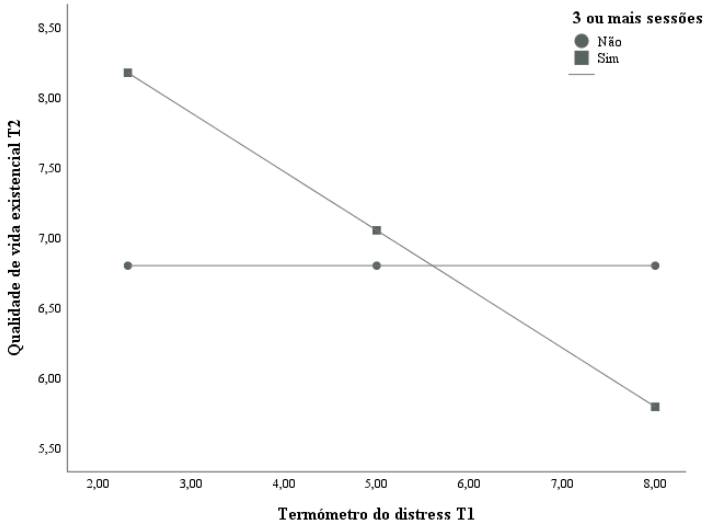


Gráfico 5 – Efeito moderador da presença em ≥ 3 sessões (n=38) na relação entre distress em T1 e qualidade de vida existencial em T2.



Os gráficos mostram que os participantes que frequentaram ≥ 3 sessões, em comparação com aqueles que apenas frequentaram uma ou duas sessões, apresentaram maior QdV (total e existencial) no final da psicoterapia na presença de níveis baixos ou médios de *distress* antes do início da psicoterapia, e menor QdV (total e existencial) no final da psicoterapia na presença de níveis elevados de *distress* antes do início.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

4.1. Discussão geral

A discussão geral será feita de acordo com a cronologia das fases da investigação, seguindo a seguinte ordem:

- 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa;
- 2ª fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro (discussão da Hipótese 1 da investigação: *"A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz na melhoria da QdV, bem-estar psicológico e espiritual nos doentes com cancro"*, e seus respetivos *outcomes*: *"A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz em doentes com cancro ao melhorar a QdV e o bem-estar espiritual"* [*outcome* primário] e *"A PGCS melhora a sintomatologia depressiva e ansiosa e o distress nos doentes com cancro"* [*outcome* secundário]);
- 3ª fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS (discussão da Hipótese 2 da investigação: *"Na PGCS existem processos terapêuticos de mudança, específicos e gerais, que modulam o impacto do cancro na QdV e bem-estar espiritual e psicológico",* e respetivo *outcome: "Os processos terapêuticos de mudança da PGCS têm como um dos mecanismos específicos as "Fontes Históricas do Significado", e dependem da "dose" de tratamento aplicada"* [*outcome* secundário]).
- Caracterização da adesão do terapeuta ao protocolo *standardizado* da PGCS.

4.1.1. 1ª fase – Adaptação da PGCS para a população portuguesa

A 1ª Fase do estudo será discutida de acordo com a ordem das etapas:

- 1ª etapa. Adaptação e validação da PGCS:
  - a) Tradução do manual;
  - b) Adaptação e validação transculturais (*Focus groups*);
  - c) Retroversão;
  - d) Discussão com o autor;

- 2ª etapa: Formação em PGCS;
- 3ª etapa: Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões);
- 4ª etapa: Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões).

A **1ª etapa – Adaptação e validação da PGCS –** foi suportada em Epstein et al. 2015, que descreveram de forma extensa as diferenças entre: tradução (processo de produção de um documento da versão original para a língua alvo), adaptação (processo em que são consideradas quaisquer diferenças entre a cultura original e a cultura alvo para manter a equivalência do significado – chamada de adaptação transcultural) e validação transcultural (processo diferente da adaptação transcultural e que tem como objetivo assegurar que as funções da novo documento são preservadas e têm as mesmas propriedades e funções do documento original) (Epstein et al., 2015).

Para a **tradução do manual** *standardizado* optou-se pelo recurso a dois (para obter diferentes perspetivas) médicos psiquiatras, fluentes em inglês, com conhecimento na área do existencialismo/psicoterapia, em vez do recurso a tradutores profissionais, tendo em conta a descrição de que apesar dos tradutores poderem ter capacidades superiores no que diz respeito à língua, mas que tal não é suficiente para compensar a falta de familiaridade com o conteúdo (Hambleton & Patsula, 1990; Triandis, 1964). A opção de incluir a investigadora principal na tradução prendeu-se com a sua familiaridade singular com a PCS (Hambleton & Kanjee, 1995). O processo de **reconciliação** seguiu o mesmo racional da tradução, ou seja, privilegiou-se familiaridade com a PGS/abordagem existencialista (Ashing et al., 2014; Koller et al., 2012).

A **adaptação transcultural** foi levada a cabo pela investigadora principal, fluente na língua alvo, através de um teste piloto mediante *focus groups*. O teste piloto é essencial pois, sabidamente, os tradutores não conseguem identificar todos os possíveis problemas decorrentes de uma adaptação. Foram escolhidos *focus groups*, em detrimento de entrevistas individuais personalizadas, por uma questão de eficiência e consumo de tempo (Epstein et al., 2015; Hambleton & Patsula, 1990; Swaine-Verdier et al., 2004). Os *focus groups*, apesar de terem menores dimensões do que o preconizado, respeitaram a condição de que os

participantes, apenas da língua alvo, tivessem *backgrounds* semelhantes (Baker et al., 2010; Epstein et al., 2015; Hambleton & Patsula, 1990). Como a adaptação cultural inclui métodos para verificar a validade do conteúdo, **a adaptação e a validação transculturais** foram feitas de forma sequencial (Figura 14) (Epstein et al., 2015; Goes, 2007; Medeiros et al., 2015; Pasquali, 2009).

Neste contexto, a própria sequência dos *focus groups*, para avaliar a compreensibilidade dos termos, mostrou que temas existenciais e, particularmente, alguns dos termos *core* da PCS, como "Fontes do significado", "legado", "transcendência", "morte boa ou com significado" e "projeto de legado", levantaram questões que se comprovaram ser mais culturalmente determinadas e independentes do nível educacional (Tabela 8 e anexo 5.10. – Resultados – Figura E).

A adaptação cultural de uma intervenção psicossocial tem eficácia comprovada quando comparada aquelas intervenções não adaptadas (Leng et al., 2019). Leng et al. (2018) identificou necessidades específicas nas comunidades chinesas imigrantes, nomeadamente no que diz respeito ao papel da família, valores, estigma acerca do cancro, história de vida pessoal e forma de encarar o fim da vida, e na população em questão, todas estas variáveis tiveram impacto nos *outcomes* da intervenção, o que aponta para a necessidade de ter em conta diferenças culturais para a prestação de uma intervenção psicoterapêutica de qualidade (Leng et al., 2018a). A inclusão das necessidades específicas de cada população é também fulcral para o estabelecimento de uma aliança terapêutica, definida como a qualidade do envolvimento entre o terapeuta e o indivíduo (Leng et al., 2018a; Vasquez, 2007). Ao contrário de Leng et al. (2018), cuja população era asiática e, por isso, ligada a religiões com uma abordagem existencialista, na presente investigação, que contempla uma população ocidental, foi evidente uma dificuldade na compreensibilidade de termos como "transcendência" ou "morte boa ou com significado" (Hall et al., 2011; Leng et al., 2019).

Costas-Muniz et al. (2020) levaram a cabo uma adaptação transcultural da PCS em doentes latinos com cancro avançado (Costas-Muñiz et al., 2020). Tal como a presente investigação, Costas-Muniz et al. (2020) necessitou de adicionar (e clarificar) conceitos na PCS, usando uma linguagem mais simples, reformular questões e frases que apresentaram compreensibilidade limitada, modificar o conteúdo de acordo com a cultura oferecendo mais do que uma opção, simplificar questões/reflexões, e dividir questões complexas em questões mais simples (Costas-Muñiz et al., 2020).

No que diz respeito à descrição da **retroversão e discussão com o autor** já foram apresentadas, e a sua discussão em nada acrescenta.

Em síntese, nesta fase da investigação, foram seguidas as recomendações da literatura e, face a algumas dificuldades também descritas por outros autores, procurou-se sempre adotar a solução mais consensual para garantir o rigor dos processos em colaboração estreita com o autor da psicoterapia (Ashing et al., 2014; Bracken & Barona, 1991; Epstein et al., 2015).

Quanto à **2ª etapa – Formação em PGCS** – esta permitiu o desenvolvimento contínuo da investigadora principal, desejável e necessário.

A **3ª etapa – Ensaio preliminar (PGCS – versão 8 sessões) – e 4ª etapa – Adaptação da PGCS versão 8 sessões para PGCS versão 4 sessões – estudo piloto (PGCS – versão 4 sessões) –** constituíram fases sequenciais e interrelacionadas.

O ensaio preliminar da versão original da PGCS – versão 8 sessões, de periodicidade semanal (Tabela 9) foi levado a cabo com uma amostra com 11 participantes (dois grupos – 5 e 6 participantes, respetivamente) e trouxe à evidência a primeira grande dificuldade com que o presente projeto se deparou: o número de *drop-outs* (n=6), considerados como o não cumprimento da presença em ≥ 3 sessões (Breitbart et al., 2015b). Apesar do autor da psicoterapia ter descrito a limitação da PCS no formato em grupo, como a dificuldade de reagendamento das sessões (Breitbart et al., 2012), foi verificado, *in loco*, ao contrário do que era expectável, a dificuldade de adesão derivada do tempo de duração da psicoterapia. O motivo alegado pelos participantes esteve relacionado, maioritariamente, com o tempo despendido no hospital para realizar tratamentos/exames/consultas, bem como a consideração de que o "tratamento psicológico" seria uma prioridade secundária.

Assim, esta constatação pôs em causa a viabilidade do estudo e obrigou a procurar alternativas.

Através da revisão da literatura das adaptações anteriores da PCS, em vários formatos e dirigidas a outras populações, que reformularam o número e conteúdo das sessões (PICS [sete sessões], PGCS-SC [oito sessões], PCS-P [três sessões], PCS-C de grupo [oito sessões] ou individual [sete sessões], PCS-L [dezasseis sessões]), e tendo em conta o número e temas comuns às sessões, a valorização dos temas pelos próprios participantes (verificada durante a

formação na psicoterapia e, *a posteriori*, durante a aplicação do ensaio preliminar), e após discussão com o autor da psicoterapia, a versão original da PGCS foi reestruturada para 4 sessões (Tabela 10) – o tema "Fontes Históricas do Significado" passou a ocupar a totalidade de uma sessão e os restantes temas foram condensados (Figura 14) (Applebaum, Kulikowski, & Breitbart, 2015; Breitbart et al., 2018, 2015a, 2015b, 2012, 2010; Lichtenthal et al., 2015; Rosenfeld et al., 2017; Van der Spek et al., 2018, 2016, 2014). Apesar da adaptação da versão original da PGCS ter seguido um racional, a investigadora reiniciou o protocolo do estudo, mediante um estudo piloto para testar a viabilidade da versão breve da PGCS.

O estudo piloto (do tipo interno), representado no anexo 5.10. – Resultados – Figuras F e G, e que será seguidamente analisado tendo como base Breitbart et al. (2015), que constitui o estudo mais consistente na demonstração da PGCS como um tratamento eficaz para o bem-estar espiritual em doentes com cancro avançado.

Tal como Breitbart et al. (2015), os *outcomes* foram o bem-estar espiritual, a QdV e a depressão, permitindo que, além de abordar as perturbações psicológicas (como depressão e a ansiedade) reconhecidas como componentes críticas dos doentes oncológicos e em cuidados paliativos, fossem consideradas medidas singulares da psicopatologia no cancro, ou seja a perda do bem estar espiritual e o *distress* existencial (Breitbart et al., 2015b). Assim, apesar deste estudo piloto acompanhar limitações de estudos anteriores, como é exemplo a sua pequena amostra (n=15), não teve como limitações os *outcomes* medidos, dada a replicabilidade dos temas existenciais nos doentes com cancro (Chochinov et al., 2011; Classen et al., 2001; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Edmonds, Lockwood, & Cunningham, 1999; Kissane et al., 2007, 2003; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981).

Tal como Breitbart et al. (2015), a hipótese primária considerou que a PGCS é um tratamento eficaz para a melhoria do bem-estar espiritual, QdV e depressão nos doentes com cancro avançado (Breitbart et al., 2015b).

Dos 15 participantes que iniciaram o estudo, ocorreu cerca de 1/3 de *drop-outs* (maioritariamente por motivos pessoais, que incluíram compromissos familiares ou questões logísticas), o que sustentou uma menor taxa de atrito do que aquela verificada com a versão original da PGCS.

Considerando o *cut-off* de frequência em ≥ 3 sessões, que serve para garantir que todos ps participantes recebam a mesma "dose" de tratamento, e é considerando o ideal para que emerjam diferenças nos *outcomes* ao mesmo tempo que se mantém uma abordagem conservadora (Breitbart et al., 2015b), os 9 participantes do estudo piloto cumpriram este critério.

Apesar do estudo piloto não ter incluído grupo controlo e da sua análise estatística ter sido básica, foi possível aferir que, entre o primeiro (antes do início na psicoterapia) e o segundo (depois da última sessão da psicoterapia, ou seja, um mês depois) momentos de avaliação, participantes com o mesmo *status* funcional (índice de Karnofsky – T1: 85.56 *vs.* T2: 86.67) tiveram uma melhoria do bem-estar espiritual no global (FACIT-Sp-12: 32.54 *vs.* 33.77) e na sua dimensão Significado/Paz (32.54 *vs.* 33.77), melhoria da QdV global (MQOL: 6.18 *vs.* 6.99) e no subdomínio existencial (6.87 *vs.* 7.91), melhoria da depressão (HADS-D: 6.5 *vs.* 2.6) e da ansiedade (HADS-A: 8.67 *vs.* 6.2) e diminuição do *distress* (termómetro do *distress*: 4.56 *vs.* 3.75), o que vai de encontro ao estudo de Breitbart et al. (2015), que usou a mesma metodologia de avaliação em relação aos *endpoints* (início e fim da psicoterapia) e que demonstrou um efeito significativo da PGCS em relação aos níveis do bem-estar espiritual e da QdV, ansiedade, depressão e desesperança. No entanto, Breitbart et al. (2015) conseguiram demonstrar que o desejo de morte antecipada (em menor extensão) e a desesperança foram apenas afetados pela PGCS, sugerindo que formas mais severas de desespero podem responder melhor a uma abordagem existencialista, em comparação com as intervenções tradicionais (Breitbart et al., 2015b).

As limitações deste estudo piloto fizeram prever as limitações do estudo de eficácia (já mencionadas por Breitbart et al. [2015]), ou seja: baixas taxas de recrutamento, mesmo com esforços agressivos para divulgação, ausência de braço ativo, baixa taxa de adesão ao tratamento (se bem que diminuída drasticamente com a adaptação da PGCS versão 8 sessões para a versão 4 sessões) e critérios de inclusão obrigatoriamente mais latos.

Apesar destas limitações, os resultados deram suporte para a continuidade desta investigação, bem como suportaram a viabilidade da PGCS – versão 4 sessões.

4.1.2. 2ª fase – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro

Estudo de eficácia, e caracterização da amostra e diferenças entre grupos nas características sociodemográficas e clínicas

Antes do início desta discussão propriamente dita, há-que ressalvar a necessidade de alargar as fontes de recrutamento apesar dos vários métodos de sensibilização dirigidos aos profissionais de saúde e aos doentes. A experiência frustre acumulada das tentativas de recrutamento aponta, na opinião da investigadora, para causas culturais contemporâneas – a população portuguesa está excessivamente medicalizada e tecnologizada com a expectativa da resposta rápida e fácil dada pelos psicofármacos, numa ambivalência estigmatizante da psiquiatria, marcada por sucessivos abandonos terapêuticos e acompanhada de uma baixa literacia para a saúde. Neste último caso, é de mencionar que, curiosamente, o próprio autor da PCS descreve maior eficácia desta intervenção em populações com maior nível educacional, o que fez apontar para um possível condicionamento da demonstração da eficácia na população portuguesa.

Advogou-se que o estudo de eficácia adotaria a metodologia de um estudo de eficácia ("*efficacy study*", de acordo com a terminologia anglo-saxónica), que enfatiza a validade externa, tentando assegurar que os achados sejam generalizáveis a outros terapeutas, vários doentes e a outros *settings*. O objetivo era ir ao encontro do "*effectiveness study",* que equilibraria um elevado grau de generalização com uma validade interna satisfatória (Gartleher, Hanssen, Nissman, Lohr, & Carey, 2006). Por sua vez, a validade interna seria assegurada pelos *gold-standards* teóricos descritos: carácter prospetivo, elevada representatividade clínica, incluindo grupos de comparação não randomizados mas com correspondência entre eles, descrição clara dos tratamentos, participantes e a sua seleção, uso de instrumentos e *outcomes* válidos e fiáveis, descrição de elementos adicionais usados na metodologia, menção a *drop-outs*, avaliações pré e pós-intervenção e descrição de dados estatísticos relevantes (Croy, 2010). A opção de não empreender por um ERC seguiu as considerações de Croy et al. (2010) de que estes constituem a metodologia errada para validar uma psicoterapia, pela falta de validade externa e por não se focarem no tipo de doentes nem nas metodologias usadas na prática, o que implicaria que a demonstração da eficácia da intervenção psicossocial num ERC não significaria que o tratamento pudesse ser transposto

diretamente para a prática clínica e que fosse assumido que tivesse os mesmos efeitos (Croy, 2010). Além disso, a randomização poderia constituiria uma dificuldade *a priori*, seja por questões éticas como por recusa do doente.

Apesar do recrutamento de participantes ser uma limitação bem conhecida dos estudos de intervenções psicossociais em doentes oncológicos, o presente estudo conseguiu incluir uma amostra total de 91 participantes, dos quais 56% (n=51) pertenceram ao grupo de intervenção (PGCS) e 44% ao grupo controlo (CAU) (Van Lankveld et al., 2018). A viabilidade do estudo só foi conseguida por critérios de inclusão mais vastos, que incluíram várias localizações e estadios de cancro e seus tratamentos e antecedentes psiquiátricos (Van Lankveld et al., 2018). Replicando estudos anteriores, foi aplicado o critério de *distress*, manifesto clinicamente por "sintomas depressivos, ansiedade, dificuldades de adaptação à doença" (Van der Spek et al., 2014), o que permitiria fácil identificação por parte dos recrutadores, seja por ser inerente à definição de cuidados psicossociais (Black et al., 2016), como por obedecer a uma perspetiva nosológica dimensional, mais facilmente reconhecida (Conway et al, 2019; Kotov et al., 2017). Não foi aplicada uma escala de *screening* que, aliás, é controversa nas investigações em psico-oncologia dado que maiores níveis de *distress* não correspondem necessariamente à perceção do próprio doente sobre a necessidade em pedir ajuda bem como ao seu desejo em ser referenciado a serviços de saúde mental (Croy, 2010; Moyer et al., 2009; Van Lankveld et al., 2018), bem como a consideração de que a medição exclusiva da intensidade pode não traduzir respostas emocionais mal adaptativas ao cancro, ou seja, aquelas que necessitam de cuidados psicossociais, tendo em conta que a determinação da resposta como mal adaptativa resulta da conjuntura da intensidade com a natureza da dita resposta emocional, indo ao encontro da definição de ajustamento psicológico ou mental, determinado tanto pelo processo de avaliação do *stressor* (que determina o grau no qual o *stressor* representa prejuízo e perda) e as respostas de *coping* (Hulbert-Williams et al., 2013; Krupnick et al., 1993; Moyer et al., 2009; Schmoll et al., 1998). Em suma, os critérios de inclusão adotados consistiram em participantes que apresentassem *distress*, questões existenciais e que manifestassem vontade em participar na psicoterapia, à similaridade de estudos anteriores relativos à PCS e de acordo com a indicação formal das psicoterapias existenciais (Breitbart & Alici, 2014; Julião, 2014; Teixeira, 2006; Van der Spek et al., 2014; Van Lankveld et al., 2018). Tal como em estudos anteriores, as patologias psiquiátricas só constituíram critérios de exclusão se acarretassem *deficits* cognitivos importantes, ou

constituíssem perturbações psicóticas ou relacionadas com o uso de substâncias (Julião, 2014).

No que diz respeito à análise estatística dos resultados, esta verificou a ausência de diferenças estatisticamente significativas na maioria das características sociodemográficas e clínicas entre os grupos (Moyer et al., 2009).

Apesar disto, e como consequência de critérios de inclusão mais vastos, uma maior proporção de participantes do grupo de intervenção (PGCS) tinha consultado um psiquiatra (62.7% *vs.* 37.5%, χ^2=5.72, *p*=.017) e estava, no momento do estudo, sob acompanhamento (60.8% *vs.* 35.0%, χ^2=5.96, *p*=.015), em comparação com os participantes do grupo controlo (Van Lankveld et al., 2018). Assim, os antecedentes psiquiátricos poderão constituir fatores confundentes – no entanto, importa referir que os participantes cumpriram as indicações formais para integrar uma psicoterapia existencial (Teixeira, 2006), que "tem como centro o indivíduo e não a perturbação mental, vista como resultado da dificuldade do indivíduo em fazer escolhas mais autênticas e significativas" (Teixeira, 2006; Villegas, 1988) e, por isso, tem por finalidade ajudar os indivíduos a redescobrirem o significado e finalidade das suas vidas em situações em que o sofrimento seja induzido por fatores externos, neste caso, o cancro. Relevou-se, assim, para o papel da PGCS no tratamento das síndromas existenciais tendo em conta a evidência de que formas mais severas do desespero podem responder melhor a uma abordagem existencial (Breitbart et al., 2015b). Por outro lado, as análises estatísticas levadas a cabo controlaram estas (antecedentes psiquiátricos e acompanhamento atual) e outras possíveis influências confundentes, bem como os respetivos terapeutas foram informados acerca do estudo.

Algumas das características sociodemográficas da amostra foram homogéneas (Tabela 11), nomeadamente o género (predominantemente feminino), a média de idades (61.04 anos; DP=11.42), estado civil (a maioria casados) e nível de escolaridade (ensino secundário), o que permitiria a inferência teórica de que todos os participantes tinham menor risco de psicopatologia depressiva e ansiosa (Tsaras et al., 2018). Na realidade, a amostra em causa mostrou que, e por exemplo através do auto-relato por parte dos participantes, ambos os grupos apresentaram uma prevalência de cerca de 95% (PGCS: 94.5% *vs.* CAU: 95.2% - Tabela 11) de queixas do foro depressivo e ansioso. Estes dados contrastam com o maior risco teórico de psicopatologia dos participantes da PGCS, em comparação com aqueles do grupo

controlo, dada a sua residência em áreas rurais/suburbanas (48.9% *vs*. 7.9%; 35.6% *vs*. 71.1%, χ^2=18.85, p<.001) (Tsaras et al., 2018), ou com o menor risco teórico de pior ajustamento mental conferido pela localização (mama) e estadio (localizado) do cancro da amostra no seu todo (Chad-Friedman et al., 2017; Schmoll et al., 1998; Walker et al., 2013). O facto da maioria dos participantes apresentarem comorbilidades, teoricamente implicaria um pior *status* funcional com consequente maior risco teórico de depressão (3.8 vezes) ou ansiedade (2.8 a 6 vezes) mas, na realidade, a média do Índice de Karnofsky dos participantes da PGCS foi de 85.17 (Tsaras et al., 2018). No que diz respeito aos tratamentos, a maioria dos participantes já tinha realizado cirurgia e QT, o que os colocaria num maior risco teórico (e, na realidade, constatado) de psicopatologia (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Mitchell, et al., 2017; Watts et al., 2014; Wood & Della-Monica, 2011). No que diz respeito à cirurgia, uma menor proporção significativa do grupo de intervenção realizou cirurgia, comparativamente com o grupo de controlo (PGCS: 72.5% *vs.* CAU: 92.5%, χ^2=5.87, p=.015), o que colocaria este grupo num menor risco teórico de psicopatologia (especificamente o suicídio), em comparação com o grupo controlo (McFarland et al., 2019) – estes dados contrastam com os achados de que o grupo de intervenção tem maior proporção de participantes com antecedentes psiquiátricos e acompanhamento, refletindo uma heterogeneidade da amostra nestas variáveis.

Note-se que, apesar dos fatores de risco sociodemográficos e médicos/biológicos estarem bem descritos, os estudos são controversos quanto à sua influência no risco – aliás, a única variável assumida como preditiva do risco é a idade, mas é incerta a faixa etária. Os fatores de risco médicos/biológicos são descritos em relação às perturbações depressivas e ansiosas e suicídio – enquanto certas localizações e estadio avançado do cancro, e baixo *status* funcional ou *burden* de sintomas são fatores de risco relativamente consensuais, o risco conferido pela realização de certos tratamentos varia de acordo com o tratamento em si e com a localização e estadio do cancro – na realidade, há que fazer uma leitura cumulativa dos fatores de risco.

Em suma, admite-se como virtualmente não possível o controlo de todos os fatores de risco neste estudo, e consequentemente uma limitação da própria investigação, mas foram controladas as variáveis que tiveram impacto no momento da sua realização. Assim, e tendo em conta as limitações externamente impostas, conclui-se que este estudo constituiu um

estudo exploratório da eficácia, não se descurando, no entanto, o seu contributo para a investigação da PGCS em Portugal.

O confronto entre a análise *intent to treat* e *per protocol,* e em relação às características sociodemográficas da amostra, os resultados da análise *intent to treat vs. per protocol* foram sobreponíveis, no que diz respeito à maior proporção significativa de participantes do grupo de intervenção com antecedentes psiquiátricos e residentes na zona do Algarve, e menor proporção de participantes do grupo de intervenção submetidos a cirurgia, com comparação com o grupo controlo.

Taxas de atrito e adesão

A taxa de atrito do grupo de intervenção do estudo de eficácia (*n*=51) não incluiu o pré-tratamento, ou seja, a taxa relacionada com a forma de recrutamento. Applebaum et al. (2012) estudaram a taxa de atrito das intervenções psicossociais, especificamente a PGCS, em doentes com cancro e verificaram a existência de 28.1% *drop-outs* no pré-tratamento que estiveram relacionados, embora não diretamente, com o recrutamento sequencial – ou seja, uma média de tempo de espera entre o contato e o início da terapia de 28 dias (Applebaum et al., 2012) – tendo este dado em conta considerou-se, no presente estudo, que o limite máximo de tempo após o primeiro contato com o participante seria de um mês.

A taxa de atrito no pós-tratamento deste estudo foi de 25.5%, valor sobreponível ao estudo de Breitbart et al., 2015 (25.8%) e inferior ao de Applebaum et al., 2012 (56.9%). Applebaum et al. (2012) encontraram uma taxa de atrito mais elevada do que outros estudos que envolveram psicoterapias no geral (entre 18 a 66%), mas comparável aqueles estudos que incluíram intervenções em doentes com cancro avançado (Applebaum et al., 2012). É de notar que a taxa de atrito deste estudo não pode ser comparada, em estrito rigor, àquelas de Breitbart et al. (2015) nem de Applebaum et al., (2012), pois estes usaram a versão original da PGCS; no entanto, e tendo em conta as dificuldades reportadas no início do estado (relacionadas com a duração da psicoterapia), serve para suportar as vantagens de uma versão breve da PGCS em termos de adesão ao tratamento.

Os principais motivos para *drop-outs*, considerados como frequência em menos de 3 sessões da psicoterapia, foram: doença (23.1%), presença em consulta (23.1%), motivos pessoais (15.4%), realização de tratamentos (15.4%), motivos económicos (7.7%), realização de exames (7.7%) e não especificado (7.7%) – o que está de acordo com a literatura existente sobre a PGCS (Breitbart et al., 2015b; Lichtenthal et al., 2019). Além disto, os motivos foram sobreponíveis àqueles enumerados por Applebaum et al. (2012), que evidenciaram a importância das questões económicas, bem como outros fatores explicativos para o abandono (que não o bem-estar psicológico), especificamente a maior importância dada pelos doentes à sua patologia física. Mais ainda, os mesmos autores verificaram que a preferência para dada intervenção psicossocial não constituiu fator de predição de atrito, o que suporta que qualquer *outcome* positivo acerca da eficácia da intervenção deve-se à própria terapia e permite colocar em questão a "limitação" da ausência de randomização deste estudo.

No que diz respeito à frequência das sessões, houve maior adesão às sessões 1 (92.2%) e 2 (86.3%), o que pode estar relacionado com o interesse nos temas (Tabela 13). Por outro lado, a análise comparativa antes do início da psicoterapia entre os participantes que frequentaram uma ou duas sessões e aqueles que frequentaram ≥ 3 sessões permitiu-nos compreender melhor os *dropouts*, ao verificar que estes apresentavam melhor bem-estar espiritual (FACIT total e dimensão fé) do que os participantes que frequentaram a maior parte das sessões, hipotetizando-se que maiores níveis de bem-estar espiritual nesta amostra específica poderiam constituir critério de exclusão. A mesma análise comparativa, mas realizada no fim da psicoterapia, permitiu-nos inferir sobre os benefícios da PGCS, ao constatar que os participantes que frequentaram a maioria das sessões apresentaram melhor QdV geral, o que releva para o impacto da PGCS na QdV.

Análise da eficácia da intervenção

As análises de correlação foram consistentes com a literatura – ou seja, verificaram-se correlações positivas entre o bem-estar espiritual e a QdV (especialmente no seu domínio existencial), e correlações negativas entre a depressão, ansiedade e *distress* e QdV e bem-estar-espiritual (Breitbart, 2000; McClain et al., 2003). Está bem descrita a relação entre maiores níveis de *distress* psicológico, ansiedade e depressão e pior QdV e sofrimento espiritual (Faller et al., 2013; Goodwin et al., 2001; Kissane et al., 2007; Lee et al., 2020;

Musselman et al., 2006; Schneider et al., 2010; Twillman & Manetto, 1998; R. L. Wong et al., 2019). Aliás, o reconhecimento devido desta associação releva para o adequado diagnóstico diferencial através do encaminhamento dos doentes para uma consulta de psiquiatria, mesmo que desejem apenas suporte psicológico, sob pena de atraso no tratamento (Lee et al., 2020; Merckaert et al., 2010; Pascoe, Edelman, & Kidman, 2000; Sollner et al., 2001). As correlações positivas entre o *distress* e a dimensão Fé do bem-estar espiritual, no grupo da PGCS antes da intervenção e no grupo CAU na segunda avaliação, remete para a relação inconsistente entre a religiosidade e a perturbação mental – os autores são contraditórios aquando da descrição simplista da relação mas, na realidade, o efeito moderador da religião na perturbação mental é bastante mais complexo e inclui variáveis culturais (Balbuena, Baetz, & Bowen, 2013; Greenberg, 2013; Huang, Appel, Ai, & Lin, 2012; Miller et al., 2012; O'Connor, Cobb, & O'Connor, 2003; Tierney & Brown, 2009; Wang, Koenig, Ma, & Shohaib, 2016; Wei & Liu, 2013).

No que diz respeito à análise de regressão que utilizou maior número de variáveis independentes (idade, género, grau de escolaridade, estadio e localização do cancro, tratamento com QT no momento do estudo, comorbilidades, antecedentes psiquiátricos e seguimento atual, ansiedade, depressão e *distress* em T1), a maioria dos preditores significativos da QdV e do bem-estar espiritual verificados correspondem à literatura – ou seja, os preditores de menor QdV consistiram em níveis elevados de ansiedade e depressão, certas localizações (SNC) e estadio do cancro e presença de comorbilidades, indo ao encontro da bem estabelecida a relação entre *distress* psicológico ou emocional, no seu *continuum* patológico, e os *outcomes* em saúde do cancro (Besisik, Kocabey, & Caliskan, 2003; Grabsch et al., 2006; Kissane et al., 2004; Lee et al., 2020; Massie, 2004; Montazeri et al., 2001; Rodin, 2014), e localizações específicas e estadio do cancro, *status* funcional/*burden* dos sintomas, e idade (Ganz, 2008; Hulbert-Williams et al., 2013; Krupnick et al., 1993; McFarland et al., 2019; Schmoll et al., 1998; Tsaras et al., 2018). No entanto, neste estudo, o cancro do pulmão foi um preditor significativo de melhor QdV, nos grupos de intervenção e controlo, o que tem de ser necessariamente contextualizado no número de participantes da amostra com cancro do pulmão (PGCS: 4/51; CAU: 4/40); considera-se também que, tendo em conta a ocorrência em ambos os grupos, terá de ser aventada a hipótese de que os participantes em causa poderiam apresentar melhores mecanismos de *coping* prévios. A idade surgiu como um preditor de maior bem-estar espiritual na sua dimensão significado/paz, como descrito na

literatura (Erci, 2013; Schmoll et al., 1998; Thompson & Dale, 2015), e vai de encontro ao pressuposto colocado no início do estudo de que o significado da vida é culturalmente estabelecido e tem de ser contextualizado nas particularidades da população portuguesa. No entanto, tendo em conta a variabilidade dos resultados, relacionada com o número de variáveis selecionadas, realizou-se uma segunda análise de regressão, com menor número de variáveis, escolhidas de acordo com os resultados da análise anterior (idade, estadio do cancro, depressão, ansiedade e *distress* em T1) e considerando também a variável antecedentes psiquiátricos. Os resultados foram sobreponíveis e suportam os anteriores, ou seja, maiores níveis de ansiedade e depressão e o estadio avançado foram preditores de menor QdV. A (maior) idade foi, novamente, um preditor de maior bem-estar espiritual, neste caso, dimensão significado/paz, mas de maior QdV, o que revela uma consistência dos resultados. No entanto, no grupo controlo, antecedentes psiquiátricos (mantendo a sua associação com idades mais avançadas) foi preditor de melhor QdV, no seu domínio existencial, e bem estar espiritual, na sua dimensão significado/paz – este achado pode ser interpretado de várias formas, não mutuamente exclusivas: a alocação da amostra foi feita de acordo com a preferência do participantes, demonstrando que aqueles com maior bem estar optaram por não integrar o grupo de intervenção (o que vai de encontro com os resultados de que aqueles participantes do grupo de intervenção que frequentaram menos de 3 sessões [*dropouts*] apresentavam melhor bem estar espiritual); o domínio existencial da QdV mede variáveis sobreponíveis aquelas da dimensão significado/paz da FACIT; os participantes do grupo controlo apresentavam menor proporção de antecedentes psiquiátricos, logo, maior bem-estar; e o significado da vida está relacionado com fatores culturais que têm de ser interpretados na amostra portuguesa.

A análise da comparação dos grupos no primeiro momento de avaliação, revelou que o grupo PGCS, comparativamente ao grupo CAU, apresentava menor QdV no seu domínio psicossocial, e maiores níveis de sintomatologia ansiosa. A avaliação no segundo momento verificou que o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controlo, apresentou maior QdV nos seus domínios geral, físico e existencial e pontuação total e, apesar de não ser estatisticamente significativa, uma melhoria no domínio psicossocial da QdV (valores da média da PGCS – T1: 4.83 *vs.* T2: 6.20). O achado de que o grupo de intervenção apresentou maiores níveis de ansiedade, em comparação com o grupo controlo, necessita de ser integrado na comparação entre os dois momentos de avaliação que verifica uma melhoria (apesar de

não estatisticamente significativa) dos seus níveis (valores da média – T1: 9.33 *vs.* T2: 8.66). Já a análise intergrupo, entre o primeiro e segundo momentos de avaliação, suporta os achados anteriores ao constatar que o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controlo, apresentou melhor QdV nos seus domínios geral, psicossocial e pontuação total; o novo achado de que o grupo de intervenção melhorou os seus níveis de *distress*, em comparação com o grupo controlo, fornece evidência adicional do impacto da PGCS nesta dimensão do bem-estar psicológico.

Em termos de efeito de grupo, para o *outcome* primário (*"A PGCS melhora a QdV e bem-estar espiritual em doentes com cancro"*) foi verificado um efeito de grupo, com dimensões pequenas a elevadas, no qual o grupo PGCS, quando comparado com o grupo CAU, apresentou um aumento da QdV (domínios geral e suporte e pontuação total), mas não para o bem-estar espiritual – no entanto, esta última constatação necessita de ser integrada nos valores médios da FACIT (e da sua dimensão significado/paz), dado que o grupo de intervenção já apresentava valores acima da média antes da intervenção (e que se mantiveram após) podendo, assim, ter havido pouco espaço para a ocorrência de uma melhoria [FACIT total em T1: 28.48 *vs.* T2: 27.82; dimensão significado/paz em T1: 18.11 *vs.* T2: 18.40]) (https://www.facit.org/, 2011). Por outro lado, e não excluindo a hipótese anterior, o achado de que os valores da média da FACIT do grupo CAU variaram no mesmo sentido (pontuação total em T1: 29.08 *vs.* T2: 27.93), bem como a sua dimensão significado/paz (T1: 18.40 *vs.* T2: 18.11) vai ao encontro da análise anterior (os participantes que frequentaram uma ou duas sessões apresentavam maior bem estar espiritual, em T1, do que aqueles que frequentaram ≥ 3 sessões) de que níveis elevados de bem estar espiritual poderão, nesta amostra, constituir critério de exclusão. Para o *outcome* secundário (*"A PGCS melhora a depressão, ansiedade e distress em doentes com cancro"*) foi verificado um efeito de grupo, com dimensões pequenas a médias, no qual os participantes do grupo PGCS melhoraram os níveis de depressão e *distress*, suportando o resultado da análise intergrupo.

Em termos de resumo, os resultados desta análise suportaram o benefício da PGCS na QdV e no bem-estar psicológico, nomeadamente depressão e *distress*, indo ao encontro da literatura. A incapacidade em demonstrar o benefício no bem-estar espiritual pode estar, no caso desta amostra em particular, relacionada com fatores culturais, ligados à religiosidade, com consequente elevação dos níveis basais. No entanto, junto com a incapacidade em demonstrar

o indubitável impacto da PGCS nos níveis de ansiedade, poderá refletir as limitações deste estudo.

No que diz respeito às limitações do estudo propriamente ditas, como já veiculado, este apenas pode ser considerado um estudo exploratório, até pela razão primordial de testar uma (nova) versão adaptada da PGCS com 4 sessões. Acrescem-se ainda outras limitações já discutidas como o tamanho da amostra, critérios de inclusão vastos e a ausência de *screening* do *distress* na *baseline*, bem como a ausência de *follow-up* (Breitbart & Alici, 2014; Croy, 2010; Julião, 2014; Moyer, Sohl, Knapp-Oliver, & Schneider, 2009; Teixeira, 2006; Van der Spek et al., 2014; Van Lankveld et al., 2018).

Em suma, este estudo de eficácia, que constituiu a 2ª fase do estudo – Avaliação da eficácia da PGCS nos doentes com cancro – **estudou Hipótese 1 da investigação *("A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz na melhoria da QdV, bem-estar psicológico e espiritual nos doentes com cancro")*** e, apesar das suas limitações, conseguiu **comprovar, de forma parcial, os *outcomes* primário (*"A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz em doentes com cancro ao melhorar a QdV")* e secundário (*"A PGCS melhora a sintomatologia depressiva e o distress nos doentes com cancro"*).** Apesar de não ter sido ter suportada a eficácia da PGCS no bem-estar espiritual e nos níveis de ansiedade, estes resultados têm de ser contextualizados nos seus níveis *baseline* e na evolução das variáveis antes e depois da intervenção, bem como nas limitações do estudo.

Concluindo-se pela realização de um estudo exploratório, a ênfase na eficácia terá de ser diminuída, mas sem nunca descurar o benefício da PGCS nas variáveis em questão.

> **Fazendo uma comparação entre a *análise intent to treat* e *per protocol*, os resultados foram suportados.**
>
> Nas análises de correlação, a (melhor) QdV manteve-se associada a melhor bem-estar espiritual (dimensão significado/paz) e, por sua vez, ambos estiveram associados a menores níveis depressão, ansiedade e *distress*.
>
> Nas análises de regressão (e considerando as variáveis idade, estadio do cancro, depressão, ansiedade e *distress* em T1 e antecedentes psiquiátricos) verificou-se

também que a idade foi preditor de melhor QdV e maior bem-estar espiritual, na sua dimensão significado/paz, e que maiores níveis de ansiedade e de depressão e cancro em estadio avançado foram preditores de menor QdV. Mantiveram-se os resultados de que os antecedentes psiquiátricos foram preditores de maior QdV, no seu domínio existencial, e maior bem-estar espiritual, na sua dimensão significado/paz (aqui concomitante com o preditor idade), já interpretados acima.

Na análise da comparação dos grupos no primeiro momento de avaliação, os resultados foram novamente sobreponíveis. O grupo de intervenção apresentou menor QdV no domínio psicossocial (e menor QdV na sua pontuação total na análise *per protocol*) e maiores níveis de sintomatologia ansiosa. No segundo momento de avaliação, o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controlo, apresentou maior QdV nos seus domínios geral, físico e existencial e pontuação total (e também no domínio suporte na análise *per protocol*) e maiores níveis de ansiedade (que, na análise *per protocol* manteve a melhoria nos valores da média, tal como na análise *intent to treat*); como achado novo, há a referir piores níveis de *distress* no grupo controlo na análise *per protocol*. Na análise intergrupo, entre o primeiro e segundo momentos de avaliação, os achados são suportados (*intent to treat vs. per protocol*) ao se verificar que o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controlo, apresentou melhor QdV nos seus domínios geral, psicossocial e pontuação total (e também nos domínios físico e existencial da QdV na análise *per protocol*). Além disso os dados suportam também o achado da análise *intent to treat* de que o grupo de intervenção melhorou os seus níveis de *distress*, em comparação com o grupo controlo, que piorou – assim, a evidência adicional do impacto da PGCS nesta dimensão do bem-estar psicológico é consolidada. Em termos de efeito de grupo mantiveram-se os resultados (análise *intent to treat vs. per protocol*) para o *outcome* primário ("A PGCS melhora a QdV e bem-estar espiritual em doentes com cancro") – foi verificado um efeito de grupo, na análise *per protocol* com dimensões médias a elevadas), no qual o grupo PGCS, quando comparado com o grupo CAU, apresentou um aumento da QdV (domínios geral e suporte e pontuação total), mas não para o bem-estar espiritual (manteve-se, também, o achado de que os valores médios da FACIT, e da sua dimensão significado/paz, do grupo de intervenção [e do grupo controlo] estavam acima da média total da escala nos primeiro e segundo momentos

de avaliação) – bem como para o *outcome* secundário ("A PGCS melhora a depressão, ansiedade e distress em doentes com cancro") – foi verificado um efeito de grupo, com dimensões pequenas a médias (pequenas a elevadas na análise *per protocol*), no qual os participantes do grupo PGCS melhoraram os níveis de depressão e distress.

Em suma, os achado da análise *per protocol* confirmam e reforçam os resultados anteriores descritos na análise *intent to treat*.

4.1.3. 3ª fase – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS

À medida que florescem os estudos sobre psicoterapias, tem havido um interesse crescente na investigação sobre os processos de mudança associados às intervenções psicossociais, ou seja, se a base teórica da psicoterapia em concreto é responsável pela sua eficácia (Kazdin, 2000, 2007; Rosenfeld et al., 2018). No entanto, poucos estudos abordaram esta questão na população com cancro e, até Rosenfeld et al. (2018), nenhum analisou o mecanismo de mudança nas psicoterapias suportadas no significado da vida (Rosenfeld et al., 2018; Sherman et al., 2010; Vallance et al., 2008).

Esta análise constitui uma fase independente da anterior, ou seja, a avaliação dos processos de mudança terapêutica promovidos pela PGCS – versão 4 sessões, na qual foi usada uma abordagem mista, quantitativa e qualitativa (análise narrativa), que é a considerada mais útil (Croy, 2010; Rosenfeld et al., 2018).

A discussão ocorrerá de acordo com a seguinte ordem:

- 1ª etapa – Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS:
  - Resultados preliminares (*n*=24) – análise dos padrões e processos terapêuticos;
  - Resultados definitivos (*n*=51) – análise dos padrões e processos terapêuticos e foco proporcional;
- 2ª etapa – Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial:

- Análise de moderação (presença em ≥ 3 sessões [n=38] *vs.* presença na 2ª sessão [n=44]) na relação entre perturbação psicológica no início da PGCS e a QdV no final da PGCS.

Análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS

Os **resultados preliminares**, obtidos com uma amostra de 24 participantes, foram publicados por Da Ponte et al. (2020) (anexo 5.10 - Resultados - Figura H).

A análise preliminar verificou que a perceção das incapacidades mental e física e o seu valor varia de acordo com as normas sociais e a cultura (Kim, & Schulz, 2007; Sutkevičiūtė, Stančiukaitė, & Bulotienė, 2017). Na categoria "identidade antes e depois do diagnóstico de cancro" os participantes demonstraram dificuldade em identificar a sua identidade pela inerente e pré-concebida associação com a incapacidade física. Isto foi também reportado por Leng et al. (2019), que descreveram as principais mudanças após o diagnóstico de cancro: "mudança nos objetivos em termos de ocupação, dor e aparência físicas e uma mudança da independência para a dependência e a interdependência" (Leng et al., 2019). Outro achado interessante, e já descrito na literatura, ocorreu na categoria "transições", onde a partilha de experiências suportou o benefício do modelo de identificação que existe na terapia de grupo (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2012, 2015b; Fraguell et al., 2017; Kissane et al., 2007; Limonero, Tomas-Sabado, & Gomez-Romero, 2014).

Os padrões estabelecidos entre as categorias foram bastante claros no que diz respeito aos "Momentos com Significado" e "Fontes Históricas do Significado", o que pode ser interpretado, na opinião da investigadora, pela simplicidade do pensamento (ié, concretista) que estas categorias implicam – é exemplo a dimensão "legado passado", da categoria "Fontes Históricas do Significado", que deu uma oportunidade para a partilha espontânea de memórias, na sua maioria, agradáveis. Ao contrário, Fraguell et al. (2017) e Rosenfeld et al. (2018) demonstraram, com forte evidência, que as melhorias causadas pela PGCS são mediadas pela aceitação do diagnóstico e prognóstico do cancro, apesar do sentimento de "crise" que frequentemente acompanha a consciencialização destes aspetos; já Lethborg et al. (2019) demonstraram um aumento do foco no significado com consequente diminuição no

sofrimento (Fraguell et al., 2017; Lethborg, & Schofield, 2012; Lethborg et al., 2019; Rosenfeld et al., 2018).

A análise preliminar, de Da Ponte et al. (2020), identificou os "Momentos com Significado" e as "Fontes Históricas do Significado" como as categorias com maior impacto nos participantes, estabelecendo padrões significativos, podendo constituir os mecanismos responsáveis pelos processos terapêuticos de mudança da PGCS nesta amostra de doentes. No entanto, a cultura da amostra estudada pode influenciar os resultados, tal como já constatado no estudo que realizou a adaptação da PGCS para a língua portuguesa (Da Ponte et al., 2018), o que é também suportado pela vasta literatura acerca da influência da cultura no conceito do "significado da vida".

Uma das limitações desta análise preliminar pode ser a própria metodologia de análise (narrativa), dado que os temas das sessões foram usados como categorias e os subtemas como dimensões. No entanto, esta metodologia pode, paradoxalmente, constituir um ponto forte ao diminuir a subjetividade da codificação (ainda mais reduzida pela análise sistematizada levada a cabo pelos participantes e pelo terapeuta e, posteriormente, por dois investigadores independentes). O uso de uma análise quantitativa simplista para estabelecer as relações (ié, padrões) entre as categorias pode constituir uma limitação, mas foi considerado que, devido à diversidade das variáveis, uma análise mais elaborada tiraria poucos benefícios.

Os **resultados definitivos** da análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS tiveram uma amostra com o dobro do tamanho (n=51) daquela usada na análise preliminar, mas com características sociodemográficas e clínicas bastante similares.

Além da identificação dos padrões das conexões entre as categorias e dos processos terapêuticos, os resultados definitivos acrescentaram a análise do foco proporcional; a inclusão de um *item* adicional *"feedback* pessoal" permitiu a análise das experiências dos participantes, que constitui uma contribuição valiosa e única para entender o processo terapêutico, particularmente a forma como a perceção do participante difere daquela do terapeuta (Croy, 2010; Lethborg et al., 2019).

Os padrões mais frequentes foram os mesmos já verificados na análise preliminar, ou seja, "Momentos com Significado e "Fontes Históricas do Significado", suportando a conclusão de que estas duas categorias poderão constituir os mecanismos responsáveis pelos processos

terapêuticos de mudança nesta população em específico. A categoria "Transições" estabeleceu um padrão com o item adicional – "*feedback* pessoal – o que remete para eficácia da psicoterapia na sua globalidade e para o crescimento pessoal dos participantes ("Transições" constitui um tema da PGCS reflexivo sobre as aprendizagens obtidas relativas às Fontes do Significado).

Por outro lado, a análise do foco proporcional suportou os achados anteriores, ao mostrar que a maior parte do tempo despendido na PGCS foi nas categorias "Momentos com Significado" e "Fontes Históricas do Significado", e ao relevar para a relação entre os "Momentos com Significado" e "Fontes Históricas do Significado".

Em suma: a análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS, seja pela identificação dos padrões e/ou do foco proporcional, mostrou dois possíveis mecanismos responsáveis pelos processos terapêuticos de mudança – Momentos com Significado e Fontes Históricas do Significado – indo ao encontro da teorização de que as "Fontes Históricas do Significado" são tema fulcral na PGCS.

Efeito dos processos terapêuticos de mudança na QdV e bem-estar existencial

A análise de moderação veio confirmar o efeito moderador da presença em ≥ 3 sessões, ou seja, a quantidade de sessões necessária para assegurar a "dose" adequada do tratamento mantendo a abordagem conservadora da PGCS, na relação entre o *distress* no início da psicoterapia e a QdV (total e existencial) no fim da intervenção. Este achado suporta o efeito da PGCS, na sua globalidade, como o próprio processo terapêutico de mudança, ou seja, o (encontrar/aumentar) significado como base teórica da PGCS como mecanismo responsável pela mudança. Apesar disto, verificou-se que o impacto na QdV depende dos níveis de *distress baseline*, ou seja, o impacto na QdV é maior quanto menor for o *distress* inicial – este achado pode ser reflexo da duração breve da psicoterapia que limita os benefícios (Spiegel et al., 1981).

Apesar da assunção, *a priori*, de que as "Fontes Históricas do Significado" teriam papel central como um dos mecanismos responsáveis pelo processo terapêutico de mudança – suportado, aliás, pelos resultados da análise anterior dos processos terapêuticos de mudança

promovidos pela PGCS – quando foi analisado o efeito moderador da presença na sessão 2, cujo tema, na versão adaptada, são as "Fontes Históricas do Significado", não foi demonstrado o seu efeito moderador na relação entre a perturbação psicológica no início da psicoterapia e a QdV no final da intervenção. Este resultado suporta a hipotetização de que as "Fontes Históricas do Significado" constituem um mecanismo inerente à PGCS como um todo, não podendo ser consideradas, *per se*, como mecanismo individual, no sentido em que a presença numa única sessão não suplanta o benefício de uma PGCS estruturada.

Assim, na sua conjuntura, estes resultados suportam que, e especificamente para o presente estudo, o mecanismo responsável pelo processo terapêutico de mudança é a PGCS na sua globalidade, o que vai de encontro ao estudo de Rosenfeld et al. (2018), que comprovaram que o "mecanismo de ação" da mudança da PGCS em doentes com cancro consistiu no "encontrar" (ou aumentar) o significado da vida na sua generalidade.

Em suma, a 3ª fase do estudo – Avaliação dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS, estudou a **Hipótese 2 da presente investigação *("Na PGCS existem processos terapêuticos de mudança, específicos e gerais, que modulam o impacto do cancro na QdV e bem-estar espiritual e psicológico")*** e **suportou parcialmente o *outcome* secundário da investigação, ou seja, *"Os processos terapêuticos de mudança da PGCS dependem da "dose" de tratamento aplicada".*** Quanto às "Fontes Históricas do Significado", estas poderão constituir um dos mecanismos responsáveis pelos processos terapêuticos de mudança, numa consideração integrada da PGCS.

4.1.4. Caracterização da adesão do terapeuta ao manual standardizado da PGCS

A *checklist* da adesão do terapeuta é uma escala, que consta do manual *standardizado* da PGCS, e que tem como objetivo avaliar a adesão do terapeuta à estrutura da cada sessão. A sua análise é importante dado que permitiu verificar, na prática, os efeitos da adaptação da PGCS para um formato breve com 4 sessões.

Constatou-se que a adesão do terapeuta aos objetivos foi menor na sessão 3 (Tabela 20), o que está relacionado, muito provavelmente, com o facto desta sessão ter passado a incluir três temas (Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado) da versão original da PGCS mas mantendo a mesma duração – isto significa, muito provavelmente, que a versão adaptada terá de ser modificada no sentido de aumentar a duração da sessão em causa, modificar a sua estrutura diminuindo o número de exercícios, ou subdividi-la em mais de uma sessão mantendo a mesma duração (sendo esta a hipótese mais eficaz segundo Croy et al., 2010).

Até à data, e que seja do conhecimento geral, nenhuma outra investigação estudou a "adesão" do terapeuta à estrutura da PGCS e estes resultados podem ser enriquecedores para guiar futuras adaptações da PCS.

Limitações do estudo

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da realização do presente estudo terem sido expressas no decurso deste articulado, não será demais revê-las e refletir, sendo certo que as mesmas já foram alvo de análise na publicação "*Meaning Centered Group Psychotherapy in portuguese cancer patients: a pilot exploratory trial*" (Da Ponte et al, 2021).

Aliás, a motivação para a continuação do estudo foi sendo suportada pela, cada vez maior (e verificada no decurso deste longo caminho), certeza da necessidade de aprofundar do significado da vida numa sociedade (portuguesa) cuja cultura determina a visão existencial da vida, num concretismo de religiosidade enraizada.

Assim, enumeram-se algumas limitações do estudo e a sua respetiva discussão.

Logo na primeira fase do estudo, **a adaptação e validação transculturais do manual da PGCS** verificaram a necessidade de clarificação de alguns termos, tendo sido constatado que tal era independente do nível de escolaridade dos participantes. Isto levantou o pressuposto de que os termos usados pela abordagem existencialista da PGCS dependem da cultura, ou seja, o significado da vida mais provavelmente é um conceito culturalmente determinado numa população que ainda encerra fortes influências religiosas, neste caso, da igreja católica.

A **ausência da viabilidade da aplicabilidade da versão original da PGCS, com 8 sessões de periodicidade semanal** (verificada pelo ensaio preliminar), dado o elevado número de *drop-outs*, obrigou a refletir sobre a continuidade do estudo. Apesar de estar bem descrita a relação entre as limitações da investigação psicossocial em doentes com cancro motivada, principalmente, pelo *burden* dos sintomas e elevado consumo de tempo em tratamentos, tal não era expectável. A reflexão dos motivos para *drop-out*, a experiência prática anterior da investigadora e a pesquisa bibliográfica de estudos de adaptação da PGCS, bem como a discussão com o autor da PCS, culminaram numa adaptação da PGCS para uma versão que diminuiu o número de sessões de periodicidade semanal. Assim, surgiu a versão breve da PGCS com 4 sessões. A fase do estudo que se seguiu (estudo piloto), bem como a fase *a posteriori* (estudo de eficácia), por uma questão de consistência e replicação, mantiveram a mesma metodologia em termos de critérios de inclusão e exclusão, momentos de avaliação, instrumentos, e critério para *drop-out* (ou seja, a presença em menos de 3 sessões – já usado pelo autor da PGCS). Assim, o **estudo piloto realizado com a versão breve da PGCS (com 4 sessões) veio a confirmar a sua viabilidade,** ao constatar menor número de *drop-outs*, permitindo, assim, a continuação do projeto para a fase do "estudo de eficácia", cujo objetivo primário foi "*Avaliar o impacto da PGCS na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro*". A amostra do estudo piloto foi incluída no *n* do "estudo de eficácia", atentando-se para a possível limitação criada do **estudo piloto ter consistido num estudo do tipo interno**. No entanto, considerou-se que: o ensaio preliminar havia proporcionado a testagem da metodologia (critérios de inclusão e exclusão, momentos de avaliação, instrumentos, e critério para *drop-out*), e o estudo piloto constatou a viabilidade da utilização da versão breve da PGCS, com 4 sessões, ao verificar menor número de *drop-outs*.

O "estudo de eficácia", que comparou o grupo de intervenção (PGCS – n =51) *vs.* grupo controlo (CAU – n =40), **compreendeu as suas limitações em termos de colheita de amostra e análise, apenas permitindo ser considerado, após a sua realização, como um "estudo exploratório",** cuja ênfase na eficácia teve de ser diminuída, mas que manteve (e cumpriu) o objetivo primário de avaliação do impacto da PGCS na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro.

A colheita da amostra apenas foi possível mediante um **alargamento das fontes de recrutamento, uma limitação, aliás, já considerada na literatura** no que diz respeito às condicionantes dos estudos sobre intervenções psicossociais em doentes oncológicos, com

baixas taxas de recrutamento mesmo com esforços agressivos de divulgação. Assim, a inclusão de participantes pertencentes a associações de doentes oncológicos permitiu a continuidade da presente investigação, apesar de, provavelmente, ter introduzido alguma heterogeneidade na amostra, nomeadamente no que diz respeito a antecedentes psiquiátricos, local de residência e tratamentos para a doença oncológica.

A **ausência de randomização da amostra constituiu outra limitação,** que foi assumida a partir do momento que em se começou a colocar em prática a PGCS, dado que se constataram, in loco, questões éticas – a partir deste momento, foi ponto assente que o participante, doente oncológico, teria a possibilidade de escolha/preferência, após consentimento informado. **Esta limitação deu origem a outras consequentes, nomeadamente a distribuição (ou, num conceito mais generalista, a alocação) dos participantes de acordo com a sua preferência, critérios de inclusão mais vastos e ausência de screening.** Quanto à primeira limitação, ressalva-se que esta foi alvo de estudos anteriores que demonstraram que a preferência/escolha do participante (doente oncológico) na intervenção psicossocial não constituiu fator de predição de atrito, suportando que qualquer outcome positivo acerca da eficácia da intervenção deve-se à própria terapia. Assim, assumindo-se a "preferência" do participante, advoga-se a natureza do seu distress, sentimento subjetivo de sofrimento na perspetiva multidimensional, não obrigatoriamente correspondente à medida objetivável da sua intensidade (ié, screening) mas minimamente controlável por critérios de inclusão (vastos mas) concretos, que replicassem estudos anteriores e fossem uniformes entre os recrutadores.

A ausência de validação formal do termómetro do *distress* na população portuguesa é um fator, que na sua essência, poderá ser considerado uma limitação. No entanto, considera-se que não põe em causa os resultados da investigação. Em primeiro lugar, Ouakinin et al. (2018) mostrou que a tradução do termómetro do *distress* para a língua portuguesa apresentou correlações positivas estatisticamente significativas entre o item único do termómetro do *distress* e o BSI, nos domínios somatização (r=.263; p=.000), depressão (r=.380; p=.000) e ansiedade (r=.362; p=.000) (Ouakinin et al., 2018). Em segundo lugar porque, na presente investigação, a análise *teste-reteste* do termómetro do *distress* no grupo controlo, que não pressupõe mudanças dado que não sofreu intervenção, foi de .54 ($p<.001$), demonstrando a sua consistência interna e fiabilidade nesta amostra em particular. Em terceiro lugar, revisões da literatura acerca de revisões sistemáticas da tradução, validação e características do item único do termómetro do *distress* (Roth et al., 1998), numa escala

mundial, encontraram 21 versões não inglesas do termómetro do *distress*, o seu uso em 32 países que não os Estados Unidos, e 18 estudos de validação das versões não inglesas. Os instrumentos para validação mais comumente usados foram a HADS e o BSI-18, tendo sido identificados valores de sensibilidade de 0.50 a 1.00 (média de 0.83), especificidade de 0.36 a 0.98 (média de 0.68), e uma acurácia discriminatória que variou entre 0.47 a 0.90 (média de 0.79). Concluem que o termómetro do *distress* mantém boas propriedades psicométricas dentro dos diferentes países e culturas e que, de forma consistente com os resultados do estudo de validação original, apresentam um *cut-off* de 4, indicativo de *distress* clinicamente significativo (Donovan et al., 2014; Ownby, 2019).

As possíveis limitações relativas à heterogeneidade da amostra no que diz respeito à zona de residência, antecedentes psiquiátricos e tratamentos submetidos (maior proporção significativa de participantes do grupo de intervenção com residência em áreas suburbanas/rurais e antecedentes psiquiátricos, e menor proporção significativa de participantes do grupo de intervenção submetidos a cirurgia) têm de ser interpretadas à luz da análise estatística realizada, que controlou possíveis fatores confundentes (como os antecedentes psiquiátricos) considerados importantes no *timing* do estudo e de acordo com a revisão da literatura. Aliás, esta limitação é assumida *a priori*, na descrição da análise estatística, e está bem descrita, também, na literatura.

É também à luz destas considerações que **a inclusão de todos os participantes numa análise estatística,** do tipo *intent-to-treat*, incluindo aqueles que cumpriam os critérios de *drop-out* (*n* =13/51), é interpretada, permitindo-se evitar uma estimativa enviesada da eficácia de uma intervenção que pode resultar com a remoção dos casos desistentes, conservando-se o tamanho da amostra.

Pelas limitações enumeradas, o termo "estudo de eficácia" foi reformulado, no final deste projeto, para "estudo exploratório de eficácia". Aliás, a adaptação da versão original da PGCS para a versão breve de 4 sessões também assim o obrigou. Apesar da versão breve da PGCS ter demonstrado os seus benefícios na QdV, sintomas depressivos e *distress*, não conseguiu demonstrar o impacto na ansiedade e bem-estar espiritual. Quanto a este último ressalva-se que, aludindo para as considerações já tecidas quanto à adaptação e validação transculturais, os resultados sejam interpretados à luz da cultura da amostra.

Ainda se apontam para **as limitações da aplicação própria versão breve da PGCS** que, não excluindo o benefício demonstrado, pode ter tido impacto nos *outcomes*. Assim, constatou-se dificuldades em cumprir todos os objetivos da sessão 3, muito possivelmente pelo seu conteúdo, que passou a condensar três temas. Uma proposta futura é que esta sessão seja repartida em duas, ou que a sua duração seja aumentada.

No que diz respeito às limitações da análise dos processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS, assumiu-se presunção da sessão 2 como o hipotetizado mecanismo específico responsável pelo processo de mudança – "Fontes Históricas do Significado" – aventado pelos resultados anteriores da avaliação dos processos terapêuticos de mudança, que constataram as "Fontes Históricas do Significado" e os "Momentos com Significado" como as categorias que estabeleceram padrões mais frequentes, bem como despenderam mais tempo da psicoterapia.

Pontos fortes do estudo

O processo de tradução e adaptação do Manual da PGCS para a língua portuguesa bem como a validação da versão adaptada usada neste trabalho permitiram colocar à disposição dos clínicos um novo método terapêutico para os doentes oncológicos, bem como uma ferramenta para a investigação.

Por outro lado, ficou comprovada a aceitação desta modalidade terapêutica por parte dos doentes, bem como os seus benefícios em termos da QdV e do bem-estar psicológico. Este estudo exploratório de eficácia conseguiu demonstrar resultados consistentes na análise *intent to treat*, suportados pela análise *per protocol*, nas várias modalidades estatísticas utilizadas (análises de moderação, regressão, entre grupos, intragrupo, e de eficácia nos *outcomes*), sustentando, assim, o impacto da PGCS na melhoria da QdV e níveis de depressão e *distress*.

4.2. Conclusões

Em termos de conclusões, considera-se que o **presente estudo conseguiu analisar de forma detalhada as duas hipóteses colocadas:**

- Hipótese 1: *"A PGCS é uma intervenção psicossocial eficaz na melhoria da QdV, bem-estar psicológico e espiritual dos doentes com cancro";*
- Hipótese 2: *"Na PGCS existem processos terapêuticos de mudança, específicos e gerais, que modulam o impacto do cancro na QdV e bem-estar espiritual e psicológico"*)

Tendo em conta a conclusão de que o estudo de eficácia apenas poderá ser assumido como um estudo exploratório, os *outcomes* necessitam ser ajustados de acordo – **assim, esta investigação comprovou (parcialmente) os *outcomes* esperados:**

- *Outcome* primário: *"A PGCS é uma intervenção psicossocial que melhora a QdV nos doentes com cancro";*
- *Outcomes* secundários:
    - *"A PGCS melhora a sintomatologia depressiva e o distress nos doentes com cancro";*
    - *"Os processos terapêuticos de mudança da PGCS dependem da "dose" de tratamento aplicada, e as "Fontes Históricas do Significado" constituem um mecanismo integrado do processo terapêutico de mudança mediado pelo (encontrar/aumentar) o significado da vida".*

Apesar das limitações do estudo já enumeradas, **considera-se que os objetivos propostos foram cumpridos:**

Primários:

1. Avaliar o impacto da PGCS na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro;
2. Identificar os processos terapêuticos de mudança promovidos pela PGCS;

Secundários:

1. Adaptar e validar a PGCS à população portuguesa;
2. Descrever o impacto da doença oncológica na QdV, bem-estar psicológico e espiritual numa amostra de doentes com cancro;

Ainda no que diz respeito às limitações, é necessário fazer uma profunda reflexão e procurar formas de ultrapassá-las – assim, propõe-se:

- Maior sensibilização das estruturas de saúde para a realização de investigação;
- Maior sensibilização, tanto dos profissionais como dos doentes, para a necessidade de investigação na área dos cuidados psicossociais;
- Procurar parcerias para o desenvolvimento da investigação nesta área;
- Apostar no desenvolvimento dos cuidados psicossociais do doente oncológico;
- Promover a literacia para a saúde.

Em termos futuros, é desejável a replicação deste estudo, com uma amostra maior, que permita a efetivação de um estudo de eficácia, bem como uma análise mais aprofundada dos processos terapêuticos de mudança.

Considera-se, no entanto, que esta investigação foi um importante contributo para a futura implementação da PGCS em Portugal.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAU – *Care as Usual;*

CCC - Cuidados do Cuidador do doente com Cancro;

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;

CP - Cuidados Paliativos;

BSI – Brief Symptom Inventory;

DAQ – Death Anxiety Questionnaire;

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;

ERC – Estudos Randomizados Controlados

FACIT-sp-12 – *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale*;

GC – Grupo Controlo;

GI – Grupo de Intervenção;

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*;

HADS-A – *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Anxiety;

HADS-D – *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Depression;

HIV – Human Immunodeficiency Virus;

HPA - hipotálamo-pituitário-adrenal;

HT – hormoterapia;

ICD – International Classification of Diseases;

ié – isto é;

IL – interleucinas;

MA – Massagem terapêutica;

McS – Momentos com Significado;

MQOL – *McGill Quality of Life Questionnaire*;

n/a – não aplicável;

NCCN – National Comprehensive Cancer Network;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PCS – Psicoterapia Centrada no Significado;

PCS-C – PCS para os cuidadores de doentes com cancro

PCS-CP - PCS para os Cuidados Paliativos (PCS - CP)

PCS – L - PCS para o Luto;

Pe – por exemplo;

PGCS – Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (*ou MCGP: Meaning Group Centered Psychotherapy);*

PGCS – SC- PGCS para os Sobreviventes de Cancro;

PGS – Psicoterapia de Grupo de Suporte;

PICS – Psicoterapia Individual Centrada no Significado;

PS – Psicoterapia de Suporte;

QdV – Qualidade de Vida;

QT – Quimioterapia;

RCT – Randomized Controlled Trial;

RT – Radioterapia;

SNC – Sistema Nervoso Central;

TD – Termómetro do Distress;

TNF – tumor necrosis factor;

vs – versus;

REFERÊNCIAS

Adler, N. E. (2008). Page A and National Institute of Medicine Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs.*

Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Ueda, S., Akizuki, N., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Matsuki, H., Hirabayashi, E., & Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*, *31*, 188–194.

Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: A longitudinal study. *Cancer*, *92*, 2609–2622.

Alves, Z., & Silva, M. H. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paideia*, *2*, 61–69.

An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psychooncology*, *27*(11), 2566–2572.

Andersen, B. L., Derbies, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K., Somerfield, M. R., & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, *32*, 1605–1619.

Applebaum, A. J., Kulikowski, J. R., & Breitbart, W. (2015). Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C): Rationale and Overview. *Palliative and Supportive Care*, *13*(6), 1631–1641.

Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Pessin, H. A., Radomski, J. N., Simay Gökbayrak, N., Katz, A. M., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2012). Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *21*(11), 1195–1204.

Arnold, D. M., Burns, K. E. A., Adhikari, N. K. J., Kho, M. E., Meade, M. O., & Cook, D.

J. (2009). The design and interpretation of pilot trials in clinical research in critical care. *Critical Care Medicine*, *37*(SUPPL. 1), 69–74.

Ashbury, F. D., Madlensky, L., Raich, P., Thompson, M., Whitney, G., Hotz, K., Kralj, B., & Edell, W. S. (2003). Antidepressant prescribing in community cancer care. *Support Care Cancer*, *11*, 278–285.

Ashing, K., Serrano, M., Weitzel, J., Lai, L., Paz, B., & Vargas, R. (2014). Towards developing a bilingual treatment summary and survivorship care plan responsive to Spanish language preferred breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, *8*(4), 580–594.

Bachem, R., & Casey, P. (2018). Adjustment disorder: a diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 243–225.

Baker, D. L., Melnikow, J., Ly, M. Y., Shoultz, J., Niederhauser, V., & Diaz, E. (2010). Translation of health surveys using mixed methods. *J Nurs Scholarsh*, *42*(4), 430–438.

Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Perez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., … Voltz, R. (2016). An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS ONE*, *11*(1), 1–14.

Balbuena, L., Baetz, M., & Bowen, R. (2013). Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: A 14-year follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(4), 225–232.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Jones, R. D., & Berard, R. M. (2001). Consensus statement on depression, anxiety, and oncology. *J Clin Psychiatry*, *62*, 64–67.

Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, *30*, 446–460.

Besisik, S. K., Kocabey, G., & Caliskan, Y. (2003). Major depression and psoriasis

activation due to interferon-α in a patient with chronic myeloid leukemia; “overlooked and/or misdiagnosed adverse reaction in malignant disease”. *Am J Hematol*, *74*, 224.

Block, S. D. (2000). Assessing and managing depression in the terminally III patient. *Annals of Internal Medicine*, *132*(3), 209–218.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss.* Basic Books.

Bracken, B. A., & Barona, A. (1991). State of the art procedures for translating, validating and using psychoeducational tests in cross-cultural assessment. *Sch Psychol Int*, *12*(1), 119–132.

Brandão, T., & Mena, P. (2015). Eficácia das intervenc¸ões psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, *33*(1), 98–106.

Branigan, M. (2015). Desire for hastened death: Exploring the emotions and the ethics. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *9*(1), 64–71.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, *68*, 394–424.

Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*, *2*(1), 77–94.

Breitbart, W. (2000). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy intervention in advanced cancer. *Support Care Cancer*, *10*, :272–278.

Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, *10*(4), 272–280.

Breitbart, W. (2017). *Meaning-Centered Psychotherapy in the Cancer Setting: Finding Meaning and Hope in the Face of Suffering.* Oxford University Press.

Breitbart, W. (2018). Dignity and Meaning in Supportive Care. *Palliative Support Care*, *16*(1), 641–642.

Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*, 1206–1214.

Breitbart, W., & Alici, Y. (2014). *Psychosocial Palliative Care.* Oxford University Press.

Breitbart, W., & Applebaum, A. (2011). The IPOS Academy Handbook of Psychotherapies in Cancer Care. In D. Watson, M. and Kissane (Ed.), *Meaning-Centered Group Psychotherapy* (pp. 1–35). Wiley Blackwell /IPOS Press.

Breitbart, W., & Heller, K. (2003). Reframing hope: Meaning-centered care for patients near the end of life. *Journal of Palliative Care*, *6*(6), 979–988.

Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Applebaum, A. J. (2018). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for the Treatment of Psychological and Existential Distress : A Randomized Controlled Trial in Patients With Advanced Cancer. *Cancer*, *124*(15), 3231–3239.

Breitbart, W., & Poppito, S. R. (2014). *Meaning Centered Group Psychotherapy for patients with advanced cancer*. Oxford University Press.

Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B. R. (2012). Pilot Randomized Controlled Trial of Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(12), 1304–1309.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, a, Timm, a K., 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*(1), 21–28.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. (2015a). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *33*(7), 749–754.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015b). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(7), 749–754.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., & Brescia, R. (2000a). *Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer*. *284*(22), 2907–2911.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., & Brescia, R. (2000b). for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA*, *284*(22), 2907–2911.

Carneiro, A. (2005). *A Ansiedade face à morte na mulher infectada pelo VIH. Coimbra.* Universidade de Coimbra.

Caruso, R., & Breitbart, W. (2019). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e86.

Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, *29*, 389–402.

Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, *56*(2), 146–155.

Casey, P. (2014). Adjustment disorder: new developments. *Current Psychiatry Reports*, *16*, 451.

Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*, *18*(11), 639-645.

Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L. N., Pirl, W. F., Goldman, R., Atlas, S. J., & Park, E. R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review. *Cancer*, *123*(20), 3882–3894.

Chang, C. K., Hayes, R. D., Broadbent, M. T., Hotopf, M., Davies, E., Møller, H., & Stewart, R. (2014). A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival. *BMJ Open*, *4*, e004295.

Chaturvedi, S. K., Maguire, P., & Somashekar, B. S. (2006). Somatization in cancer. *International Review of Psychiatry*, *18*, 49–54.

Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N., & Miller, D. K. (2002). Psychosocial—spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Med*, *16*(4), 331-338.

Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care—a new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *JAMA*, *287*(17), 2253–2260.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*, *46*, 7–10.

Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, *12*(8), 753–762.

Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Aus NZ J Psychiat*, *36*(6), 733-742.

Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C., & D., S. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*, *58*, 494–501.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* (2nd editio). Lawrence Erlbaum Associated, Publishers

Cohen, S. R., Sawatzky, R., Russell, L. B., Shahidi, J., Heyland, D. K., & Gadermann, A. M. (2017). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative Medicine*, *31*(2), 120–129.

Cohn, H. (1997). *Existential Tought and Therapeutic Practice. An Introduction to Existential Psychotherapy.* Sage Publications.

Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Michael, N., Kotov, R., Mullins-sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., & David, H. (2019). *A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research*. *14*(3), 419–436.

Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet. Psychiatry*, *4*, 330–338.

Costas-Muñiz, R., Torres-Blasco, N., Castro-Figueroa, E. M., González, C. J., Breitbart, W., & Gany, F. (2020). Meaning-Centered Psychotherapy for Latino Patients with Advanced Cancer: Cultural Adaptation Process. *Journal of Palliative Medicine*, *23*(4), 489–497.

Croy, P. (2010). *An investigation of the outcomes of psycho-oncology interventions*. Massey University, New Zealand.

Da Ponte, G. (2017). Psicoterapias Existenciais no Cancro. In *I Encontro Nacional das Secções da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*.

Da Ponte, G., Ouakinin, S., Santo, J. E., Amorim, I., Gameiro, Z., Fitz-Henley, M., & Breitbart, W. (2020). Process of therapeutic changes in Meaning-Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis. *Palliative and Supportive Care*, *18*(3), 254–262.

Dalton, S. O., Laursen, T. M., Ross, L., Mortensen, P. B., & Johansen, C. (2009). Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide, population based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *J Clin Oncol.*, *27*, 1440–1445.

De Vries, A. M., Forni, V., Voellinger, R., & Stiefel, F. (2012). Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychother Psychosom.*, *81*, 79–86.

Decat, L. & A. (2009). Distress Thermometer: validation of a brief screening instrument to detect distress in oncology patients. *Psico-USF*, *14*(3), 253–260.

Djukanovic, I., Carlsson, J., & Årestedt, K. (2017). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 1–10.

Donovan, K. A., Deshields, T. L., Corbett, C., & Riba, M. B. (2019). Update on the Implementation of NCCN Guidelines for Distress Management by NCCN Member Institutions. *JNCCN.Org*, *17*(10), 1251–1256.

Donovan, K. A., Grassi, L., Deshields, T. L., Corbett, C., & Riba, M. B. (2019). Advancing the science of distress screening and management in cancer care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.

Donovan, K. A., Grassi, L., McGinty, H. L., & Jacobsen, P. B. (2014). Validation of the Distress Thermometer worldwide: state of the science. *Psycho-Oncology.*, *23*, 241–250.

Duarte, A. C., Querido, A. I., & Dixe, M. A. (2010). Validação Trancultural da "McGill Quality of Life Questionnaire"- Qualidade de Vida dos doentes em Cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 437–448.

Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, *8*, 295–305.

Edmonds, C. V., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, *8*, 74–91.

Edwards, S. L. (2016). *Narrative analysis how students learn from stories.pdf*. *23*(3), 18–25.

Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 435–441.

Erci, B. (2013). Meaning in life of patients with cancer. *Palliative & Supportive Care*, *2015*, 1–8.

European Union, C. (2008). *Conclusions on reducing the burden of cancer*. 876th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting. Luxembourg, 10 June 2008. www.eu2008.si/%0Aen/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-cancer.%0Apdf.

Eusébio, S. (2013). *Determinantes psicofisiológicos da resposta ao stress: Aspectos do desenvolvimento e adaptação ao cancro da mama*. Universidade de Lisboa.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, *31*, 782–793.

Ferreira, P. L., & Pinto, A. B. (2008). Medir Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port. 2*, *21*, 111–124.

Folkman, S., & Folkman, S. (1997). Positive Psychological States and Coping With. *Social Science Medecine*, *45*(8), 1207–1221.

Fraguell, C., Limonero, N. T., & Gil, F. (2017). *Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy : Spanish experience*. 1–8.

Frankl, V. (1954). The concept of Man in Psychotherapy. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, *1*, 975–980.

Frankl, V. (1955). *The doctor and the soul*. Random House.

Frankl, V. F. (1992). *Man's Search for Meaning* (4th editio). Beacon Press.

Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, *22*, 642–646.

Geue, K., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Schulz, H., Weis, J., Koch, U., Wittchen, H. U., & Mehnert, A. (2018). Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psycho-Oncology*, *27*, 1802–1809.

Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a

review. *Journal of Oncology Practice*, *9*, 197–202.

Goes, P. S. (2007). *Validação de Instrumentos de Pesquisa*. Pesquisa Científica Em Saúde Coletiva. https://docs.ufpr.br/~niveam/micro da sala/aulas/tecnicas_de_pesquisa/validação_odonto.pdf

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M. ., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Speca, M., & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, *345*, 1719–1726.

Gotze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert, A. (2019). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, *28*, 211–220.

Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., Smith, G., & Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. *Palliat Support Care*, *4*, 47–56.

Grassi, L. (2019). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e89.

Grassi, L., Caraceni, A., Mitchell, A. J., Nanni, M. G., Berardi, M. A., Caruso, R., & Riba, M. (2015). Management of delirium in palliative care: a review. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 550.

Grassi, L., Caruso, R., Mitchell, A. J., Sabato, S., & Nanni, M. G. (2018). Screening for emotional disorders in patients with cancer using the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18 versus a standardized psychiatric interview (the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview). *Cancer*, *124*, 2415–2242.

Grassi, L., Caruso, R., & Nanni, M. G. (2013). *Somatization and somatic symptom presentation in cancer : A neglected area*. *25*(February), 41–51.

Grassi, L., Holland, J. C., Johansen, C., Koch, U., & Fawzy, F. (2005). Psychiatric concomitants of cancer , screening procedures , and training of health care professionals in oncology : the paradigms of psycho-oncology in the psychiatry field. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *II*, 59–66.

Grassi, L., & Nanni, M. G. (2016). Demoralization syndrome: New insights in psychosocial cancer care. *Cancer*, *122*, 2130–2133.

Grassi, L., & Riba, M. (2012). *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective.* Wiley.

Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L., & Biancosino, B. (2009). Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the distress thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, *114*, 193–199.

Grassi, L., Travado, L., Hoekstra-Weebers, J., & Watson, M. (2014). Bultz BD, Cummings GG, 2013 President's Plenary International Psycho-oncology Society: embracing the IPOSstandards as a means of enhancing comprehensive cancer care. *Psycho-Oncology*, *23*, 1073–1078.

Greenberg, D. (2013). Religion and mental health: A double-edged sword or a life-giving medicine? *World Psychiatry*, *12*(1), 40–41.

Hall, G. C., Hong, J. J., Zane, N. W., & Meyer, O. L. (2011). Culturally competent treatments for Asian Americans: the relevance of mindfulness and acceptance-based psychotherapies. *Clin Psychol Sci Pract*, *18*(3), 215–231.

Hambleton, R. K., & Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross-cultural assessments: use of improved methods for test adaptations. *Eur J Psychol Assess*, *11*(3), 147–157.

Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1990). Increasing the validity of adapted tests: myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *J Appl Test Technol*, *1*(1), 1e30.

Hamilton, B. L. (1977). An empirical investigation of the effects of heterogeneous regression slopes in analysis of covariance. Measurement,. *Educational and Psychological*, *37*(3), 701–712.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd editio). The Guilford Press.

Hey, J., Hosker, C., Ward, J., Kite, S., & Speechley, H. (2015). Delirium in palliative care: detection, documentation and management in three settings. *Palliative & Supportive Care*, *13*, 1541–1545.

Hippe, S., Schremmer, D., Lang, R., Rother, A., Obermeier, M., Grunbauer, A., Kalus, S., Engler, C., Groll, S., Hampl, R., Sommer, J., & Weigl, K. (2020). *GKM*. Clinfo.Eu. https://www.clinfo.eu/itt-vs-pp/

Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 206–221.

Holland, J., Watson, M., & Dunn, J. (2011). The IPOS new international standard of quality cancer care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*, *20*, 677–680.

https://www.facit.org/. (2011). *FACIT Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*. Https://Www.Facit.Org/. www.facit.org.

Huang, B., Appel, H. B., Ai, A. L., & Lin, C. J. (2012). Religious involvement effects on mental health in Chinese Americans. *Asian Culture and History*, *4*(1), 2.

Hulbert-Williams, N. J., Morrison, V., Wilkinson, C., & Neal, R. D. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: Re-testing Lazarus's transactional model. *British Journal of Health Psychology*, *18*(1), 97–121.

Jaiswal, R., Alici, Y., & Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry*, *26*(1), 87–101.

Julião, M. (2014). *Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos - Ensaio Clínico Aleatorizado e Controladp*. Universidade de Lisboa.

Jung, K. W., Won, Y. J., Kong, H. J., & Lee, E. S. (2018). *Cancer statistics in Korea: Incidence, mortality, survival, and prevalence in 2015. 50*, 303–316.

Junyong, I. (2017). Introduction of a Pilot Study. *Korean Journal of Anesthesiology*, *70*(6), 601–605.

Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G.

(2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*, *104*, 2872–2881.

Kang, K. A., Han, S. J., Lim, Y. S., & Kim, S. J. (2019). Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer Nursing*, *42*, 332–340.

Karanicolas, P. J., Graham, D., Gönen, M., Strong, V. E., Brennan, M. F., & Coit, D. G. (2013). Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: A prospective cohort study. *Ann Surg*, *257*, 1039.

Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry.*, *57*(9), 829–835.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol.*, *3*(1), 1–27.

Kim Y, Schulz R, C. C. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosom Med.*, *69*(3), 283–91.

Kisely, S., Crowe, E., & Lawrence, D. (2013). Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*, *70*, 209–217.

Kisely, S., Sadek, J., MacKenzie, A., Lawrence, D., & Campbell, L. A. (2008). Excess cancer mortality in psychiatric patients. *Can J Psychiatry*, *53*, 753–761.

Kissane, D., Grabsch, B., Clarke, D., Graeme, C. S., Love, A. W., Bloch, S., Snyder, R. D., & Li, Y. (2007). Supportive- expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho- Oncology*, *16*(4), 277–286.

Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, *12*(6), 532–546.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., Snyder, R. D., & Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with

metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology 1*, *16*, 277–286.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: A comparative analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, *38*, 320–326.

Koller, M., Kantzer, V., Mear, I., Zarzar, K., Martin, M., Greimel, E., Bottomley, A., Arnott, M., & Dagmara, K. (2012). The process of reconciliation: evaluation of guidelines for translating quality-of-life questionnaires. Outcomes Res. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, *12*(2), 189–197.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., … Goldberg, D. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477.

Kotov, Roman, Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., … Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477.

Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, *123*, 121–130.

Krupnick, J., Rowland, J., Goldberg, R., & Daniel, U. (1993). Professionally-led Support Groups for Cancer Patients: An Intervention in Search of a Model. *Internat J Psychiat Med*, *23*, 275–294.

Kuba, K., Esser, P., Mehnert, A., Hinz, A., Johansen, C., Lordick, F., & Gotze, H. (2019). Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health*

Psychology, *38*, 187–195.

Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H. U., Koch, U., & Mehnert, A. (2016). Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*, 289–296.

LaCour, P., & Hvidt, N. C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Soc Sci Med*, *71*(7), 1292-1299.

Lawlor, P. G., & Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. Nature. *Reviews Clinical Oncology*, *12*, 77–92.

Lee, S. A., Nam, C. M., Kim, Y. H., Kim, T. H., Jang, S., & Park, E. (2020). Impact of Onset of Psychiatric Disorders and Psychiatric Treatment on Mortality Among Patients with Cancer. *The Oncologist*, *25*, 1–10.

Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc Sci Med*, *62*, 3133–3145.

LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, *28*(3), 472–493.

Leng, J., Lui, F., Chen, A., Huang, X., Breitbart, W., & Gany, F. (2018a). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy in Advanced Cancer for the Chinese Immigrant Population. *Immigr Minor Health*, *20*(3), 680–686.

Leng, J., Lui, F., Chen, A., Huang, X., Breitbart, W., & Gany, F. (2018b). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy in Advanced Cancer for the Chinese Immigrant Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *20*(3), 680–686.

Leng, J., Lui, F., Huang, X., Breitbart, W., & Gany, F. (2019). Patient perspectives on adapting meaning-centered psychotherapy in advanced cancer for the Chinese immigrant population. *Supportive Care in Cancer*. https://doi.org/10.1007/s00520-019-4638-2

Lethborg C, Schofield P, and K. D. (. (2012). The patient experience of undertaking Meaning and Purpose 'MaP' Therapy in the setting of advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, *4*(10), 177–188.

Lethborg, C., Kissane, D. W., & Schofield, P. (2019). Meaning and Purpose (MaP) therapy I: Therapeutic processes and themes in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 13–20.

Li, M., Kennedy, E. B., Byrne, N., Gérin-Lajoie, C., Katz, M. R., Keshavarz, H., Sellick, S., & Green, E. (2017). Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, *26*(5), 573–587.

Li, M., Watt, S., Escaf, M., Gardam, M., Heesters, A., O'leary, G., & Rodin, G. (2017). Medical Assistance in Dying-Implementing a Hospital-Based Program in Canada. *New Engl J*, *376*(21), 2082.

Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative and Supportive Care*, *17*(1), 2–12.

Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Sweeney, C. R., Wiener, L., Roberts, K. E., Baser, R. E., Li, Y., Breitbart, W., Kissane, D. W., & Prigerson, H. G. (2015). Mental health services for parents who lost a child to cancer: if we build them, Will they come? *Journal of Clinical Oncology*, *33*(20), 2246–2253.

Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches?. *Psycho-Oncol*, *18*(1), 50-61.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading Analysis, And Interpretation.* Sage Publications.

Limonero, J.T., Toma´s-Sa´bado, J., Go´mez-Romero, M. J. (2014). Evidence for validity of the Brief Spanish, Coping Scale in a young Spanish sample. *The Journal of Psychology*, *17*, E34.

Lutgendorf, S. K., & Andersen, B. L. (2015). Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: Mechanisms and interventions. *Am Psychol*, *70*, 186–197.

Manderbacka, K., Arffman, M., Suvisaari, J., Ahlgren-Rimpiläinen, A., Lumme, S., Keskimäki, I., & Pukkala, E. (2017). Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*, *211*, 304–309.

Mass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of longterm symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas.*, *82*, 100–108.

Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, *32*, 57–71.

May, R. (1958). *Existence. A new dimension in psychiatry and psychology* (& H. F. E. R. May, E. Angel (ed.)). Basic Books.

McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, *361*(9369), 1603–1607.

McFarland, D. C., Walsh, L., Napolitano, S., Morita, J., & Jaiswal, R. (2019). *Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors*. Cancer Network. https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identifying-risk-factors

Medeiros, R., Júnior, M., Pinto, D., Vitor, A. S., Santos, V., & Barichello, E. (2015). Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*, 127–135.

Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., & Sommerfeldt S, Szalai C, W. H. and K. U. (2014). (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, *32*, 3540–3546.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U. ., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress.

Psycho-Oncology, *27*, 75–82.

Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, *19*, 141–149.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emot*, *27*(2), 77-102.

Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., Stein, K. D., Alteri, R., & Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics. *Cancer Journal for Clinicians*, *66*(4), 271–289.

Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(1), 89–94.

Miranda, N., & Portugal, C. (2014). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Doenças Oncológicas em Números 2015. *Direção Geral Da Saúde*, 5–65.

Mishara, B. L. (1999). Synthesis of research and evidence on factors affecting the desire of terminally ill or seriously chronically ill persons to hasten death. *Omega (Wesport)*, *39*, 1–70.

Mitchell, A. J. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer.*, *98*, 1934–1943.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis. *The Lancet Oncology*, *12*, 160–174.

Mols, F., Husson, O., Roukema, J. A., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). Depressive symptoms are a risk factor for allcause mortality: Results from a prospective population-based study among 3,080 cancer survivors from the profiles registry. *J Cancer Surviv*, *7*, 484–492.

Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., & Balaguer, A. (2011). The wish to hasten death: A review of clinical studies. *Psychooncology.*, *20*, 795–804.

Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chavez, C., Tomas-Sabado, J., & Mahtani-Chugani, V. Balaguer, A. (2012). What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One*, *7*, 1–16.

Montazeri, A., Jarvandi, S., Haghighat, S., Vahdan, i M., Sajadian, A., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Educ Couns*, *45*, 195–198.

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry Association*, *15*(1), 87–88.

Moyer, A., Sohl, S. J., Knapp-Oliver, S. K., & Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*, *35*(5), 475–484.

Musselman, D. L., Somerset, W. I., Guo, Y., Manatunga, A. K., Porter, M., Penna, S., Lewison, B., Goodkin, R., Lawson, K., Lawson, D., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (2006). A double-blind, multicenter, parallel-group study of paroxetine, desipramine, or placebo in breast cancer patients (stages I, II, III, and IV) with major depression. *J Clin Psychiatry*, *67*, 288–296.

Myrhaug, H. T., Mbalilaki, J. A., Lie, N. K., Hansen, T., & Nordvik, J. E. (2018). The effects of multidisciplinary psychosocial interventions on adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, *29*, 1–9.

Nehir, S., Tavşanli, N. G., Özdemir, C., & Akyol, T. (2017). A Determination of Hopelessness and the Perception of Illness in Cancer. *Omega (United States)*, *79*(2), 115–131.

Nissim, R., Gagliese, L., & Rodin, G. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med.*, *69*, 165–171.

Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*, 1227–

1234.

O'Connor, D. B., Cobb, J., & O'Connor, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences, 34*(2), 211–217.

Olejnik, S. F., & Algina, J. (1985). A review of nonparametric alternatives to analysis of covariance. *Evaluation Review*, *9*(1), 51–83.

Ouakinin, S., Eusébio, S., Nabais, I., Gonçalves, G., Da Ponte, G., & Bernardo, M. (2018). Distress Screening in an Integrated Cancer Treatment Approach. *Abstract Book - European Association of Psychosomatic Medicine* -, 153.

Ouakinin, S., Eusebio, S., Torrado, M., Silva, H., Nabais, I., Gonçalves, G., & Bacelar-Nicolau, L. (2015). Stress reactivity, distress and attachment in newly diagnosed breast cancer patients. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *3*(1), 424–438.

Ownby, K. (2019). Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, *10*(2), 175–179.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*, *12*(2), 225-235;

Parpa, E., Tsilika, E., Galanos, A., Nikoloudi, M., & Mystakidou, K. (2019). Depression as mediator and or moderator on the relationship between hopelessness and patients' desire for hastened death. *Supportive Care in Cancer*, *27*(11), 4353–4358.

Pascoe, S., Edelman, S., & Kidman, A. (2000). Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*, *34*, 785–791.

Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*, *43*, 992–999.

Pereira Dias, G., Hollywood, R., Bevilaqua, M. C., Silveira da Luz, A. C., Hindges, R., Nardi, A. E., & Thuret, S. (2014). Consequences of cancer treatments on adult hippocampal neurogenesis: implications for cognitive function and depressive symptoms. *Neurooncology.*, *16*, 476–492.

Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação Cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de fim de vida. *Cadernos de Saúde.*, *2*(4), 37–45.

Pereira, Filomena, & Santos, C. (2011). *Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase nal de vida * Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -*. *4*, 37–45. http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12537/1/CSaude_4-2 (4).pdf

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual Well -being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy -Spiritual Well -being Scale (FACIT -Sp)Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L & Cella D. Measuring spiritual Well -being in people with ca. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 49–58.

Péus, D., Newcomb, N., & Hofer, S. (2013). Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Medical Informatics and Decision Making.*, *13*(72), 1–7.

Pinquart, M., & Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychol Med*, *40*, 1797–1810.

Polacek, L. C., Reisch, S., Saracino, R. M., Pessin, H., & Breitbart, W. (2019). Implementation of a Meaning-Centered Psychotherapy training (MCPT) program for oncology clinicians: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Translational Behavioral Medicine*, 1–6.

Portenoy, R., Thaler, H., Kornblith, A., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., Smart-Curley, T., Kemeny, N., Norton, L., & Hoskins, W. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res*, *3*, 183–189.

Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care : An essential element of person - centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, *123*(9), 491–497.

Querido, A. I., & Dixe, M. A. (2010). A Esperança e qualidade de vida dos doentes em

cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 613–622.

Rasic, D. T., Belik, S. L., Bolton, J. M., Chochinov, H. M., & Sareen, J. (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*, *17*, 660–667.

Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Brau, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg DB, Handzo GF, Hoofring L, Huang C-H, Lally R, M. S., McGuffey L, Mitchell W, Morrison LJ, Pailler M, Palesh O, P. F., Pazar JP, Ralston L, Salman J, Shannon-Dudley MM, V. A., & (2019), M. N. and D. S. (2019). Distress management, version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *17*, 1229–1249.

Robin Cohen, S., Russell, L. B., Leis, A., Shahidi, J., Porterfield, P., Kuhl, D. R., Gadermann, A. M., & Sawatzky, R. (2019). More comprehensively measuring quality of life in life-threatening illness: The McGill Quality of Life Questionnaire - Expanded. *BMC Palliative Care*, *18*(1), 1–11.

Rodin, G. (2014). Effective treatment for depression in patients with cancer. *Lancet*, *384*, 1076–1078.

Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med*, *68*, 562–569.

Rodin, Gary, Chanpimol, S., Seamon, B., Hernandez, H., Harris-love, M., & Blackman, M. R. (2007). *HHS Public Access*. *16*(November 2016), 423–429.

Rosenfeld, B., Cham, H., Pessin, H., Breitbart, W., & Sciences, B. (2018). Why is Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients. *Psychooncology*, *27*(2), 654–660.

Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Pessin, H., Applebaum, A., Brescia, R., & Breitbart, W. (2017). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliat Med.*, *31*(2), 140-146.

Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H., & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, *82*(10), 1904–1908.

Routledge, C. (2012). Failure causes fear: the effect of self-esteem threat on death-anxiety. *J Soc Psychol*, *152*(6), 665-659.

Rustad, J. K., David, D., & Currier, M. B. (2012). Cancer and post-traumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations. *Palliative and Supportive Care*, *10*, 213–223.

Rybarski, R., Zarzycka, B., & Bernat, A. (2018). Measuring the quality of life of people with life-threatening illnesses: The internal structure of the Polish adaptation of the McGill Quality of Life Questionnaire - Revised. *Wspolczesna Onkologia*, *22*(4), 252–259.

Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2012). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, *30*, 121–127.

Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. *J Palliat Med*, *9*(6), 1376-1387.

Saracino, R. M., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Chochinov, H. M. (2019). Psychotherapy at the End of Life. *The American Journal of Bioethics*, *19*(12), 19–28.

Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, *115*, 5349–5361.

Saunders, C. (1983). *Living with dying.The management of terminal disease.* Oxford University Press.

Schmoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L., & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *7*(2), 69–77. http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L28197876%5Cnhttp://

Schneider, S., Moyer, A., Knapp-Oliver, S., Sohl, S., Cannella, D., & Targhetta, V. (2010). Pre-intervention distress moderates the efficacy of psychosocial treatment for cancer patients: A meta-analysis. *J Behav Med*, *33*, 1–14.

Shahidi, J., Khodabakhshi, R., Gohari, M. R., Yahyazadeh, H., & Shahidi, N. (2008). McGill Quality of Life Questionnaire: Reliability and validity of the Persian version in Iranian patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(4), 621–626.

Sherman, K. A., Heard, G., & Cavanagh, K. L. (2010). Psychological effects and mediators of a group multi-component program for breast cancer survivors. *J Behav Med.*, *33*(5), 378–391.

Silveira, A., Ribeiro, C., Gonçalves, J., Oliveira, A., Silva, I., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. (2009). Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.*, *8*, 59–66.

Smith, P. G., Morrow, R. H., & Ross, D. A. (2015). Preliminary studies and pilot testing. In P. G. Smith, R. H. Morrow, & D. A. Ross (Eds.), *Field Trials of Health Interventions: A Toolbox.* (3rd editio). Oxford University Press.

Snowden, A., White, C., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C., & Scott, R. (2011). The clinical utility of the Distress Thermometer: a review. British Journal of Nursing, 20(4), pp. 220-227. *British Journal of Nursing*, *20*(4), 220–227.

Sollner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*, *84*, 179.

Soussain, C., Ricard, D., Fike, J. R., Mazeron, J. J., Psimaras, D., & Delattre, J. Y. (2009). CNS Complications of radiotherapy and chemotherapy. *Lancet*, *374*, 1639–1651.

Sperber, M. (2011). *Suicide: Psychache and Alienation*. Psychiatrictimes. https://www.psychiatrictimes.com/view/suicide-psychache-and-alienation

Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, *38*, 527–533.

Spinelli, E. (2003). The existential-phenomenological paradigm. In & S. S. Ray Woolfe, Windy Dryden (Ed.), *Handbook of Counselling Psychology* (pp. 180–198). Sage Publications.

Stagno, D., Gibson, C., & Breitbart, W. (2004). The delirium subtypes: a review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. *Palliative and Supportive Care*, *2*, 171–179.

Sullivan, L. M., & D'Agostino, R. B. (1996). Robustness and power of analysis of covariance applied to data distorted from normality and floor effects: Homogeneous regression slopes. *Stat Med*, *15*(5), 477-496.

SurveyMonkey. (1999). *calculadora de tamanho da amostra*. SurveyMonkey. https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/

Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M., & Bulotienė, G. (2017). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica*, *24*(1), 67–73. https://doi.org/10.6001/actamedica.v24i1.3464

Swaine-Verdier, A., Doward, L. C., Hagell, P., Thorsen, H., & McKenna, S. P. (2004). Adapting quality of life instruments. *Value Health*, *7*(1), 27–30.

Tang, L., Li, Z., & Pang, Y. (2020). The differences and the relationship between demoralization and depression in Chinese cancer patients. *Psychooncology*, *29*(3), 532-538.

Teixeira, J. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, *3*, 289–309.

Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med Port*, *22*, 89–98.

Thompson, K., & Dale, W. (2015). How do I best manage the care of older patients with cancer with multimorbidity? *J Geriatr Oncol.*, *6*(4), 249–253.

Tierney, B., & Brown, P. H. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*, *38*(2), 310–319.

Travado, L., Reis, J. C., Watson, M., & Borràs, J. (2017). Psychosocial oncology care resources in Europe: a study under the European Partnership for Action Against

Cancer (EPAAC). *Psycho-Oncology*, *26*, 523–553.

Trejnowska, A., Goodall, K., Rush, R., Ellison, M., & McVittie, C. (2019). The relationship between adult attachment and coping with brain tumour: the mediating role of social support. *Psychooncology.*, *26*, 57–69.

Triandis, H. C. (1964). Cultural influences upon cognitive processes. New York and London: Academic Press; 1964: 1e48: A. In B. Leonard (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1–48). Academic Press.

Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *19*(6), 1661–1669.

Twillman, R. K., & Manetto, C. (1998). Concurrent psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression and anxiety in cancer patients. *Psychooncology*, *7*, 285–290.

Vallance, J. K., Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C., & Mackey, J. R. (2008). Analyzing theoretical mechanisms of physical activity behavior change in breast cancer survivors: results from the activity promotion (ACTION) trial. *Ann Behav Med.*, *35*(2), 150–158.

van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Juijpers, P., Knipscheer-Kuipers, K., Willemsen, V., Tollenaar, R., van Asperen, C. J., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: protocol of a randomized controlled trial. *Psychooncology*, *27*(7), 1772–1779.

Van der Spek, Nadia, Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., Witte, B. I., Tollenaar, R. A. E. M., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). Efficacy of Meaning-Centered Group Psychotherapy for cancer survivors: a Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine*, *47*(11), 1990–2001.

van der Spek, Nadia, Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Knipscheer-Kuipers, K., Willemsen, V., Tollenaar, R. A., van Asperen, C. J., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: protocol of a randomized controlled

trial. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 22.

van Lankveld, J. D. M., Fleer, J., Schroevers, M. L., Sanderman, R., den Oudsten, B. L., & Dekker, J. (2018). Recruitment problems in psychosocial oncology research. *Psycho-Oncology*, *27*(9), 2296–2298.

Van Loon, R. A. (1999). Desire to die in terminally ill people: a framework for assessment and intervention. *Health Soc Work.*, *24*, 260–268.

Vasquez, M. J. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. *The American Psychologist.*, *62*(8), 875–885.

Vehling, S., & Kissane, D. W. (2018). Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*, *27*(11), 2525–2530.

Vehling, S., & Mehnert, A. (2014). Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology*, *23*, 283– 290.

Villavicencio-Chavez, C., Monforte-Royo, C., Tomas-Sabado, J., Porta-Sales, J., Maier, M., & Balaguer, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology.*, *23*, 1125–1132.

Villegas, M. (1988). Hermeneutica fenomenologica del discurso psicoterapeutico. *Comunicação No I Congresso Mundial de Fenomenologia*.

Villegas, M. (1989). Psicoterapias existenciais. *Comunicação Nas 1.as Jornadas de Psicologia e Psicopatologia Fenomenológicas e Existenciais*.

Villoria, E., & Lara, L. (2018). Assessment of the hospital anxiety and depression scale for cancer patients. *Revista Medica de Chile*, *146*(3), 300–307.

Volcan, S. M., Sousa, P. L., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem -estar Transversal., espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo tranversal. *Revista de Saúde Pública*, *37*(4), 440-445.

Vordermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for Emotional Distress in Cancer patients: Institute., A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal of The National Cancer*, *101*(21), 1464–1488.

Wagner, L. I., Spiegel, D., & Pearman, T. (2013). Using the science of psychosocial care to implement the new American College of Surgeons Commission on cancer distress screening standard. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *11*, 214–221.

Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry.*, *1*, 343–350.

Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., Symeonides, S., Wall, L., Murray, G., & Sharpe, M. (2013). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, *24*, 895–900.

Wang, X., Walitt, B., Saligan, L., Cheung, C. W., Zhang, Z., Kong, H., Kong, H., & Kong, H. (2016). Chemobrain. *HHS Public Access*. *72*(1), 86–96.

Wang, Z., Koenig, H. G., Ma, H., & Shohaib, S. A. (2016). Religion, Purpose in Life, Social Support, and Psychological Distress in Chinese University Students. *Journal of Religion and Health*, *55*(3), 1055–1064.

Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, *16*(354), 1331-1336.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. M. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychosoc Oncol*, *12*, 33–46.

Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.*, 4:e003901.

Wei, D., & Liu, E. Y. (2013). Religious involvement and depression: evidence for curvilinear and stressmoderating effects among young women in rural China. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *52*(2), 349–367.

Wertz, R. T. (1995). Intention to treat: Once randomized, always analyzed. *Clin Aphasiol.*,

23, 57–64.

WHO. (2018). *World Health Organization (WHO) - Latest global cancer data.* Press Release No. 263, September 2018.

Wigmore, P. (2013). The effect of systemic chemotherapy on neurogenesis, plasticity and memory. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *15*, 211–240.

Wong, P. (2004). Existential psychology for the 21st century. International Journal of. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, *1*(1), 1–2.

Wong, R. L., El-Jawahri, A., D'Arpino, S. M., Fuh, C. X., Johnson, P. C., Lage, D. E., Irwin, K. E., Pirl, W. F., Traeger, L., Cashavelly, B. J., Jackson, V. A., Greer, J. A., Ryan, D. P., Hochberg, E. P., Temel, J. S., & Nipp, R. D. (2019). Use of antidepressant medications moderates the relationship between depressive symptoms and hospital length of stay in patients with advanced cancer. *The Oncologist*, *24*, 117–124.

Wood, R. Y., & Della-Monica, N. R. (2011). Psychosocial factors influencing breast cancer risk appraisal among older women. *Qualitative Health Research*, *21*(6), 783–795.

World Health Organisation. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, *41*, 1403-1409.

Yalom, I. (1980). *Existential Psycotherapy.* Basic Books.

Zigmond AS, S. R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.*, *67*, 361–370.

5. ANEXOS

5.1.Da Ponte et al. (2018)

Figura A – Psicoterapia Centrada no Significado: O estado da arte (Da Ponte et al., 2018)

Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.ae

152 *Current Psychiatry Reviews*, 2018, *14*, 152-159

REVIEW ARTICLE

Meaning Centered Psychotherapy: The State of the Art

Guida da Ponte[1,*], Jorge Espírito Santo[2], Humberto Santos[3], Zita Gameiro[4], Joana Gomes[5] and Sílvia Ouakinin[6]

[1]*Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal; Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal;* [2]*Oncology Unit, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal;* [3]*General Practitioner, Family Health Unit Castelo, Sesimbra, Portugal;* [4]*Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal;* [5]*Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal;* [6]*Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal*

Abstract: ***Background***: Meaning Centered Psychotherapy (MCP) was developed by Breitbart and collaborators for patients with advanced cancer and suffering from an existential distress in the face of death. It was first settled in a group format (MCGP) and subsequently has been adapted to an individualized format (IMCP). To this point, MCP is adapted to cancer caregivers (MCP-C), cancer survivors (MCGP-CS), bereaved parents (MC-GT) and palliative care (MCP-PC). The goal of this article is to review the framework of MCP and its subsequent adaptations.

Method: A nonsystematic review of a PubMed search of articles written in English, during 2000 and 2018.

Results: In 2010, Breitbart *et al.* published the first results of MCGP presenting it as an effective intervention to improve spiritual well-being, quality of life (QoL) and to reduce hopelessness and desire for hastened death in advanced cancer patients. Subsequent studies established the benefits of IMCP and MCGP for the same outcomes. They also confirmed the potential of MCP-C to mitigate caregiver burden, it´s efficacy improving personal meaning, psychological well-being and mental adjustment, and MC-GT as a means to help parents recognize meaningful experiences as they cope with grief. In the adaptation of MCP-PC, evidence suggests the feasibility, acceptability, and the potential for improving coping in the face of end of life issues.

Conclusion: MCP has proven effectiveness in improving QoL, reducing hopelessness, and desire for hastened death. The subsequent adaptations had positive outcomes, showing that meaning is important in the face of any kind of suffering that imposes limitations on life.

ARTICLE HISTORY

Received: June 21, 2018
Revised: August 15, 2018
Accepted: August 15, 2018

DOI:
10.2174/1573400514666180821105230

Keywords: Meaning-centered psychotherapy, sense of meaning, end of life issues, distress, coping with advanced cancer, cancer.

1. INTRODUCTION

1.1. Background

For cancer patients, there is an increasing recognition of the need for interventions that target spiritual well-being and a sense of meaning, because coping with advanced cancer can cause serious psychological distress even in the most resilient individuals [1, 2].

Distress can be manifested in many ways, ranging from depression and hopelessness to a loss of spiritual well-being, and even desire for hastened death. It is well known that depression and hopelessness are associated with poorer survival in cancer patients and higher rates of suicide, suicidal ideation and desire for hastened death [2-13].

Palliative care is being expanded beyond pain and physical symptom control to include psychiatric, psychosocial, existential, and spiritual domains of end-of-life care, which are even more prevalent than the first: one in three palliative care patients experience clinically significant depression and anxiety [14, 15].

The relevance of spiritual well-being and the role of meaning, namely in moderating depression, hopelessness and desire for death in terminally ill cancer patients, stimulated William Breitbart and his research group, at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, to develop a specific

*Address correspondence to this author at the Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro; Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal;
Tel: +351965308634; E-mail: guidadaponte@gmail.com

1573-4005/18 $58.00+.00 © 2018 Bentham Science Publishers

therapy that could address such issues. This intervention - Meaning Centered Psychotherapy (MCP) - should also address other specific necessities: short-term intervention and robust evidence of its efficacy. Previous studies using therapies within an existential domain showed modest results, with small treatment effects and inconsistent findings, due to small samples studies (*e.g.* 100 participants) [2, 8, 15-24].

Breitbart group highlighted the central role of meaning as a buffering agent protecting against depression, hopelessness and desire for hastened death among terminally ill cancer patients. [1, 5, 19, 25, 26] Also, patients who experience a more strong meaning after a cancer diagnosis have a higher psychological well-being and less distress, better adjustment and Quality of Life (QoL). On the contrary, the absence of meaning can lead to despair or demoralization; however, it can also trigger a search for meaning [27- 40].

In this context, MCP emerged as an existential therapeutic modality to help patients with advanced cancer to sustain or enhance a sense of meaning, peace and purpose in their lives, even when they approach the end of life [2, 8, 19, 27].

MCP is mainly grounded on Viktor Frankl´s work and his logotherapy, but also influenced by Spiegel, Yalom and Kissane [16, 24, 27, 41-43].

For Frankl, the desire to find meaning is the primary and basic motivation of human beings. Individuals have the freedom to find meaning in their existence and to choose their attitude to suffering, and life has meaning and never ceases to have it, even up to the last moment [8, 15, 31, 42, 44-46]. Meaning, or having a sense that one's life has meaning, involves the conviction that one is fulfilling a unique role and purpose in a life and that is a gift that comes with a responsibility to live up to one's full potential as a human being. In doing so, individuals are able to achieve a sense of peace, contentment, or even transcendence through connectedness with something greater than one's self [15]. Frankl viewed suffering, like the diagnosis of a terminal illness, as an opportunity for growth and meaning, as one learns to cope through three sources: creativity (*e.g.* work, deeds or dedication to causes), experience (*e.g.* nature, humor or love) and attitude (the attitude one takes towards suffering and existential problems) [8, 15, 31, 42, 44, 45, 47-49]. For Breitbart (2014), after a diagnosis of a potentially deadly illness, like cancer "either one has a loss of sense of meaning and purpose in life, or one has sustained or even heightened sense of meaning, purpose, and peace, which allows one to value more profoundly the time remaining and positively appraise events" [27, 50].

MCP was first developed in a group format (Meaning Centered Group Psychotherapy - MCGP), in 2002, as a structured intervention with 8 weekly sessions (1.5 hours), which utilizes a mixture of didactics, discussion and experiential exercises focused around particular themes related to meaning and advanced cancer: concepts and sources of meaning; cancer and meaning; sources of meaning: Historical (context of life and life project), attitudinal (attitude towards limitations of life), creative (responsibility and creativity towards life) and experiential (through love, beauty and humor); and hopes for the future [15].

Individual Meaning Centered Psychotherapy (IMCT) emerged, in 2012, related to the necessity of increasing flexibility because of scheduling or illness-related problems that often turns difficult to attend a group intervention, particularly for individuals with advanced cancer [1]. IMCP is a manualized 7-week intervention with 1-hour sessions and follows the same framework of MCGP [1].

1.2. Aims

The aims of this study are:

1. To explain the theoretical framework about MCP.
2. To describe the subsequent adaptations of MCP and related evidence in improving spiritual well-being, meaning in life, depression and anxiety symptoms, hopelessness, and desire for hastened death.

2. METHOD

A nonsystematic review was performed in PubMed of articles written in English, between the years 2000 and 2018, using as key-words: "Meaning centered psychotherapy". We also included in this review some central references to contextualize this psychotherapeutic approach.

3. RESULTS AND DISCUSSION

3.1. Development of Adaptations

Breitbart´s group, in 2013, began the development of Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C), which addresses the existential concerns commonly experienced by cancer caregivers and intends help to connect, or reconnect, to meaning in live, to promote resilience during and after caregiving and to buffer against burden and poor bereavement outcomes. This therapy is especially protective against prolonged grief disorder, if provided early in the caregiving trajectory [8, 9, 13, 15, 51-53].

The burden experienced by cancer caregivers is well documented and it is described as a multidimensional biopsychosocial reaction resulting from an imbalance of care demands relative to personal time, social and financial roles and physical and emotional states, and includes both psychological (*e.g.*, anxiety, depression, hopelessness) and physical (*e.g.*, increased mortality, cardiovascular disease, poor immune functioning, and sleep difficulty) complications [8, 13, 54].

MCP-C is delivered in both, group (8 sessions) and individual (7 sessions) formats [8, 13]. The sessions consist of an introduction to the concept of meaning, meaning-making, and identity of the caregiver and on the four sources of meaning (historical, attitudinal, creative, and experiential). The final session is an opportunity to reflect on goals for the future, which may include preparation for the loss of the loved one and the creation of a new life in the future [8, 13].

Applebaum *et al.* (2017) adapted MCP-C for delivery in a self-administered web-based program, as a way to provide a flexible support program - the Care for the Cancer Caregiver (CCC) Workshop [13]. This intervention consist in five webcasts, which includes didactic components, video clips of

therapeutic interactions of MCP-C therapists and informal caregivers demonstrating the MCP-C principles, and a message board where participants post responses to the experiential exercise questions that form the backbone of MCP-C [13].

Van der Spek *et al.* (2014) adapted MCGP for Cancer Survivors (MCGP-CS) [55]. The main purpose of this therapy is to sustain or enhance a sense of meaning or purpose in a survivor's life, in order to cope better with the consequences of cancer [11, 27, 31, 34, 56-59].

Cancer survivors confront themselves with a life-threatening disease that can evoke existential distress and become a trigger for the search for meaning [27, 30, 31, 34, 60]. The diagnosis and cancer treatments often implies fundamental uncertainties, as the possible recurrence of the disease or negative long-term treatments side-effects, which are often accompanied by losses in different domains of life (*e.g.* physical, social, personal), and can challenge the experience of meaning in life [27, 30, 31].

MCGP-CS is a manualized 8-week intervention (2 hours), that makes use of didactics, group discussions and experiential exercises that focus around themes related to meaning and cancer survivorship: concepts and sources of meaning, meaning before and after cancer, and story of life and sources of meaning. The adaptation concerning the original form concerned mainly in the use of different terminologies and topics more relevant for survivors (*e.g.* "a good and meaningful death" replaced for "carrying on in life despite limitations") [27].

Lichtenthal and Breitbart, 2015 developed Meaning Centered Grief Therapy (MC-GT) for parents who have lost a child. In this intervention, meaning reconstruction is the key to improve the sense of meaning, purpose, and identity of parents, helping to manage prolonged grief symptoms [61, 62].

Parents bereaved by cancer death of their child suffer a unique meaning-related challenges associated with the caregiving and illness experience, including struggles with making sense of their loss, benefit-finding, their sense of identity and purpose, disconnection from sources of meaning, and sustaining a sense of meaning in their child's life [62].

In MC-GT there is an emphasis on parents' ability to author their own and their child's story and how they deal with those things they still can control: How they face their pain, how they honor their child and his/her living legacy, and how they live their lives [62]. It incorporates attachment and cognitive-behavioral/schema therapy approaches and relies on Reciprocal Pathway Theory of Meaning-Making [62-64]. This theory was developed also by Lichtenthal *et al.* and highlights the overlap between various meaning-related constructs (*e.g.*, sense-making, benefit-finding, identity, legacy) as well as their reciprocal and dynamic positive relationship, enhancing that some aspects of meaning can positively impact others (*e.g.*, facilitating sense-making through benefit-finding, reconciling one's sense of identity by exploring the child's legacy and choosing one's attitude) [62-64].

MC-GT is an individual structured intervention with 16 sessions, which uses didactics, written responses to reflexive questions and experiential exercises and discussion [62, 65].

Rosenfeld *et al.* (2017) developed MCP - Palliative Care (MCP-PC) as a brief intervention focused on enhancing meaning at the end of life, specifically in the final weeks or months of life, based on the evidence that the emotional, psychological, and spiritual needs of palliative care patients greatly impact QoL [14, 66].

MCP-PC is an individual therapy, applied at the bedside, with 3 sessions (approximately 45 min) [14]. The content was organized to cover the most essential material of MCP: meaningful moments, identity before and after cancer, sources of meaning and finding meaning (through courage and commitment) and a sense of peace [14].

3.2. Proof of Concept and Efficacy Validation (Table **1**)

In the year 2000, Breitbart research group started a series of pilot psychotherapy group interventions using the meaning-centered approach in a cohort of advanced cancer patients, in order to establish the feasibility, practicality, applicability and acceptance of such intervention (Table **1**) [15, 18].

In 2010, it was done the first randomized controlled trial (RCT) with advanced cancer patients with solid tumors (stages III or IV; n=90). Patients were assigned to either MCGP or supportive group psychotherapy (SGP) [19]. The assessment was done before and after the 8-week intervention, and 2 months after [19]. Outcome measures included: spiritual well-being, meaning, hopelessness, desire for death, optimism/pessimism, anxiety, depression and overall QoL [19]. This study demonstrated significantly greater benefits for MCGP, particularly in enhancing spiritual well-being and a sense of meaning [19]. Treatment effects appeared even stronger 2 months after treatment, suggesting that benefits not only persist, but may also grow after treatment ended [19]. One limitation of MCGP was attrition, inherent to the inflexibility of group interventions [1, 19].

Because of attrition as a limitation of MCGP, Breitbart group developed IMCP [1, 19]. The first RCT was done in 2012 and compared IMCP to therapeutic massage (TM), in advanced cancer patients (n=120). The methodology of assessment used was the same as in the previous study, and primary outcome measures were spiritual well-being and QoL. Secondary outcomes included anxiety, depression, hopelessness, symptom burden, and symptom-related distress [1]. The results evidenced the efficacy of IMCP in improving spiritual well-being, a sense of meaning, overall QoL, and physical symptom distress, specially at the post-treatment assessment. However, no significant differences were observed at the 2 month follow-up, which may reflect the unique benefits of a group-based intervention in this population, such as a sense of universality and belonging, a common experience and identity, a feeling of helping oneself by helping others, and seeing how others have coped successfully [1, 15]. The authors concluded that, in general, this study replicated and extended the previous findings, and that this consistency provides evidence that MCP, whether in an individual or group format, is an effective intervention for existential distress in patients with advanced cancer [1].

In 2015, Breitbart *et al.* addressed the previous studies limitations concerning small sample sizes [1, 2, 19]. In an RCT, patients with advanced cancer (n=253) were assigned

Table 1. Meaning centered psychotherapy adaptations.

Author, Year	Type of Psycho-therapy	Type of Study	Sample		Outcomes	Assessment		Results
			n	Characterization		Instruments	Timing	
Breitbart *et al.* 2010	MCGP	RCT: MCGP *vs* SGP	90	Patients with advanced cancer	Spiritual well-being, meaning, hopelessness, desire for death, optimism/pessimism, anxiety, depression and overall QoL	SWBS, BHS, SAHD, LOT, HADS.	Before, after completing the intervention, and 2 months after.	Significant improvements, which increase over time, in spiritual well-being, anxiety and desire for death.
Breitbart *et al.* 2015		RCT: MCGP *vs* SGP	254		Primary: spiritual well-being, overall QoL. Secondary: depression, hopelessness, desire for hastened death, anxiety, and physical symptom distress.	SWBS, MQOL, BDI, HADS-A, HAI, SAHD, MSAS.		Significant improvements in spiritual well-being and QoL and significant reduction in depression, hopelessness, desire for hastened death, and physical symptom distress. MCGP is effective as a treatment for psychological and existential distress.
Breitbart *et al.* 2012	IMCP	RCT: IMCP *vs* TM	120	Patients with advanced cancer	Primary: spiritual well-being, QoL. Secondary: anxiety, depression, hopelessness, symptom burden, symptom-related distress.	SWBS, MQOL, HADS, BHS, MSAS	Before and after completing the intervention and 2 months after.	Significant improvement in spiritual well-being, symptom burden and symptom-related distress.
Breitbart *et al.* 2018		RCT: IMCP *vs* SP *vs* EUC	32		Primary: existential distress, overall QoL. Secondary: psychological distress.	SWBS, LAP-R, MQOL, HAI, SAHD, HADS.	Before, mid-treatment (4 weeks), 8 and 16 weeks after treatment.	Significant effects in QoL, sense of meaning, spiritual well-being, anxiety, and desire for hastened. IMCP is effective as a treatment for psychological and existential/spiritual distress.
Allison *et al.* 2014	MCP-C	Qualitative	25	Cancer caregivers	Caregiver needs in terms of: role, burden and psychosocial service use	Development of questionnaires according to outcomes.		Need of support for interventions that address existential issues, mental health, self-care, and service use.
Allison *et al.* 2015		Case study	1		Critical sources of meaning	Case example		Existential distress as a critical and often overlooked element of burden among cancer caregivers.
Applebaum at el. 2017	CCC Workshop	RCT: CCC *vs* waitlist control arm	84		Feasibility, acceptability, and preliminary effects of CCC Workshop.	FMTCS, LAP-R, CRA, HADS, SWBS, BFS.	Pre-intervention (T1), 2 weeks post-intervention (T2), and 2-3 months' follow-up (T3).	Significant increases in benefit finding. It´s a feasible and acceptable treatment.

(Table 1) contd….

Author, Year	Type of Psychotherapy	Type of Study	Sample		Outcomes	Assessment		Results
			n	Characterization		Instruments	Timing	
Van der Spek *et al.* 2014	MCGP-CS	Pilot study	11	Cancer survivors	Evaluate the feasibility.	Dutch Personal Meaning Profile, Dutch Post Traumatic Growth Inventory, Ryff's Scale Of Psychological Well-Being, EORTC QLQ-C30, HADS, BHS, LOT, MACS.	Before, after intervention and at 3-months follow-up.	Feasible and possibly effective.
Van der Spek *et al.* 2017		RCT: MCGP-CS *vs* SGP *vs* CAU	170	Cancer Survivors	Primary: personal meaning. Secondary: psychological well-being, posttraumatic growth, adjustment to cancer, optimism, hopelessness, psychological distress (anxiety and depression), and global QoL.	PMP-DV, SPWB, PTGI, MAC, LOT-R, BHS, HADS, EORTC QLQ-C30.	Before randomization, post-intervention, after 3 and 6 months follow-up.	It´s effective to improve personal meaning, psychological well-being and mental adjustment to cancer in the short term, and to reduce psychological distress in the long run.
Lichtenthal *et al.* 2015	MC-GT	Literature review		Parents who lost a child to cancer	The need for a meaning-centered therapeutic approach to improve parents sense of meaning, purpose, and identity and to help with management of prolonged grief symptoms.	Prior studies and the author´s research.		MC-GT may help improve parents' sense of meaning and grief symptoms.
Rosenfeld *et al.* 2017	MCP-PC	Pilot study	12	Palliative care patients	Evaluate the feasibility, acceptability, and perceived utility.	DT, HADS	Before and after treatment.	MCP-PC appears to be feasible, acceptable, and has the potential to help patients cope death and dying.

Abbreviations: MCGP: Meaning Centered Group Psychotherapy; IMCP: Individual Meaning Centered Psychotherapy; MCP-C: Meaning Centered Psychotherapy - Cancer Caregivers; CCC Workshop: Care for the Cancer Caregiver; MCP-CS: Meaning Centered Psychotherapy - Cancer Survivors; MCP-PC: Meaning Centered Psychotherapy - Palliative Care; MC-GT: Meaning Centered Grief Therapy; SGP: Supported Group Psychotherapy; SP: Supportive Psychotherapy; TM: therapeutic massage; CAU: care as usual; QoL: quality of life; RCT: Randomized Controlled Trial; BDI: Beck Depression Inventory; BFS: Benefit Finding Scale; BHS: Beck Hopelessness Scale; CRA: Caregiver Reaction Assessment; DT: distress thermometer [DT]; EORTC QLQ-C30: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30; FMTCS: Finding Meaning through Caregiving Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A: HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale - anxiety subscale; HAI: Hopelessness Assessment in Illness; LAP-R: Life Attitude Profile-Revised; LOT: Life Orientation Test; PMP-DV: Personal Meaning Profile-Dutch Version; PTGI: Posttraumatic Growth Inventory; MACS: Mental Adjustment to Cancer Questionnaire; MSAS: Memorial Symptom Assessment Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; SPWB: Ryff's Scales of Psychological Well-being; SWBS: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; SAHD: Schedule of Attitudes toward Hastened Death.

to either MCGP or SGP. The methodology of assessment was done before and after treatment and 2 months after treatment completion [2]. Primary outcomes were spiritual well-being and overall QoL and secondary outcomes were depression, hopelessness, desire for hastened death, anxiety, and physical symptom distress [2]. Statistical analysis included hierarchical linear models and intent-to-treat analyses [2]. Improvement was significantly stronger for MCGP, specifically for the desire for hastened death and hopelessness, suggesting that more severe forms of despair may respond better to an existentially oriented treatment approach than to traditional interventions [2].

In 2018, the same group did an RCT with three arms - IMCP, Supportive Psychotherapy (SP) and Enhanced Usual Care (EUC) - to examine the effectiveness of IMCP in patients with advanced cancer (n=321) [67]. Assessments were conducted at 4-time points: before the intervention, mid-treatment (4 weeks), 8 and 16 weeks after treatment [67]. Outcome measures were spiritual well-being, QoL and psychological distress [67]. IMCP showed significant treatment effects, in comparison with EUC, for QoL, sense of meaning, spiritual well-being, anxiety, and desire for hastened death, and more modest differences in improvement in comparison with SP, concerning QoL and a sense of meaning [67]. This study provided further support for the efficacy of IMCP as a treatment for psychological and existential/spiritual distress in patients with advanced cancer [67].

Applebaum *et al.* in 2015, published a case study, that described the application of a MCP-C group to an advanced cancer caregiver, focusing on the sources of meaning [8]. The results highlighted significant areas of growth, including an understanding of the historical context shaping the experience of providing care, the recognition of the need for improving self-care and reconnecting with meaningful activi-

ties, and the possibility for continued connectedness to others and the world, despite the limitations resulting from caregiving [8]. In 2017 it was done the first RCT (n=84), comparing CCC Workshop to waitlist control arm [13]. Assessments were done pre-intervention, within 2 weeks post-intervention and 2-3 months' follow-up, and semi-structured interviews were conducted [13]. The outcomes were meaning, burden, anxiety, depression, benefit finding and spiritual well-being [13]. The delivery of the CCC Workshop online was not identified as a reason for attrition and it was similar to that of MCP to patients with advanced cancer, with caregiver burden and bereavement as key causes of drop-out [13]. The authors concluded that MCP-C delivered *via* the Internet in a self-administered, flexible format has the potential to improve a sense of meaning and purpose among caregivers, challenged with existential issues of suffering, responsibility, identity and guilt, and protect against burden [13, 68, 69]. Also important was the preliminary feasibility, acceptability and effects of the CCC Workshop, and the potential impact of MCP interventions in caregivers, independent of modality [13].

Van der Spek *et al.* began the development of MCP-CS in 2013, with four focus groups (n=23) [31]. This allowed to gain more insight into the meaning making process in cancer survivors and showed that some survivors succeeded in meaning efforts, and sometimes experienced even more meaning in life than before diagnosis, while others struggled with meaning making and had an unmet need for help [31]. The subsequent adaptation of MCGP to MCGP-CS (2014) showed good acceptability, compliance, and satisfaction among cancer survivors [55]. In 2017, a multicenter RCT (n=170) compared the efficacy of MCGP-CS with SGP and care as usual (CAU) [27]. Assessment was done before randomization, post-intervention, and at 3 and 6 months of follow-up [27]. Primary outcome measure was Personal Meaning Profile (PMP) and secondary outcome measures were PMP subscales, psychological well-being, posttraumatic growth, mental adjustment to cancer, optimism, hopelessness, psychological distress (anxiety and depression), and QoL [27]. This study showed that MCGP-CS was an effective intervention for cancer survivors improving personal meaning, psychological well-being and mental adjustment to cancer, in the short term, and reducing psychological distress and depressive symptoms in the long term (6 months), which was a new finding [27]. Important strengths of this study were the large sample size and high treatment adherence [27].

MC-GT was developed by Lichtenthal and Breitbart, in 2015, after research demonstrating that meaning appears to play a central role in coping with the death of a child to cancer and that parents desire support, but many existing interventions do not appear to meet their needs [62, 70, 71]. Addressing meaning-centered themes can assist parents coping with an unthinkable loss without pathologizing their struggles. Authors conclude that MCGT helps parents recognize opportunities for meaningful experiences as they learn to coexist with their deep and painful grief [62].

In 2017, Rosenfeld *et al.* did a pilot study with 12 inpatient palliative care terminally ill cancer patients to assess the feasibility, acceptability, and perceived utility of MCP-PC [14]. Patients expressed positive feedback about the structure, focus, and length of the intervention, but varied in which elements they found most helpful [14]. In general, MCP-PC appears to be feasible, acceptable, and has the potential to help patients to better cope with the challenges inherent to confronting death and dying [14].

One limitation of our study is related to methodology in which the research includes only studies in the English language.

CONCLUSION

Given the increased recognition of the role of meaning in moderating depression, hopelessness and desire for death in terminally ill cancer patients, William Breitbart and his research group developed MCP to help patients with advanced cancer to sustain or enhance a sense of meaning, peace and purpose in their lives, even as they approach the end of life.

The evidence shows that MCP, whether in an individual or group format, is an effective intervention for existential distress in patients with advanced cancer and inclusively suggests that more severe forms of despair may respond better to an existentially oriented treatment approach than to traditional interventions.

The present review showed empirical support to this therapeutic intervention in all its forms and adaptations, proving its efficacy in the main outcomes, namely spiritual well-being, hopelessness, desire for hastened death and depressive and anxiety symptoms.

Assuming the increase in cancer incidence, prevalence and better outcomes, the utility of a psychotherapeutic modality that can improve QoL and minimize the negative impact of the disease in patients and their caregivers is an essential instrument in an integrative model of treatment.

The authors consider that future studies may compare MCP to other psychotherapies and psychopharmacological approaches and address the impact of psychologic improvements in physical health.

LIST OF ABBREVIATIONS

CAU	=	Care as Usual
CCC Workshop	=	Care for the Cancer Caregiver Workshop
EUC	=	Enhanced Usual Care
IMCP	=	Individual Meaning Centered Psychotherapy
MCGP	=	Meaning Centered Group Psychotherapy
MCGP-CS	=	Meaning Centered Group Psychotherapy for cancer survivors
MC-GT	=	Meaning Centered Grief Therapy
MCP	=	Meaning Centered Psychotherapy
MCP-C	=	Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers
MCP-PC	=	Meaning Centered Psychotherapy Palliative Care

PMP = Personal Meaning Profile

QoL = Quality of Life

RCT = Randomized Controlled Trial

SGP = Supportive Group Psychotherapy

SP = Supportive Psychotherapy

TM = Therapeutic Massage

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest, financial or otherwise.

ACKNOWLEDGEMENTS

Declared none.

REFERENCES

[1] Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, *et al.* Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012; 30(12): 1304-9.

[2] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2015; 33(7): 749-54.

[3] Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J BJ. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. Lancet 1999; 16(354): 1331-6.

[4] Breitbart W, Rosenfeld B. Physician-assisted suicide: The inflience of psychosocial issues. Cancer Control 1999; 6(2): 146-61.

[5] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, *et al.* Depression, hopelessness, and desire hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000; 284(22): 2907-11.

[6] Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N. Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry1995; 152:1185-91.

[7] Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics 1998;39(4):366-70.

[8] Allison J, Applebaum JR, Breitbart W. Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): Rationale and overview. Palliat Support Care 2015; 13(6): 1631-41.

[9] Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: Revisited. J palliat Med 2006; 9(3): 666-72.

[10] Henery N. Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. J Adv Nurs 2003; 42(6): 550-7.

[11] Henoch I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. Psychooncology 2009; 18(3) :225-36.

[12] Cherny NI, Coyle FK. Suffering in the advanced cancer patient: A definition and taxonomy. J Palliat Care 1994; 10(2): 57-70.

[13] Applebaum AJ, Buda KL, Schofield E, *et al.* Exploring the cancer caregiver's journey through web-based meaning-centered psychotherapy. Psychooncology 2017; 27(3): 847-56.

[14] Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, *et al.* Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. Palliat Med 2017; 31(2): 140-146.

[15] Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Support Care Cancer 2002; 10(4): 272-80.

[16] Yalom ID. Group therapy with the terminally ill. Am J Psychiatry 1977; 134: 396-400.

[17] Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, *et al* Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. Lancet Oncol 2011; 12(8): 753-62.

[18] Greenstein M BW. Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. Am J Psychother 2000; 54: 486-500.

[19] Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, *et al.* Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2010; 19(1): 21-8.

[20] Classen C, Butler LD, Koopman C, *et al.* Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 494-501.

[21] Edelman S, Bell KA. A group cognitive therapy programme with metastatic breast cancer patients. Psychooncol 1999; 8: 295-305.

[22] Edmonds CV, Lockwood GA. Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. Psychooncology 1999; 8: 74-91.

[23] Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, *et al.* Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psychooncol 2007; 16: 277-86.

[24] Spiegel D, Bloom JR YI. Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 527-33.

[25] Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics 2002; 43(3): 213-20.

[26] McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361(9369): 1603-7.

[27] Van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, *et al.* Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. Psychol Med 2016; 47(11): 1990-2001.

[28] Zika S. On the Relation between meaning in life and psychological well-being. Br J Psychol 1992; 83(1): 133-45.

[29] Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM. Clarifying "meaning" in the context of cancer research: A systematic literature review. Palliat Support Care 2004; 2: 291-303.

[30] Lee V. The existential plight of cancer: Meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. Support Care Cancer 2008; 16(7): 779-85.

[31] van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, *et al.* Meaning making in cancer survivors: A focus group Study. PLoS One 2013; 8(9):2 2-6.

[32] Torres A, Pereira A, Monteiro S, *et al.* When the risks are high: Psychological adjustment among melanoma survivors at high risk of developing new primary disease. Psychooncol 2013; 1(1): 152-5.

[33] Park CL, Edmondson D, Fenster JR, Blank TO. Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. J Consult Clin Psychol 2008; 76(5): 863-75.

[34] Tomich PL. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psychooncol 2002; 11(2): 154-69.

[35] Debats D. Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. Br J Clin Psychol 1996; 35: 503-16.

[36] Tomich PL. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psychooncology 2002; 11(2): 154-69.

[37] Silver RL, Boon C. Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. J Soc Iss 1983; 39: 81-101.

[38] Thompson SC. Factors relating to a person's ability to find meaning after a diagnosis of cancer. J Psychosoc Onc 1994; 11: 1-21.

[39] Devoldre I, Davis MH, Verhofstadt LL, Buysse A. Empathy and social support provision in couples: Social support and the need to study the underlying processes. J Psychol 2015;144(3):259-84.

[40] Davis CG, Nolen-Hoeksema S. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. J Pers Soc Psychol 1998;75:561-574.

[41] Kissane DW, Bloch S, Smith GC, *et al.* Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. Psychooncology 2003; 12(6): 532-46.

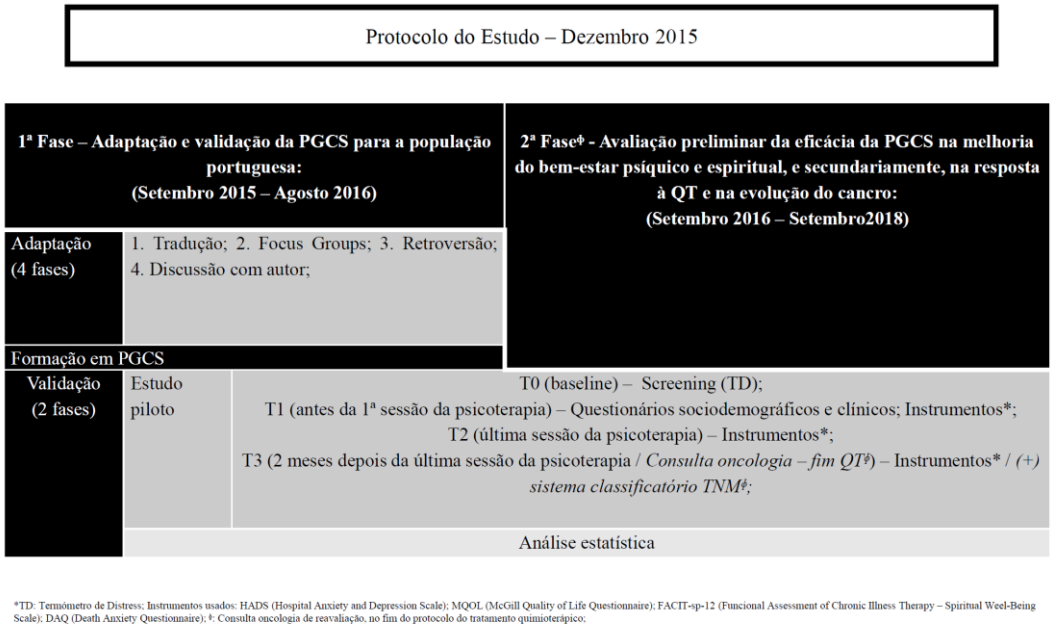
[42] Frankl V. Man's search for meaning. 4th ed. Boston: Beac Press 1992.

[43] Spiegel YI. A support group for dying patients. Int J Gr Psychother 1978; 28(2): 233-45.
[44] Frankl V. The doctor and the soul. New York: Penguin Random House 1955.
[45] Frankl V. Man's search for ultimate meaning. New York: Plenum Press 1975.
[46] Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. Soc Sci Med 2006; 62: 3133-45.
[47] Frankl V. The will to meaning. Foundations and applications of logotherapy. New York: Penguin Random House 1969.
[48] Kissane D, Block S, Miach P, Smith GC, Seddon AKN. Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer - techniques and themes. Psychooncology 1997; 6: 25-33.
[49] Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. J Clin Psychol 1964; 20(2): 200-7.
[50] Breitbart W. A new milestone for palliative & supportive care. Palliat Support Care 2014; 14(1): 1-2.
[51] Applebaum AJ, Kulikowski JR, Breitbart W. Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C): Rationale and overview. Palliat Support Care 2013; 13(6): 1631-41.
[52] Applebaum AJ, Farran CJ, Marziliano AM, Pasternak AR. Preliminary study of themes of meaning and psychosocial service use among informal cancer caregivers. Palliat Support Care 2014; 12(2): 139-48.
[53] Park C. Meaning in the context of stress and coping. Rev Gen Psychol 1997; 1: 115-44.
[54] Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. CA Cancer J Clin 2001; 51(4): 213-31.
[55] van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: Protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2014; 14(1): 22.
[56] Tedeschi RG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq 2004; 15: 1-18.
[57] Ferrell B, Smith SL, Cullinane CA. Psychological well being and quality of life in ovarian cancer survivors. Cancer 2003; 98: 1061-71.
[58] Thornton T. Perceiving benefits in the cancer experience. J Clin Psychol Med Settings 2002; 9: 153-65.
[59] Ussher J, Kirsten L, Butow P. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. Soc Sci Med 2005; 62: 2565-76.
[60] Miller KD, Siegel RL, Lin CC, *et al.* Cancer treatment and survivorship statistics. Cancer J Clin 2016; 66(4): 271-89.
[61] Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. Death Stud 2000; 24(6): 541-58.
[62] Lichtenthal WG and Breitbart W. The central role of meaning in adjustment to the loss of a child to cancer: Implications for the development of meaning- centered grief therapy. Curr Opin Support Palliat Care 2015; 9(1): 46-51.
[63] Lichtenthal WG, Applebaum A, Breitbart W. Using mixed methods data to adapt meaning-centered psychotherapy for bereaved parents. Antalya, Turkey: International Psycho-Oncology Society 13th World Congress 2011; p. 10.
[64] Lichtenthal WG, Currier JM, Keesee NJ. Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. J Clin Psychol 2013; 66(7): 791-812.
[65] Lichtenthal WG. Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. Death Stud 2010; 34(6): 475-499.
[66] LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. Clin Psychol Rev 2008; 28(3): 472-93.
[67] Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. Cancer 2018; 124(15): 1-9.
[68] Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, *et al.* Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. Heal Psychol 2001; 20(1): 20-32.
[69] Farran CJ, Keane-Hagerty E, Salloway S, Kupferer S. Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. Gerontology 1991; 31(4): 483-9.
[70] Darbyshire P, Cleghorn A, Downes M, *et al.* Supporting bereaved parents: A phenomenological study of a telephone intervention programme in a paediatric oncology unit. J Clin nursing 2013; 22(3): 540-9.
[71] Lichtenthal WG, Corner GW, Sweeney CR, *et al.* Mental health services for parents who lost a child to cancer: If we build them, will they come? J Clin Oncol 2015; 33(20): 2246-53.

DISCLAIMER: The above article has been published in Epub (ahead of print) on the basis of the materials provided by the author. The Editorial Department reserves the right to make minor modifications for further improvement of the manuscript.

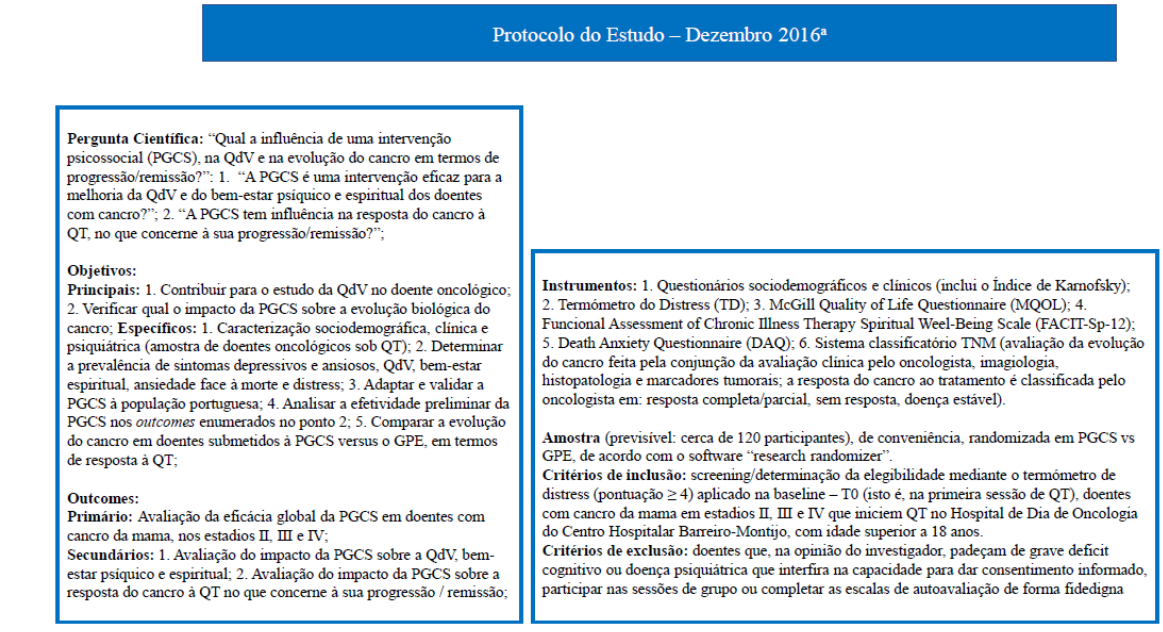
5.2.Protocolos do estudo

Figura B – Protocolo inicial do estudo em dezembro de 2015



*TD: Termómetro de Distress; Instrumentos usados: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); MQOL (McGill Quality of Life Questionnaire); FACIT-sp-12 (Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Weel-Being Scale); DAQ (Death Anxiety Questionnaire); ϕ: Consulta oncologia de reavaliação, no fim do protocolo do tratamento quimioterápico;

Figura C – Reformulação do protocolo do estudo em dezembro de 2016



[a]Apresentação do Relatório de Actividades do 1º ano; [b] Apresentação do Relatório de Actividades do 3º ano; [c]HADS, MQOL, FACIT-Sp-12, DAQ; [d] para determinar a resposta do tumor ao tratamento; DAQ: Death Anxiety Questionnaire; FACIT-sp-12: Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Weel-Being Scale; GPE: Grupo Psicoeducativo; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; QdV: Qualidade de Vida; QT: Quimioterapia; TD: Termómetro do Distress;

1ª Fase – Adaptação e validação da PGCS para a população portuguesa:
(Setembro 2015 – Agosto 2016)

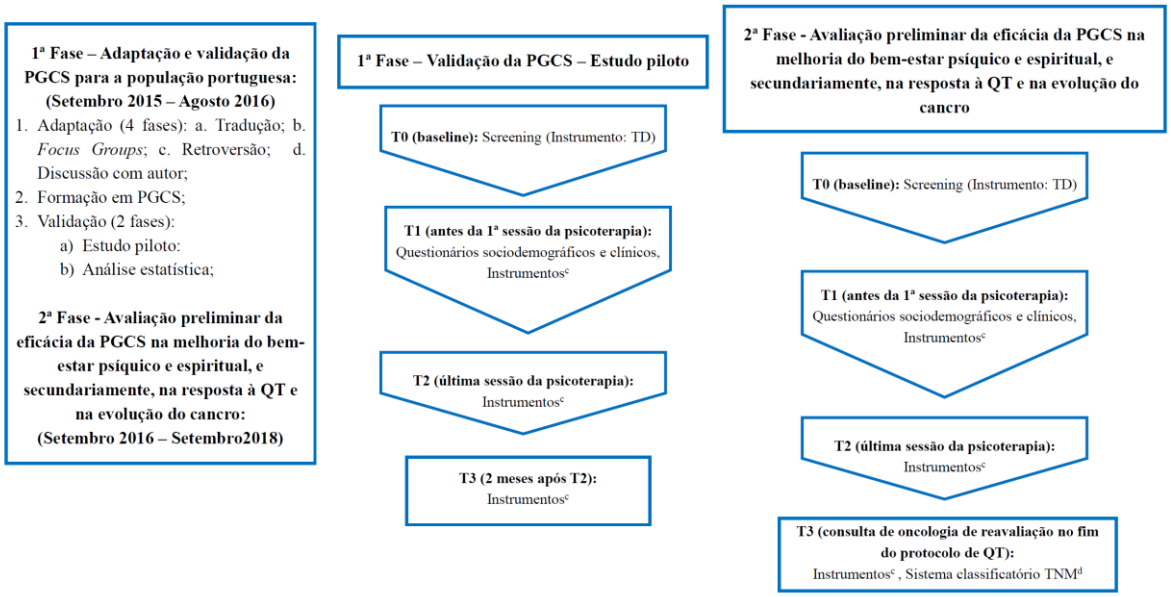
1. Adaptação (4 fases): a. Tradução; b. *Focus Groups*; c. Retroversão; d. Discussão com autor;
2. Formação em PGCS;
3. Validação (2 fases):
   a) Estudo piloto:
   b) Análise estatística;

2ª Fase - Avaliação preliminar da eficácia da PGCS na melhoria do bem-estar psíquico e espiritual, e secundariamente, na resposta à QT e na evolução do cancro:
(Setembro 2016 – Setembro2018)

Intervenções em ambas as fases do estudo: PGCS; Grupo Psicoeducativo (GPE) – é estruturado em 8 sessões e abordará a doença oncológica e seus tratamentos. Será constituído por 6 a 8 doentes, tendo uma periodicidade semanal, duração de 1,5 horas e será levado a cabo por dois terapeutas; Em ambas as intervenções serão prestados, se necessário, Cuidados psiquiátricos *standardizados* (CPS) – consistem na avaliação psiquiátrica, psicoeducação, suporte e uso de medicação, caso necessário, que serão aplicados sempre pelo mesmo psiquiatra.

Fases do estudo:
1ª Fase – Adaptação e validação da PGCS para a população portuguesa:
Adaptação da psicoterapia para a população portuguesa (4 fases): a. Tradução da PGCS da língua inglesa para portuguesa, por dois tradutores, sendo um deles o investigador principal, seguida da síntese de ambas as traduções; b. Realização de dois *focus groups* com doentes com cancro avançado, para revisão do conteúdo do manual e incorporação de sugestões; c. Retroversão, por um tradutor profissional; d. Verificação e discussão da tradução, por parte do autor.
Após esta fase, dois terapeutas farão formação na PGCS, junto de um grupo de experts e/ou autor.
Validação da PGCS (2 fases): a. Estudo piloto (no mínimo, com 20 participantes), b Análise e generalização;
2ª Fase – Avaliação preliminar da eficácia da PGCS na melhoria do bem-estar psíquico e espiritual, e secundariamente, na resposta à QT (cerca de 100 participantes).

[a]Apresentação do Relatório de Actividades do 1º ano; [b] Apresentação do Relatório de Actividades do 3º ano; [c]HADS, MQOL, FACIT-Sp-12, DAQ; [d] para determinar a resposta do tumor ao tratamento; DAQ: Death Anxiety Questionnaire; FACIT-sp-12: Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Weel-Being Scale; GPE: Grupo Psicoeducativo; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; QdV: Qualidade de Vida; QT: Quimioterapia; TD: Termómetro do Distress;



[a]Apresentação do Relatório de Actividades do 1º ano; [b] Apresentação do Relatório de Actividades do 3º ano; [c]HADS, MQOL, FACIT-Sp-12, DAQ; [d] para determinar a resposta do tumor ao tratamento; DAQ: Death Anxiety Questionnaire; FACIT-sp-12: Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Weel-Being Scale; GPE: Grupo Psicoeducativo; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; QdV: Qualidade de Vida; QT: Quimioterapia; TD: Termómetro do Distress;

Figura D – Reformulação do protocolo do estudo em julho de 2018

Protocolo do Estudo – Julho 2018[b] – Reformulação do Projeto

Problemas:	Resolução:
Dificuldade em recrutar participantes (dificuldade de adesão a "tratamento do foro psicológico", drop-outs – duração da terapia)	• Pesquisa bibliográfica sobre impacto das patologias crónicas na QdV e evolução da patologia – infeção HIV como patologia crónica e de carácter ameaçador; • Adaptação da PGCS a doentes com infeção a HIV (sugestão do autor); • Adaptação da PGCS (8 sessões) para versão com 4 sessões (sugestão do autor); • Grupo controlo: *Care As Usual (CAU);*
Objetivos principais do projeto inicial: 1.Contribuir para o estudo da QdV do doente oncológico, através da avaliação da eficácia de uma intervenção psicossocial (PGCS) na QdV, bem-estar psíquico (como depressão, ansiedade e desesperança) e bem-estar espiritual (isto é, significado e finalidade da vida); 2.Verificar qual o impacto da PGCS sobre a evolução biológica do cancro, nomeadamente a resposta à QT;	**Objetivos principais reformulados:** 1. Validar a psicoterapia à população portuguesa com doença crónica e ameaçadora à vida; 2. Avaliar a eficácia da intervenção;
Impacto da DAQ em alguns participantes.	Eliminação da DAQ.
Critérios de inclusão: Screening/determinação da elegibilidade mediante o termómetro de distress (pontuação ≥ 5) aplicado na baseline – T0 (isto é, na primeira sessão de QT), doentes com cancro da mama em estadios II, III e IV que iniciem QT no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, com idade superior a 18 anos.	**Critérios de inclusão para grupo terapêutico:** doentes com cancro ou infeção a HIV que apresentem queixas do foro psicológico e expressem desejo em participar na psicoterapia. Critérios de inclusão para grupo controlo – *care as usual.*
Critérios de exclusão: doentes que, na opinião do investigador, padeçam de grave deficit cognitivo ou doença psiquiátrica que interfira na capacidade para dar consentimento informado, participar nas sessões de grupo ou completar as escalas de autoavaliação de forma fidedigna.	**Critérios de exclusão:** doentes que, na opinião do investigador, padeçam de grave deficit cognitivo ou doença psiquiátrica que interfira na capacidade para dar consentimento informado, participar nas sessões de grupo ou completar as escalas de autoavaliação de forma fidedigna, consumos ativos de substâncias, não dominar a língua portuguesa.

1ª Fase: Adaptação e validação da PGCS para a população portuguesa com doença crónica e ameaçadora à vida (2016 - 2018):

- Adaptação do Manual da PGCS (8 sessões) à população portuguesa;
- Adaptação do Manual da PGCS (8 sessões) para a PGCS versão com 4 sessões;
- Adaptação dos questionários e escalas à população oncológica e com infeção a HIV;

2ª Fase: Avaliação da eficácia da intervenção (2018 - 2019)

- Ensaio clínico;
- Análise estatística

2ª Fase – Ensaio clínico

T1 (antes da 1ª sessão da PGCS/1º momento de avaliação para CAU):
Questionários sociodemográficos e clínicos, Instrumentos[e]

T2 (última sessão da PGCS/1 mês após T1 para CAU):
Instrumentos[e]

T3 (2 meses após T2):
Instrumentos[e]

[a]Apresentação do Relatório de Actividades do 1º ano; [b] Apresentação do Relatório de Actividades do 3º ano; [c]HADS, MQOL, FACIT-Sp-12, DAQ; [d] para determinar a resposta do tumor ao tratamento; [e] TD, MQOL, FACIT-Sp-12, HADS; CAU: *Care As Usual;* DAQ: Death Anxiety Questionnaire; FACIT-sp-12: Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Weel-Being Scale; GPE: Grupo Psicoeducativo; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; QdV: Qualidade de Vida; QT: Quimioterapia; TD: Termómetro do Distress;

5.3.Folhetos informativos

O que é a Psicoterapia Centrada no Significado?

A Psicoterapia Centrada no Significado surgiu para pacientes que enfrentam uma doença crónica e é bastante útil para aqueles com cancro ou seus cuidadores.

Tem como objetivos diminuir sentimentos de tristeza e aumentar a esperança, através da *aprendizagem do que é experienciar um sentido de significado na vida.*

Vai ajudá-la:

- A adaptar-se melhor durante maus momentos da vida;
- A aprender novas formas de enfrentar e superar os desafios colocados pela doença;

Qual é a importância do significado da vida?

O significado não se refere necessariamente a algo transcendente e começa num nível muito concreto (*"Quais são as atividades que eu quero fazer hoje?"*) e nas várias experiências da vida (por exemplo: atitude positiva perante momentos negativos da vida, relações com os outros, *hobbies,* alcançar objetivos pessoais, fazer voluntariado, etc). O significado refere-se a momentos em que nós nos sentimos "mais" vivos.

Como funciona?

São 4 sessões de grupo (máximo 8 pessoas) semanais, com a duração de 1h30minutos. Cada sessão tem determinado objetivo, alcançado através de exercícios de aprendizagem e discussões entre os elementos. **Não pretende** focar-se na doença nem na partilha de aspetos íntimos da vida.

Vamos falar sobre o quê?

- Momentos em que a vida tenha tido significado;
- Identidade antes e depois do diagnóstico: "Eu sou a mesma pessoa?";
- A vida como algo que transmitimos (as memórias do passado), que vivemos (atividades que nos orgulham) e que daremos (aquilo que gostaríamos de transmitir aos outros);
- Atitude face às limitações impostas pelo cancro/vida: Como lidava antes e como lida agora?;
- Viver requer coragem (para continuar em frente) e responsabilidade (para tomar a liderança da sua vida);
- Sentir-se "conectado" com a vida através das relações que estabelecemos com os outros ou simplesmente pelo disfrutar do que está à nossa volta;

Grupos de Apoio para Doentes Oncológicos



Trata-se de uma terapia de grupo inovadora.

Tem como **objetivos** uma melhor adaptação aos maus momentos da vida e a aprendizagem de novas formas de enfrentar e superar os desafios colocados pela condição crónica.

É levada a cabo por uma médica psiquiatra e **não pretende focar-se na sua condição nem na partilha de aspetos íntimos da vida.**

Cada sessão tem determinado objetivo, que procuramos atingir através de exercícios de aprendizagem e de discussão entre os vários elementos do grupo, seguidos por uma reflexão final feita pela psiquiatra.

Consiste em **4 sessões, uma sessão por semana,** com a duração de cerca de 1 hora e meia.

Estou interessado em participar na psicoterapia	
Não estou interessado em participar na psicoterapia, mas aceito preencher um questionário	
Não estou interessado	

Nome:

Telefone:

5.4.Consentimento informado

Consentimento Informado

Estudo sobre "Psico-Oncologia: A influência de uma intervenção psicossocial na Qualidade de Vida e Evolução do Cancro" – Fase de Adaptação e validação da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado para a população portuguesa:

Exmo (a) Sr. (a):

O presente documento visa fornecer-lhe informação básica, que depende do seu consentimento, para a participação voluntária neste projecto de investigação. O consentimento informado é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

O presente estudo serve de base a um Projecto de Investigação que está a ser desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, na área da Psiquiatria. Nesta fase do estudo pretende-se adaptar e validar uma Psicoterapia dirigida a doentes com cancro.

Para tal, pede-se a sua colaboração, em responder a questionários que avaliarão o seu estado de distress (sofrimento), antes, depois e 2 meses após a psicoterapia.

Sempre que lhe surgirem quaisquer dúvidas, por favor esclareça-as.

Os investigadores assumem a total responsabilidade pela confidencialidade e anonimato de quaisquer dados recolhidos.

Dada a voluntariedade da sua participação, é-lhe possível desvincular-se a todo o tempo do presente processo de investigação, sendo que tanto a recusa inicial como o abandono subsequente não acarretam qualquer penalização ou perda de direitos.

Por favor, assinale conforme a sua vontade, no respectivo quadrado.

Autorizo a participação neste estudo	
Não autorizo a participação no estudo	

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares, poderá contactar: *Guida da Ponte, Médica Psiquiatra, Departamento de Psiquiatria – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE – telefone: 212147300*

Data _____/_____/_____

_____(assinatura do participante)

_____ (assinatura do investigador)

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

Consentimento Informado

Estudo sobre "Psico-Oncologia: A influência de uma intervenção psicossocial na Qualidade de Vida e Evolução do Cancro" – Fase de Adaptação e validação da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado para a população portuguesa:

Exmo (a) Sr. (a):

O presente documento visa fornecer-lhe informação básica, que depende do seu consentimento, para a participação voluntária neste projecto de investigação. O consentimento informado é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

O presente estudo serve de base a um Projecto de Investigação que está a ser desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, na área da Psiquiatria. Nesta fase do estudo pretende-se adaptar e validar uma Psicoterapia dirigida a doentes com cancro. Caso não aceite integrar a psicoterapia, pede-se a sua colaboração para responder a questionários que avaliarão o seu estado de distress (sofrimento), antes, depois e 2 meses após a psicoterapia.

Sempre que lhe surgirem quaisquer dúvidas, por favor esclareça-as.

Os investigadores assumem a total responsabilidade pela confidencialidade e anonimato de quaisquer dados recolhidos.

Dada a voluntariedade da sua participação, é-lhe possível desvincular-se a todo o tempo do presente processo de investigação, sendo que tanto a recusa inicial como o abandono subsequente não acarretam qualquer penalização ou perda de direitos.

Por favor, assinale conforme a sua vontade, no respectivo quadrado.

Autorizo a participação neste estudo	
Não autorizo a participação no estudo	

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares, poderá contactar: *Guida da Ponte, Médica Psiquiatra, Departamento de Psiquiatria – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE – telefone: 212147300*

Data _____/_____/_____

_____(assinatura do participante)

_____ (assinatura do investigador)

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

5.5.Instrumentos

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Área de residência		
Idade (anos)		
Género	Masculino	
	Feminino	
Estado Civil	Solteiro	
	Casado/União facto	
	Divorciado/Separad	
	Viúvo	

Escolaridade	4º ano	
	9º ano	
	12º ano	
	Licenciatura	
	Mestrado	
	Doutoramento	
	Curso Profissional	

Profissão	Empregado	
	Desempregado	
	Estudante	
	Reformado	
	trabalho domésti	
Data do diagnóstico oncológico _____ (ano)		
Localização do cancro (mama, cólon, estômago...): _____		

O cancro está localizado ou avançado?		
Localizado	Sim	
	Não	
Avançado	Sim	
	Não	
Que tratamentos fez?		
Cirurgia		
Quimioterapia		
Radioterapia		
Hormonoterapia		
Neste momento está a fazer quimioterapia?		
	Sim	
	Não	

Tem outras doenças?	
Hipertensão	
Diabetes	
Hipercolesterolémia	
Epilepsia	
Doença cardíaca	
Outras? Quais?	

Alguma vez foi ao psiquiatra?		
	Sim	
	Não	
Neste momento está a ser acompanhado em consulta de psiquiatria /psicologia		
	Sim	
	Não	
Porque recorreu ao psiquiatra psicólogo?		
Depressão		
Ansiedade		
Doença bipolar		
Psicose		
Esquizofrenia		
Outra? Qual?		
Se não está a ser acompanhado p psiquiatra/psicólogo, acha que nes momento seria benéfico?		
	Sim	
	Não	

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Área de residência		
Idade (anos)		
Género	Masculino	
	Feminino	
Estado Civil	Solteiro	
	Casado/União facto	
	Divorciado/Separad	
	Viúvo	

Escolaridade	4º ano	
	9º ano	
	12º ano	
	Licenciatura	
	Mestrado	
	Doutoramento	
	Curso Profissional	

Profissão	Empregado	
	Desempregado	
	Estudante	
	Reformado	
	trabalho domésti	
Data do diagnóstico oncológico _____ (ano)		
Localização do cancro (mama, cólon, estômago...): _____		

O cancro está localizado ou avançado?		
Localizado	Sim	
	Não	
Avançado	Sim	
	Não	
Que tratamentos fez?		
Cirurgia		
Quimioterapia		
Radioterapia		
Hormonoterapia		
Neste momento está a fazer quimioterapia?		
	Sim	
	Não	

Tem outras doenças?	
Hipertensão	
Diabetes	
Hipercolesterolémia	
Epilepsia	
Doença cardíaca	
Outras? Quais?	

Alguma vez foi ao psiquiatra?		
	Sim	
	Não	
Neste momento está a ser acompanhado em consulta de psiquiatria /psicologia		
	Sim	
	Não	
Porque recorreu ao psiquiatra psicólogo?		
Depressão		
Ansiedade		
Doença bipolar		
Psicose		
Esquizofrenia		
Outra? Qual?		
Se não está a ser acompanhado p psiquiatra/psicólogo, acha que nes momento seria benéfico?		
	Sim	
	Não	

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

Informações Clínicas – Preenchimento médico/terapeuta

Género: M / F

T1: *Índice de Karnofsky:*

A. Apto para actividades normais e trabalho; Nenhum cuidado especial é necessário	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença
	90	Capacitado para actividades normais. Pequenos sinais e sintomas
	80	Actividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
B. Inapto para o trabalho; Apto para viver rem casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com actividades normais ou trabalho activo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas das suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada
C. Inapto para cuidar de si mesmo; Requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializados; Doença pode estar progredindo rapidamente	40	Incapacitado Requer cuidado especial e assistência
	30	Severamente incapacitado; Admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente
	20	Muito doente; admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; Processo de fatalidade progredindo rapidamente
	0	Morte
Total:		

T2: *Índice de Karnofsky*

A. Apto para actividades normais e trabalho; Nenhum cuidado especial é necessário	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença
	90	Capacitado para actividades normais. Pequenos sinais e sintomas
	80	Actividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
B. Inapto para o trabalho; Apto para viver rem casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com actividades normais ou trabalho activo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas das suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada
C. Inapto para cuidar de si mesmo; Requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializados; Doença pode estar progredindo rapidamente	40	Incapacitado Requer cuidado especial e assistência
	30	Severamente incapacitado; Admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente
	20	Muito doente; admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; Processo de fatalidade progredindo rapidamente
	0	Morte
Total:		

Droup-out: Data: _____; Motivo: _____

Faltou a sessões:

1: data _____; Motivo: _____

2: data _____; Motivo: _____

3: data _____; Motivo: _____

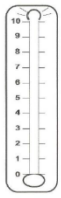
4: data _____; Motivo: _____

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

Termómetro do Distress

(*distress* é uma perturbação emocional, mal-estar ou experiência desagradável emocional, psicológica, social e/ou espiritual que interfere com a capacidade para lidar com a doença ou tratamento).

Faça um círculo à volta do número (0 – 10) que melhor descreve quanto desconforto tem sentido na última semana, incluindo hoje:



QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA MCGILL (MQOLQ – PT)

Instruções:

Por favor, desenhe um círculo à volta do número entre 0 e 10 que seja o mais adequado a si.
Não existem respostas corretas ou erradas.
As respostas completamente honestas serão as mais úteis.

PARTE A

1. Tendo em conta todos os aspetos da minha vida – física, emocional, social, espiritual e financeira – a minha qualidade de vida **nos últimos dois (2) dias**, tem sido:

Muito má 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Excelente**

PARTE B:

*Escreva os **sintomas ou problemas físicos** que mais o tenham afetado **nos últimos dois (2) dias** (exemplos: dor, cansaço, fraqueza, náuseas, vómitos, obstipação, diarreia, dificuldade em dormir, falta de ar, falta de apetite, suores…).*
*Se nos últimos dois (2) dias, **NÃO** teve problemas físicos, continue para a Parte C.*

1. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

2. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

3. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

4. Ao longo dos últimos dois (2) dias tenho-me sentido, fisicamente:

Terrivelmente mal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Completamente bem**

PARTE C

*Por favor escolha o número que melhor descreve os seus sentimentos e pensamentos **durante os últimos dois (2) dias.***

1. Durante os últimos dois (2) dias tenho-me sentido deprimido(a):

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Extremamente**

2. Nos últimos dois (2) dias tenho estado nervoso(a) e preocupado(a):

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Extremamente**

3. Nos últimos dois (2) dias durante quanto tempo se sentiu triste:

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Sempre**

4. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre o futuro, senti-me:

Sem medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Completamente aterrorizado**

5. Nos últimos dois (2) dias a minha vida tem sido:

Totalmente sem sentido e sem objetivo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Plena de sentido e significado**

6. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre toda a minha vida, senti que em relação aos objetivos de vida, eu:

Não consegui atingir nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Atingi plenamente o que queria**

7. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre toda a minha vida, senti que até aqui a minha vida:

Tem sido completamente sem valor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Valeu totalmente a pena**

8. Nos últimos dois (2) dias, quando olho para a minha vida tenho sentido que tenho:

Nenhum controlo sobre a minha vida 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Total controlo sobre a minha vida**

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

9. Nos últimos dois (2) dias tenho-me sentido bem enquanto pessoa.

Discordo plenamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Concordo plenamente**

10. Para mim, os últimos dois (2) dias foram:

Um fardo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Um dom**

11. Nos últimos dois (2) duas o mundo tem sido:

Um lugar impessoal e sem sentimentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Onde cuidam e respondem a todas as minhas necessidades**

12. Nos últimos dois (2) dias tenho-me sentido apoiado(a):

Absolutamente nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Completamente**

PARTE D

Por favor, fala uma lista ou descreva as coisas que mais afectaram a sua qualidade de vida ***nos últimos dois (2) dias.*** *Diga, por favor, se cada uma das coisas que refere melhorou ou piorou a sua qualidade de vida durante este período.*
Se necessitar de mais espaço, por favor continue

3

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

FACIT-Sp-12 (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4

4

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

2.Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto agora
( ) Só um pouco
( ) Quase nada

3.Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
( ) Sim e muito forte
( ) Sim, mas não muito forte
( ) Um pouco, mas não me aflige
( ) De modo algum

4.Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto como antes
( ) Muito menos agora
( ) Nunca

5.Tenho a cabeça cheia de preocupações:
( ) A maior parte do tempo
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Quase nunca

6.Sinto-me animado/a:
( ) Nunca
( ) Poucas vezes
( ) De vez em quando
( ) Quase sempre

7.Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

8.Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

9.Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
( ) Nunca
( ) Poucas vezes
( ) Muitas vezes
( ) Quase sempre

10.Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
( ) Completamente
( ) Não dou a atenção que devia
( ) Talvez cuide menos que antes
( ) Tenho o mesmo interesse de sempre

11.Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
( ) Muito
( ) Bastante
( ) Não muito
( ) Nada

12.Penso com prazer nas coisas que põem acontecer no futuro:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto agora
( ) Bastante menos agora
( ) Quase nunca

13.De repente, tenho sensações de pânico:
( ) Muitas vezes
( ) Bastantes vezes
( ) Por vezes
( ) Quase Nunca

14.Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de televisão:
( ) Muitas vezes
( ) De vez em quando
( ) Poucas vezes
( ) Quase Nunca

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

5

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - Elemento: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, Q
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Área de residência		
Idade (anos)		
Género	Masculino	
	Feminino	
Estado Civil	Solteiro	
	Casado/União facto	
	Divorciado/Separado	
	Viúvo	

Escolaridade	4º ano	
	9º ano	
	12º ano	
	Licenciatura	
	Mestrado	
	Doutoramento	
	Curso Profissional	

Profissão	Empregado	
	Desempregado	
	Estudante	
	Reformado	
	trabalho doméstico	

Data do diagnóstico oncológico _____(ano)
Localização do cancro (mama, cólon, estômago...): _____

O cancro está localizado ou avançado?	
Localizado	Sim
	Não
Avançado	Sim
	Não

Que tratamentos fez?	
Cirurgia	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Hormonoterapia	

Neste momento está a fazer quimioterapia?	
	Sim
	Não

Tem outras doenças?	
Hipertensão	
Diabetes	
Hipercolesterolémia	
Epilepsia	
Doença cardíaca	

Outras? Quais?

Alguma vez foi ao psiquiatra?	
	Sim
	Não

Neste momento está a ser acompanhado em consulta de psiquiatria /psicologia	
	Sim
	Não

Porque recorreu ao psiquiatra / psicólogo?
Depressão
Ansiedade
Doença bipolar
Psicose
Esquizofrenia
Outra? Qual?

Se não está a ser acompanhado por psiquiatra/psicólogo, acha que neste momento seria benéfico?	
	Sim
	Não

Termómetro do Distress

(*distress* é uma perturbação emocional, mal-estar ou experiência desagradável emocional, psicológica, social e/ou espiritual que interfere com a capacidade para lidar com a doença ou tratamento). **Faça um círculo à volta do número (0 – 10) que melhor descreve quanto desconforto tem sentido na última semana, incluindo hoje:**



QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA MCGILL (MQOLQ – PT)

Instruções:

Por favor, coloque na caixa ao lado o número entre 0 e 10 que seja o mais adequado a si.
Não existem respostas corretas ou erradas. As respostas completamente honestas serão as mais úteis.

PARTE A

1. Tendo em conta todos os aspetos da minha vida – física, emocional, social, espiritual e financeira – a minha qualidade de vida **nos últimos dois (2) dias**, tem sido:

Muito má 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Excelente**

PARTE B: *Escreva os **sintomas ou problemas físicos** que mais o tenham afetado **nos últimos dois (2) dias** (exemplos: dor, cansaço, fraqueza, náuseas, vómitos, obstipação, diarreia, dificuldade em dormir, falta de ar, falta de apetite, suores...). **Se nos últimos dois (2) dias, NÃO teve problemas físicos, continue para a Parte C.***

1. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

2. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

3. Ao longo dos últimos dois (2) dias, um problema (sintoma) desagradável (incomodativo) tem sido: _____ (escreva o sintoma).

Sem problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema tremendo**

4. Ao longo dos últimos dois (2) dias tenho-me sentido, fisicamente:

Terrivelmente mal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Completamente bem**

PARTE C: *Por favor escolha o número que melhor descreve os seus sentimentos e pensamentos **durante os últimos dois (2) dias.***

1. Durante os últimos dois (2) dias tenho-me sentido deprimido(a):

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Extremamente**

2. Nos últimos dois (2) dias tenho estado nervoso(a) e preocupado(a):

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Extremamente**

3. Nos últimos dois (2) dias durante quanto tempo se sentiu triste:

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Sempre**

4. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre o futuro, senti-me:

Sem medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Completamente aterrorizado**

5. Nos últimos dois (2) dias a minha vida tem sido:

Totalmente sem sentido e sem objetivo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Plena de sentido e significado**

6. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre toda a minha vida, senti que em relação aos objetivos de vida, eu:

Não consegui atingir nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Atingi plenamente o que queria**

7. Nos últimos dois (2) dias quando pensei sobre toda a minha vida, senti que até aqui a minha vida:

Tem sido completamente sem valor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Valeu totalmente a pena**

8. Nos últimos dois (2) dias, quando olho para a minha vida tenho sentido que tenho:

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

Nenhum controlo sobre a minha vida 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Total controlo sobre a minha vida**

9. Nos últimos dois (2) dias tenho-me sentido bem enquanto pessoa.

Discordo plenamente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Concordo plenamente**

10. Para mim, os últimos dois (2) dias foram:

Um fardo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Um dom**

11. Nos últimos dois (2) dias o mundo tem sido:

Um lugar impessoal e sem sentimentos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Onde cuidam e respondem a todas as minhas necessidades**

12. Nos últimos dois (2) dias tenho-me sentido apoiado(a):

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Completamente**

PARTE D: *Por favor, fala uma lista ou descreva as coisas que mais afectaram a sua qualidade de vida **nos últimos dois (2) dias.** Diga, por favor, se cada uma das coisas que refere melhorou ou piorou a sua qualidade de vida durante este período.*
Se necessitar de mais espaço, por favor continue

_____

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

FACIT-Sp-12 (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a	0	1	2	3	4
Sp8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

2.Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto agora
( ) Só um pouco
( ) Quase nada

3.Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
( ) Sim e muito forte
( ) Sim, mas não muito forte
( ) Um pouco, mas não me aflige
( ) De modo algum

4.Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto como antes
( ) Muito menos agora
( ) Nunca

5.Tenho a cabeça cheia de preocupações:
( ) A maior parte do tempo
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Quase nunca

6.Sinto-me animado/a:
( ) Nunca
( ) Poucas vezes
( ) De vez em quando
( ) Quase sempre

7.Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

8.Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

9.Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
( ) Nunca
( ) Poucas vezes
( ) Muitas vezes
( ) Quase sempre

10.Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
( ) Completamente
( ) Não dou a atenção que devia
( ) Talvez cuide menos que antes
( ) Tenho o mesmo interesse de sempre

11.Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
( ) Muito
( ) Bastante
( ) Não muito
( ) Nada

12.Penso com prazer nas coisas que põem acontecer no futuro:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto agora
( ) Bastante menos agora
( ) Quase nunca

13.De repente, tenho sensações de pânico:
( ) Muitas vezes
( ) Bastantes vezes
( ) Por vezes
( ) Quase Nunca

14.Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de televisão:
( ) Muitas vezes
( ) De vez em quando
( ) Poucas vezes
( ) Quase Nunca

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

CAU A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, aa, bb, cc, dd, ee, ff, gg, hh, ii, jj, kk, ll, mm, nn, oo, pp, qq, rr, ss, tt, uu, vv, ww, xx, yy, zz
T: 1 (pré), 2 (pós), 3 (dois meses) - Data:

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 1 – Momentos com Significado, Identidade e cancro

☐ Apresentações;

Momentos com Significado:

☐ O terapeuta explica a definição de significado da Psicoterapia Centrada no Significado;
☐ O paciente partilha momentos com significado da sua vida;
☐ Membros aderiram ao exercício 1.1 – Momentos com significado?;

Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro

☐ Discutir as principais características e papéis do paciente antes e depois do diagnóstico de cancro;
☐ Membros aderiram ao exercício 1.2 – Identidade e cancro?;
☐ Foi dada uma visão geral da sessão seguinte – Sessão 2 – Fontes históricas de significado?;

Temas relevantes: Grupo:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos: **Auto-avaliação da aderência do terapeuta à intervenção (pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente"): Classificação final:**

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Data:

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 2 – Fontes Históricas do Significado

☐ Apresentações;
☐ Processamento da sessão 1 - Momentos com Significado, Identidade e cancro;

A história da vida e o legado do paciente:

☐ Introdução às Fontes históricas do significado;
☐ Membros aderiram ao exercício 2.1. – A vida como um legado que foi dado?;
☐ Membros aderiram ao exercício 2.1. – A vida como um legado que você vive e que dará?;
☐ Foi dada uma visão geral da sessão seguinte – Sessão 3 – Fontes de atitude, criativas e experienciais de significado?;

Temas relevantes: Grupo:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos: **Auto-avaliação da aderência do terapeuta à intervenção (pontuação 0 – "Não aderente" a 10 – "Extremamente aderente"): Classificação final:**

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Data:

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 3 – Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado

- Apresentações;
- Processamento da sessão 2 - Fontes Históricas do Significado;

Fontes de Atitude do Significado:

- Introdução às Fontes de atitude do significado;
- Importância de como cada um responde às limitações da vida, através da escolha da sua atitude;
- Membros aderiram no Exercício 3.1 – Fontes de atitude do significado?;

Fontes Criativas de Significado:

- Introdução às Fontes criativas do significado;
- Discutir o apelo para criar uma vida com significado e vivê-la no seu potencial máximo e a responsabilidade que cada um tem sobre a sua vida;
- Membros aderiram no Exercício 3.2 – Fontes criativas do significado?;

Fontes Experienciais do Significado:

- Introdução às Fontes experienciais do significado;
- Membros aderiram ao Exercício 3.3 – Fontes experienciais do significado?;
- Introduzir o exercício 3.4. – Partilhe o seu legado;
- Foi dada uma visão geral da sessão seguinte – Sessão 4 – transições;

Temas relevantes: Grupo:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos: **Auto-avaliação da aderência do terapeuta à intervenção (pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente"): Classificação final:**

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Data:

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 4 – Transições

- Apresentações;
- Processamento da sessão 3 - Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado;
- Discussão do exercício 3.4. - Partilhe o seu legado;
- Membros aderiram ao exercício 4.1. – Experiência de grupo: reflexão e feedback;

Temas relevantes: Grupo:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos: **Auto-avaliação da aderência do terapeuta à intervenção (pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente"): Classificação final:**

Grupo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Data:

5.6.Aprovação pelas comissões de ética e instituições

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

MEDICINA
LISBOA

Exma. Senhora
Dra. Guida Maria B Marcelino da Ponte

Conselho Científico

CC – 371
21 de Dezembro de 2015

O Conselho Científico na reunião de 15 de Dezembro de 2015 deu o seu assentimento ao trabalho que se propõe realizar conducente à Dissertação de Doutoramento em Medicina (Psiquiatria e Saúde Mental) subordinada ao título: *Psico-Oncologia: A influência de uma intervenção psicossocial na qualidade de vida e evolução do cancro*, sob a orientação da Professora Sílvia Raquel Soares Ouakinin (FMUL) e do Dr. Jorge Espírito Santo (Unidade de Oncologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo), no âmbito do Programa Doutoral de Neurociências, tendo em consideração a sugestão de um dos Relatores:

"(...) Continua a ser discutível o grande número de variáveis a avaliar, que requerem uma grande dimensão da amostra e que tornam menos fiáveis as respostas. (...) O protocolo apresentado parece extremamente longo e cansativo para doentes em fase avançada de doença oncológica. (...) A submissão à Comissão de Ética deve explicitar a duração esperada de cada entrevista incluindo a aplicação de todas as escalas."

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor J. Melo Cristino
PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA • Av. Prof. Egas Moniz • 1649-028 Lisboa • Portugal
+351 217 985 100 • fmul@medicina.ulisboa.pt

COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

/0383
AUTORIZAÇÃO N.º /2015

Guida Maria Baptista Marcelino da Ponte notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo intitulado "Psico-Oncologia: a influência de uma intervenção psicossocial na Qualidade de Vida e Evolução do Cancro".

Analisado o processo, foi proferido o Projeto de Autorização n.º 37/2015, de 29 de setembro de 2015, que determinava que o dado relativo ao número da habitação não poderia ser recolhido, pois era suscetível de identificar os seus residentes.

Notificada para exercer o direito de audição que lhe assistia, nos termos do artigo 100.º do Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de novembro e revisto pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de janeiro, a responsável pelo tratamento veio pronunciar-se declarando que concordava com os termos do Projeto.

Deste modo, a CNPD vem converter em Autorização o Projeto *supra* mencionado.

I. Pedido

Guida Maria Baptista Marcelino da Ponte, no âmbito de Doutoramento em Psico-Oncologia, na área da Psiquiatria, pela faculdade de Medicina de Lisboa, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo intitulado "Psico-Oncologia: a influência de uma intervenção psicossocial na Qualidade de Vida e Evolução do Cancro".

Trata-se de investigação destinada a determinar a relação entre a melhoria da qualidade de vida e a evolução biológica do cancro, através da adaptação e validação

COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

diretamente o seu titular, como o número de processo clínico, devendo privilegiar-se a utilização de dados codificados.

Assim, a presente autorização é proferida na condição de que, caso o número de processo constante do caderno de recolha de dados corresponda ao número de processo clínico, porque identificador dos titulares dos dados, não seja recolhido.

Quanto ao mais, a informação tratada é recolhida de forma lícita (artigo 5.º, n.º1 alínea *a*) da Lei n.º 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. alínea *b*) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

III. Conclusão

Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27.º, alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e artigo 30.º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, a CNPD autoriza o tratamento de dados *supra* referido, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Guida Maria Baptista Marcelino da Ponte;
Finalidade: estudo intitulado "Psico-Oncologia: a influência de uma intervenção psicossocial na Qualidade de Vida e Evolução do Cancro";
Categoria de Dados pessoais tratados: código de participante; idade, género, raça, local de nascimento, área de residência, escolaridade, ocupação, estado civil, data do diagnóstico oncológico, localização do cancro, tratamentos, idas ao psiquiatra, medicação, outras doenças, instrumentos de avaliação psicológica (*Performance status*- índice de Karnofsky, Termómetro de *Distress*, *Hospital Anxiety and Depression*

COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

Scale, McGill Quality of Life Questionnaire, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy, Death Anxiety Questionnaire).

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: A chave de codificação dos dados deve ser destruída no prazo de 5 anos após o fim do estudo. As gravações das sessões devem ser destruídas no prazo de um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 1704/ 2015 e na presente Autorização decorrem obrigações que a responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 3 de novembro de 2015

Filipa Calvão (Presidente)

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Envia o processo à Comissão da CNPD 26/1/15

João Silveira Ribeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: **1/2015** Data: 23 / 01 / 2015

De: **Comissão de Ética para a Saúde**

Para: **Exmo. Sr. Dr. João Silveira Ribeiro – Presidente do Conselho de Administração**

Assunto: **Pedido de autorização para efetuar recolha de dados**

A 23/01/2015 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para a realização de investigação científica no âmbito de tese de doutoramento em psico-oncologia da Dr.ª Guida da Ponte, médica no Departamento de Psiquiatria deste Centro Hospitalar, intitulada "Psico-oncologia: a influência de uma intervenção psicossocial na qualidade de vida e evolução do cancro" a desenvolver na Unidade de Oncologia e Departamento de Psiquiatria deste Centro Hospitalar. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou ser necessária autorização da CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos

(Elvira Camacho, Dr.ª)
(Presidente da CES)

Informar o Requerente para que se dê de CNPD, para prosseguir o procedimento
26.1.2015

Recebi 26.01.2015 Celia Conceição

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 1126 23/01/2015
M-Hulato.

5.7.Versão portuguesa do manual original da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado

Preâmbulo

Para a adaptação deste manual, da língua inglesa para a portuguesa, foram realizados *focus groups* para avaliar a compreensão terminológica, dada a particularidade de alguns termos originais.

Em primeiro lugar, e porque o conceito é central à *Meaning Centered Psychotherapy* (Psicoterapia Centrada no Significado – PCS), foi discutido o termo *meaning*, que literalmente corresponde a *significado*. *Significado* deriva do latim *significatus*, isto é, *indício, sinal, sentido*. Nesta sequência, colocou-se uma questão fulcral na adaptação deste manual: usar o conceito de *significado* ou de *sentido da vida*?

Em termos restritos, a palavra *sentido* refere-se àquilo que associamos a uma expressão quando a compreendemos ou, se quisermos definir pela negativa, uma certa atividade é absurda ou não tem sentido quando não tem qualquer objetivo ou, apesar de ter um objetivo esse objetivo não pode ser alcançado ou não tem qualquer valor mesmo que possa ser alcançado.

Se o *sentido* se refere àquilo que associamos a uma expressão quando a compreendemos, *significado* é aquilo que é compreendido quando algo nos é comunicado, seja por sons ou inscrições. Assim, o significado de uma expressão é composto por dois elementos: aquilo que se passa em nós quando apreendemos a expressão e aquilo a que a expressão se refere. Assim, parece-nos que *sentido* é um termo mais lato do que *significado*.

Tentar responder ao problema do *sentido da vida* será talvez responder a três perguntas: Terá a vida humana, no seu todo, um (ou vários) objetivo(s)?, Será esse objetivo alcançável?, Terá esse objetivo algum valor ou finalidade?. As respostas variam, abrangendo desde a procura da *felicidade* (ainda que sem concordância para o que significa *felicidade*), até à existência de Deus e religião.

A doutrina existencialista integra dois aspetos fundamentais: 1. O objeto da sua reflexão é a existência humana, entendida como realidade individual, concreta que não se explica nem se demonstra, mas unicamente se descreve; 2. Reage contra a identificação hegeliana entre realidade e racionalidade, pois a existência não está iluminada pela luz da razão e tal implicaria afirmar que tudo o que é real

é racional, desvalorizando os aspetos dramáticos, angustiantes, imprevisíveis e absurdos que caracterizam a existência humana. O existencialismo pretende falar do ser humano concreto, sem as ideias ou noções abstratas e os grandes sistemas racionais que tudo julgam poder explicar e solucionar. O que interessa ao existencialismo é descrever o indivíduo, a sua realidade singular dramaticamente comprometida ou envolvida nas suas escolhas e opções. Autenticidade, responsabilidade, escolha, angústia, singularidade, absurdo, são alguns dos conceitos que o movimento existencialista integra.

Por outro lado, saber o que é o *significado* é uma das questões centrais da Filosofia da Linguagem, que se ocupa do significado linguístico. A Filosofia da Linguagem tem uma relação estreita com a metafísica, chamada a pronunciar-se sobre os tipos de entidades extralinguísticas com os quais nos comprometemos quando usamos a linguagem, e com a Filosofia da Mente, que analisa quer a nossa capacidade de produzir sequências linguísticas quer os conteúdos mentais que são comunicáveis linguisticamente.

A Filosofia da Mente discute os problemas relacionados com a mente (*alma, espírito, intelecto*) e os fenómenos mentais – a sua existência, a sua natureza, a sua relação com o mundo. Os seus problemas centrais são a relação mente/corpo, o solipsismo, a causalidade mental e a intencionalidade, procurando respostas para perguntas como: O que é a mente?, Qual o seu lugar na natureza?, Existe uma relação causal entre a mente e a matéria?, Que razões temos para acreditar que existem outras mentes para além da nossa?, O que é a intenção e qual é o seu papel na ação?, Qual é a natureza dos acontecimentos mentais?, O que está em causa quando falamos de pensamento, memória, emoção, sentimento ou imaginação?, Será correto dividir as funções mentais, ou existirá nelas uma certa unidade?.

Pode-se então concluir que apesar de constituir o conceito central ao existencialismo, o *sentido da vida* é um termo generalista englobando vários conceitos como *significado*, finalidade, transcendência, autenticidade, responsabilidade e escolha. No entanto, é o conceito de *significado* que abarca os significados, as entidades extralinguísticas e os conteúdos mentais.

A PCS usa um esquema que dissocia termos como *significado, finalidade, responsabilidade, autenticidade, transcendência*, pelo que se optou por usar o termo *Psicoterapia Centrada no Significado* e não *Psicoterapia Centrada no Sentido da Vida*, buscando com isto respeitar a individualidade dos termos e a sua compreensibilidade.

No decurso da adaptação da PCS para a língua portuguesa, e de acordo com os *focus groups*, surgiram algumas dificuldades na compreensibilidade de termos e expressões da tradução original. Após adaptações sucessivas pelos autores, optou-se por manter o texto original seguido de uma breve explicação, o que tornou a leitura do texto mais facilmente compreensível. Assim, as alterações introduzidas foram as seguintes:

"Fontes Históricas de Significado": "Atingir o significado através da nossa história";

"Fontes de Atitude de Significado": "Atingir o significado através da nossa atitude perante a vida";

"Fontes Criativas de Significado": "Atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir";

"Fontes Experienciais de Significado": "Atingir o significado através das nossas experiências de vida";

"A vontade do significado: a necessidade de encontrar significado na existência humana é uma força primária motivadora que modela o comportamento humano"; "ou seja, a tarefa de encontrar o significado da vida é inerente a nós e à nossa vontade";

"Se sentimos que a vida não tem significado não é porque ele não exista, mas sim porque ficamos desconectados do seu significado"; "desconectados/desligados";

"A vida como um legado": "A vida como algo que recebemos e transmitimos";

"Conectar com a vida": "ou seja, formas pelas quais estamos ligados à vida";

"Ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentimento de paz, contentamento, ou até de transcendência, através da conexão com algo que é maior do que nós": "Ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentimento de paz, contentamento, ou até de transcendência, ou seja, de transpor certas barreiras tornando-nos superiores a certas circunstâncias…";

"Alcançar o significado refere-se aos momentos em que nos sentimos vivos, conectados com a existência": "…conectados/em ligação com a existência…";

"Exercícios experienciais": "…Exercícios experienciais (práticos)";

"Legado passado": "ou seja, "A vida como algo que nos foi transmitido, através do passado";

"Legado presente e futuro: "ou seja, a vida como algo que transmitimos (presente) e que transmitiremos (futuro)";

"A vida como um legado que você vive e que dará: "ou seja, a vida como algo que transmitimos e vivemos (presente) e que transmitiremos (futuro)";

"Partilhe o seu legado": "ou seja, partilhe a sua vida e os seus projetos";

"Alguns exemplos podem ser: criar um projeto de legado": criar um legado/projeto…";

"Escreva três formas pelas quais você está "conectado com a vida" e sente-se mais vivo através de fontes experienciais de": "ou seja, todos nós experienciamos a vida através dos nossos órgãos dos sentidos e através das nossas emoções e pensamentos, e ao fazermos isto, estamos conectados/ligados à vida. O amor, a beleza e o humor geram-nos lembranças, pensamentos, emoções…"

Houve apenas duas substituições de termos: *"morte boa ou com significado"* para *"morte tranquila"* e *"projeto de legado"* para *"projeto de vida"*.

Mas se há significado, é um significado incondicional, e nem o sofrimento nem a morte pode prejudicá-lo. O que nossos pacientes necessitam é de uma incondicionalidade nesse sentido incondicional.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido* (1969, p.156)

A imagem da capa é uma escultura que foi criada por um paciente, em estudo na Psicoterapia Centrada no Significado, para o seu *Projeto de Legado* final. Ele retrata o seu legado passado, presente e futuro, entrelaçado, dentro do símbolo da sua herança irlandesa, e unido pelo "amor eterno".

Índice

Preâmbulo
Agradecimento
Prefácio
Introdução: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado para Terapeutas
Visão geral do tratamento para os terapeutas
Sessão 1. Conceitos e Fontes de Significado: *Introdução e Significado*
Sessão 2. Cancro e Significado: *Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro*
Sessão 3. Fontes Históricas de significado: *A vida como um legado que nos foi dado*
Sessão 4. Fontes Históricas de significado: *A vida como um legado que vivemos e daremos*
Sessão 5. Fontes de Atitude de Significado: *Encontrar as limitações da vida*
Sessão 6. Fontes Criativas de Significado: *Criatividade, coragem e responsabilidade*
Sessão 7. Fontes Experienciais do Significado: *Conectar com a vida através do amor, beleza e humor*
Sessão 8. Transições: *Reflexões finais do grupo e esperanças para o futuro…*
Referências
Folhetos
Trabalhos de casa/exercícios experienciais

Agradecimentos

Estamos gratos às nossas famílias pelo seu amor e apoio e relembramos aqueles que nos foram importantes, familiares e pacientes, que faleceram durante o período em que conduzimos o trabalho refletido neste texto.

Agradecemos aos nossos colegas do Memorial Sloan-Kettering, que desempenharam papéis centrais no desenvolvimento e na condução dos ensaios de ambos os formatos da Psicoterapia Centrada no Significado (PCS). Agradecimentos especiais a Mindy Greenstein, Hayley Pessin, Barry Rosenfeld, Wendy Lichtenthal, Allison Applebaum e todos os colaboradores e assistentes de pesquisa, intervenientes, estudantes de pré e pós-doutoramento, investigadores e coordenadores de investigação.

Agradecemos aos Instituto Nacional de Saúde, ao Instituto Nacional do Cancro, ao Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa, ao Instituto Fetzer e à Fundação Kohlberg, que financiaram os ensaios clínicos da PCS.

Finalmente, a nossa gratidão às centenas de pacientes que participaram nos ensaios clínicos da PCS, e às suas famílias dedicadas e cuidadores. Enquanto que a maioria dos pacientes que participaram nos ensaios clínicos da PCS já não estão connosco, os seus legados estão vivos e afetam o curso e o significado das nossas vidas de forma profunda.

Prefácio

Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia... Concluo, portanto, que o sentido da vida é a mais urgente das questões.
Albert Camus, *Mito de Sísifo* (1955, pp. 3-4)

Se abriu este manual de tratamento e está a ler este prefácio, provavelmente é um clínico ou investigador que trabalha com pacientes com cancro, talvez especificamente com cancro avançado e populações em cuidados paliativos, e que atingiu o entendimento, quer através da experiência clínica ou através das nossas contribuições para a literatura, da importância em ajudar os pacientes a manter um sentido de significado, particularmente nos últimos meses de vida, quando enfrentam a morte. Como Camus, você concluiu que *o significado da vida é a questão mais urgente*. Talvez seja mais rigoroso dizer que você acabou por aprender, como o nosso grupo de investigação, que a capacidade para manter ou aumentar o significado, no cancro avançado, ajuda os pacientes a manter uma sensação de esperança e purificação, melhora a qualidade de vida, reduz a angústia e diminui o desespero. Você também aprendeu que central ao conceito de *cuidado*, para os pacientes com cancro avançado, é uma abordagem que promova a crença de que *a possibilidade de criar ou experienciar o significado existe até ao último momento da vida".*
Passou quase uma década desde que o nosso grupo de investigação no Memorial Sloan-Kettering encontrou o seu caminho para compreender a importância clínica e existencial do significado e da preservação do significado, como conceitos centrais para uma intervenção psicoterapêutica em pacientes com cancro avançado que, na verdade, enfrentavam a morte. Chamamos a esta intervenção *Psicoterapia Centrada no Significado* (PCS), desenvolvida pela primeira vez, testada, e finalmente comprovada como eficaz em ensaios clínicos randomizados, num formato de grupo de PCS, que chamamos *Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado* (PGCS).
A PGCS é uma intervenção de 8 semanas, composta por exercícios didácticos e experienciais. Destina-se a ajudar pacientes com cancro em estadio avançado a entender a importância e a relevância de manter, reconectar e criar significado

nas suas vidas, através de fontes fiáveis e comuns de significado, que possam servir de recursos de significado que ajudem a diminuir o desespero de fim de vida.

Neste prefácio da PGCS para pacientes com cancro em estadio avançado, apresentamos, de forma breve, o fundamento científico para a PGCS como uma intervenção eficaz para estes pacientes. O manual em si é muito detalhado e acreditamos que seja um guia para clínicos e investigadores que apliquem a intervenção em contexto clínico, ou que conduzam estudos semelhantes, ou ainda que desenvolvam adaptações da intervenção para outras culturas ou idiomas. Para descrições detalhadas das técnicas terapêuticas é recomendado que o leitor se refira ao livro *Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer*, da Oxford University Press, do Dr. Breitbart e Dr. Poppito, que utilizam exemplos transcritos de intervenções terapêuticas. O leitor poderá também interessar-se pelo manual de tratamento *Psicoterapia Individual Centrada no Significado para Pacientes com Cancro Avançado*, igualmente publicado pela Oxford University Press e pelos Drs. Breitbart e Poppito.

Desenvolvimento de Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado

Como muitas intervenções clínicas no campo da Psico-oncologia e cuidados paliativos, a PCS, e a PGCS em particular, surgiu a partir da necessidade de lidar com um problema clínico desafiador – um problema para o qual não existia nenhuma intervenção eficaz disponível até agora. Na verdade, foi através da feliz coincidência entre encontrar um problema clínico e o contexto da inspiração em trabalhos de pioneiros em filosofia existencial e psiquiatria, que a PCS foi concebida, desenvolvida, testada, e finalmente demonstrada como sendo uma intervenção eficaz em formato de grupo. O problema clínico desafiador era o desespero, a desesperança e o desejo de morte antecipada em pacientes com cancro avançado que, de facto, não sofriam de depressão clínica (Breitbart et al, 2000), mas enfrentavam uma crise existencial de perda de significado, valor e finalidade, no confronto com um prognóstico terminal. Enquanto o nosso grupo demonstrou que o desejo de morte antecipada na presença de uma depressão clínica poderia ser tratado com a terapêutica antidepressiva adequada (Breitbart et al, 2010), nenhuma intervenção eficaz estava direcionada para perda de

significado e desesperança, na ausência de depressão clínica. Inspirada primeiramente pelas obras de Viktor Frankl (1955, 1959, 1969, 1975), e mais tarde com as contribuições de Irvin Yalom (1980), o nosso grupo de investigação adaptou os conceitos de Frankl sobre a importância do significado na existência humana (e sua *logoterapia*), criando inicialmente uma intervenção centrada no significado em formato de grupo (PGCS), destinada principalmente a pacientes com cancro avançado. O objetivo da intervenção era diminuir o desespero, a desmoralização, a desesperança e o desejo de morte antecipada, mantendo ou reforçando um sentido de significado mesmo diante da morte. Enquanto a PCS se baseia nos conceitos de Frankl de significado e fontes de significado como recursos para reconectar com o significado perante o sofrimento, a PCS também incorpora conceitos e preocupações existencialistas importantes e fundamentais que não se focam diretamente no significado, mas que estão claramente relacionados com *a procura de, conexão com e criação de significado*.

A importância do significado e do bem-estar espiritual e existencial ao lidar com o cancro

Há uma extensa evidência que demonstra a importância do significado e do bem-estar existencial e espiritual nos pacientes com cancro avançado. Singer e colegas descobriram que "alcançar um sentido de paz espiritual" era um dos domínios de cuidados de fim de vida mais importantes do ponto de vista dos pacientes (Singer, Martin & Telnet, 1999). Moadel e colegas realizaram um estudo com 248 pacientes com cancro, questionando as suas necessidades mais importantes (Moadel et al, 1999). Cinquenta e um por cento afirmaram que precisavam de ajuda para superar os medos enquanto que 43% precisavam de ajuda para encontrar "paz mental", 41% precisavam de ajuda para encontrar esperança, 40% precisavam de ajuda para encontrar significado na vida e 39% precisavam de ajuda para encontrar recursos espirituais. Numa amostra de 162 pacientes internados em lares japoneses, a angústia psicológica estava relacionada com a perda de significado em 37%, desesperança em 37% e perda de papel social e sentimento de inutilidade em 28% (Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 2000). Numa pesquisa conduzida por Meier e colegas, acerca das razões para pedidos de suicídio assistido, os médicos relataram que a "perda de

significado na vida" correspondia a 47% dos pedidos (Meier et al, 1998). Claramente, das perspetivas, quer dos pacientes, quer dos médicos, aspetos da espiritualidade eram elementos essenciais na qualidade dos cuidados de fim de vida. Brady e colegas concluíram que os pacientes com cancro que relatam níveis elevados de significado nas suas vidas são capazes de ter maior satisfação na sua qualidade de vida e de tolerar melhor sintomas físicos mais severos do que os pacientes que reportam baixos níveis de significado/paz (Brady et al, 1999). O nosso grupo de investigação (Breitbart e at, 2000; Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galietta, 2002) demonstrou o papel central do bem-estar espiritual, e em particular do significado, como um fator protetor contra a depressão, desesperança e desejo de morte antecipada em doentes com cancro terminal. McClain e seus colegas descobriram que o bem-estar espiritual, com um componente de significado, estava fortemente associado ao desespero do fim de vida (definido por desesperança, desejo de morte antecipada e ideação suicida), mesmo depois de controlar a influência da depressão (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003). Yanez e colegas também descobriram que o aumento do significado/paz em sobreviventes de cancro de mama previam significativamente uma melhoria da saúde mental e menor sofrimento, ao contrário do aumento da fé. (Yanez et al, 2009).

Esta pesquisa destaca o papel do significado como protetor contra depressão, desesperança, ideação suicida e desejo de morte antecipada, o que é significativo, conhecendo as consequências da depressão e desesperança em pacientes com cancro. A depressão, desesperança e a perda de significado estão associadas a uma menor taxa de sobrevivência (Watson et al, 1999) e a maiores taxas de suicídio, ideação suicida, desesperança e desejo de morte antecipada (Breitbart & Rosenfeld, 1999; Breitbart et al, 2000; Chochinov et al., 1994, 1995; Kissane et al, 1997).

Adicionalmente, a desesperança e a perda de significado mostraram ser independentes da depressão como preditores do desejo de morte antecipada, tendo a mesma influência sobre o desejo de morte antecipada que a depressão (Breitbart et al, 2000). Assim sendo, existia uma necessidade crítica para o desenvolvimento de intervenções psicossociais para pacientes com cancro avançado que abordassem a perda de significado, desenvolvendo um mecanismo que melhorasse os efeitos psicossociais (por exemplo, qualidade de

vida, depressão, ansiedade, desesperança, desejo de morte antecipada e desespero de fim de vida).

Igualmente importante para o modelo teórico conceptual da PCS é o conceito de Park e Folkman's (1997) de *coping centrado no significado*. Eles descrevem o significado como a reavaliação de um evento e a extensão pela qual cada um "construiu significado" ou "encontrou significado" nesse evento (Andrykowski, Brady & Hunt, 1993, Folkman, 1997, Frankl 1955, 1959, 1969, 1975, Taylor, 1983, 1993).

Ao contrário da conceptualização do significado de Park e Folkman, como global ou situacional, Frankl considerou o significado como um estado; os indivíduos podem oscilar entre um estado em que se sentem desmoralizados e como se as suas vidas não tivessem valor (Kissane et al, 1997), até ao reconhecimento do seu próprio sentido de significado e finalidade, permitindo-lhes valorizar ainda mais intensamente o tempo restante. Conceptualizar o significado como um estado sujeito a mudanças, sugere a sua capacidade de potencial resposta a uma intervenção. Frankl também considerava o sofrimento como um potencial trampolim, tanto para a necessidade de significado, como para o encontrar (Frankl 1955, 1959). Portanto, o diagnóstico de uma doença terminal deve ser visto como uma crise, no sentido mais amplo da palavra – uma experiência de angústia ou mesmo de desespero que pode, em si mesmo, oferecer uma oportunidade de crescimento e significado. Qualquer um pode ter uma perda de significado e finalidade na vida, ou ter um sentido mantido ou mesmo intensificado de significado, finalidade e paz, que permite valorizar mais profundamente o tempo restante e avaliar positivamente os acontecimentos.

Desenhada nestes princípios, a PGCS ajuda os pacientes a melhorar o seu sentido de significado, ajudando-os a compreender e converter as várias fontes de significado nas suas vidas. O aumento do significado é conceptualizado como catalisador de melhores resultados psicossociais, como melhoria da qualidade de vida, redução do sofrimento psicológico e redução do desespero. Especificamente, o significado é visto como um mediador de mudanças nestes importantes resultados psicossociais.

Conceitos centrais à filosofia existencialista e à psicologia

Subjacentes ao desenvolvimento da PCS e da PGCS estão conceitos fundamentais para a filosofia existencialista, psicologia e psiquiatria, desenvolvidos por pioneiros como Kierkegard, Nietzsche, Heidegger, Sartre, Camus e Yalom (Camus, 1955; Heidegger, 1996; Kierkegard, Hong & Hong, 1983; Nietzsche, 1986; Sartre, 1984; Yalom, 1980).

Embora as preocupações relativas ao significado e à falta de significado sejam centrais para a filosofia existencialista e para a psicologia, a PCS e a PGCS, beneficiaram com a incorporação de um número de importantes conceitos existencialistas, que não envolvem diretamente o significado, mas que estão interligados e que servem de estrutura crítica para conduzir o trabalho psicoterapêutico da PCS.

Portanto, embora a ênfase da PCS seja o significado e as fontes de significado, claramente, muito do trabalho psicoterapêutico torna-se mais rico quando os terapeutas estão bem fundamentados no quadro conceptual básico e nas teorias da filosofia existencialista e psicoterapia. Conceitos existencialistas importantes que são utilizados e incorporados no quadro teórico da PCS incluem: liberdade, responsabilidade, escolha, criatividade, identidade, autenticidade, compromisso, culpa existencial, cuidado, transcendência, transformação, direção, estar perante a morte, existência e temporalidade e isolamento existencial. Estes conceitos existencialista fazem parte da intervenção e são utilizados primeiramente para reforçar os objetivos da PCS relacionados com *a procura por, conexão com, e criação de significado*.

Visão Geral da evidência da eficácia da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (PGCS)

Antes do desenvolvimento da PGCS, poucas intervenções focavam especificamente domínios existenciais ou espirituais no tratamento, ou mediam o impacto do tratamento nestes resultados, particularmente em pacientes com cancro avançado. As primeiras pesquisas de Yalom, Spiegel e colegas demonstraram que uma psicoterapia de grupo de suporte de um ano, que incluiu um foco em questões existenciais, diminuiu o sofrimento psicológico e melhorou

a qualidade de vida (Spiegel, Bloom & Yalom, 1981; Spigel & Yalom, 1978, Spigel & Greaves, 1977). Estudos mais recentes descreveram intervenções de curto prazo que incluíam um componente espiritual ou existencial, incluindo abordagens individuais (Chochinov et al, 2011, Kissane et al, 2003, Lee et al, 2006). No entanto, os resultados desses estudos são inconsistentes em termos dos efeitos sobre os resultados psicológicos, como depressão, ansiedade e desejo de morte antecipada. Mais importante ainda, aspetos específicos do bem-estar espiritual e significado não foram consistentemente considerados nos resultados. Assim, apesar da aparente importância de melhorar o sentido de significado e finalidade, poucas foram as intervenções clínicas desenvolvidas que tentaram abordar esta questão crítica. A Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado foi desenvolvida em resposta à necessidade de intervenções focadas na melhoria do bem-estar espiritual.

Um estudo randomizado controlado da PGCS (Breitbart et al, 2010) demonstrou a eficácia desta intervenção na melhoria do bem-estar espiritual e sentido de significado, bem como na diminuição da ansiedade, desesperança e desejo de morte antecipada. Noventa pacientes receberam oito sessões de PGCS ou psicoterapia de grupo de suporte (PGS). Cinquenta e cinco pacientes completaram a intervenção de oito semanas e 38 pacientes completaram uma avaliação de acompanhamento dois meses depois (a diferença entre as duas avaliações pós-tratamento foi em grande parte devido à morte ou deterioração física dos pacientes). A avaliação dos resultados incluiu medidas de bem-estar espiritual, significado, desesperança, desejo de morte antecipada, otimismo/pessimismo, ansiedade, depressão e qualidade de vida global.

Os resultados deste estudo demonstraram benefícios significativamente maiores da PGCS comparativamente à PGS, particularmente no aumento do bem-estar espiritual e sentido de significado. Os efeitos do tratamento para a PGCS aparentaram ser ainda mais evidentes dois meses após o tratamento ter terminado, sugerindo que os benefícios não só persistem como podem aumentar após a conclusão do tratamento. Os doentes que participaram na PGS não conseguiram demonstrar tais melhorias, quer após o tratamento, quer durante a avaliação de acompanhamento durante dois meses.

Este estudo fornece suporte para a eficácia da PGCS como uma nova intervenção para melhorar o bem-estar espiritual, o sentido de significado e funcionamento psicológico em pacientes com cancro avançado. A maior parte dos efeitos do tratamento surgiram após a intervenção a curto prazo, e esses benefícios parecem aumentar mesmo nas semanas após o término do tratamento. Embora preliminar, a PGCS parece ser uma promissora intervenção para o aumento da qualidade de vida nos pacientes em fim da vida. Um estudo controlado randomizado, com uma duração de mais de cinco anos financiado por RO1 (*Research Project Grant)* da PGCS, acaba de ser concluído, e as análises preliminares solidificam ainda mais a base de evidência que suporta a eficácia da PGCS.

Direções futuras

A PGCS demonstra ser uma intervenção eficaz para pacientes com cancro avançado. O nosso grupo no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center reconheceu a importância das intervenções destinadas a aumentar o significado. Desenvolvemos um formato individual mais flexível de PCS, a *Individual Meaning-Centered Psychotherapy* (Psicoterapia Individual Centrada no Significado – PICS).

A PICS provou ser igualmente eficaz à PGCS, mas permite uma maior flexibilidade no tempo e no local (por exemplo, consultório, enfermaria, hospital de dia de quimioterapia) para o agendamento das sessões, diminuindo os *drop-outs* e aumentando a taxa de doentes que completaram as intervenções (Breitbart et al, 2012). Um estudo piloto controlado randomizado da PICS demonstrou que esta melhora, de forma significativa, o bem-estar espiritual dos pacientes, a noção de significado, qualidade de vida e sintomas relacionados com angústia (Breitbart, 2012).

Estamos constantemente a adaptar e a testar a PCS para outras populações de doentes de cancro (por exemplo, sobreviventes de cancro da mama, familiares em luto, cuidadores informais, adolescentes e adultos jovens com cancro), assim como prestadores de cuidados adoentes oncológicos (Fillion et al, 2009).

Réplicas de estudos da PGCS estão a ser conduzidas em Itália, Israel e Espanha. Adaptações culturais e linguísticas da PGCS estão a ser conduzidas pelo nosso grupo para a população chinesa e hispânica. Investigadores na Holanda adaptaram a PCGS para sobreviventes de cancro.

Resumo

A PGCS representa o formato de grupo da PCS, desenvolvida por Breitbart e colegas no Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. A PGCS é uma intervenção nova e única, que demonstrou ser eficaz, reforçando o significado e diminuindo o desespero em pacientes com cancro avançado. A PGCS é promissora como uma intervenção que pode ser utilizada no âmbito dos cuidados paliativos, bem como no tratamento agudo de pacientes com cancro avançado.

Referências

Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, *2*(4), 261–276. https://doi.org/10.1002/pon.2960020406

Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., & Cell, D. (1999). a Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in, *428*(September 2014), 417–428. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8

Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., … Cassileth, B. R. (2012). Pilot Randomized Controlled Trial of Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(12), 1304–1309. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517

Breitbart, W., & Rosenfeld, B. (1999). Physician-assisted suicide: the inflience of psychosocial issues. *Cancer Control*, *6*(2), 146–161.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., … Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 21–28. https://doi.org/10.1002/pon.1556

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-esch, J., Galietta, M., … Brescia, R. (2000). for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer, *284*(22), 2907–2911.

Camus, A. (1995). *The myth of Sisyphus and Other essays*. Knopf, New York.

Chochinov, Harvey Max; Wilson, K. G., Enns, M., & Mowchun, N. (1995). Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry; Washington*, *152*, 1185–1191.

Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, *12*(8), 753–762. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X

Chochinov, H., Wilson, K., Enns, M., & Lander, S. (1994). Prevalence of depression in the terminal ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1470-

2045(11)70153-X

Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I., & Breitbart, W. S. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, *18*(12), 1300–1310. https://doi.org/10.1002/pon.1513

Folkman, S., & Folkman, S. (1997). Positive Psychological States and Coping With. *Social Science Medecine*, *45*(8), 1207–1221. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3

Frankl, V.F. (1955/1986). *The doctor and the soul*. Random House, New York.

Frankl, V.F. (1959/1992). *Man's search for meaning*. Fourth Edition. Beacon Press, Boston.

Frankl, V.F. (1969/1988). *The Will to meaning: foundations annd Applications of Logotherapy, expanded Edition*. Penguin Books, New York.

Frankl, V.F. (1975/1997). *Man's search for ultimate meaning*. Plenum Press, New York.

Introdução: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado para Terapeutas – Visão geral do tratamento para os terapeutas

Diretrizes gerais para os terapeutas de grupo

O conceito de Psicoterapia Centrada no Significado (PCS) para pacientes com cancro avançado, foi desenvolvido e testado em ensaios controlados e randomizados por Breitbart e colegas, no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Os terapeutas que utilizam este manual são encaminhados para o próximo livro da Oxford University Press, *Meaning-Centered Psychotherapy in Cancer*. A definição de significado é a característica definidora do ser humano como espécie. Criar significado foi tema abordado por muitos filósofos existencialistas e psicoterapeutas, incluindo Yalom, Park e Folkman, Kierkegard, Nietzsche e Heidegger. Esta intervenção de Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado é influenciada, em grande medida, pelo trabalho do psiquiatra existencialista Viktor E. Frankl. Portanto, é útil para os terapeutas de grupo, bem como para os pacientes participantes, estarem familiarizados com o trabalho de Frankl. O livro *O Homem em busca de um Sentido* é um bom começo. A primeira metade do livro contém um relato particularmente vívido dos aspetos-chave da sua filosofia. Outras fontes úteis que descrevem os conceitos de Frankl, sobre a importância do significado, incluem os seus livros *A Vontade do Significado* e o *Doutor e a Alma*.

Modelo de co-Facilitação, capacitação, competências e experiência

Nas fases de desenvolvimento da PGCS, sempre foi antecipado que um grupo com seis a oito pacientes precisaria de ser liderado por dois coterapeutas ou cofacilitadores, e foi este o caso nos dois ensaios controlados e randomizados realizados da PGCS, em populações com cancro avançado.

Logicamente, mostrou-se útil o modelo de coterapeuta e cofacilitador, na medida em que se mantém o acompanhamento do fluxo de cada sessão, em termos de concretização dos objetivos e tarefas, assim como a partilha da carga em ser líder de grupo. Nos ensaios randomizados e controlados da PGCS, até à data, os terapeutas de grupo têm formação superior em psicologia, psiquiatria ou

aconselhamento em saúde mental. Também é útil que os terapeutas tenham experiência e competências básicas em grupos genéricos psicoterapêuticos. Usámos com sucesso um modelo de cofacilitação com um terapeuta sénior e um mais novo, com menos experiência, sendo estes últimos estudantes de psicologia; podemos imaginar o potencial de uso de enfermeiros ou capelães como coterapeutas.

Embora este manual, e o acompanhamento do manual da Oxford University Press, possam ser suficientes para muitos médicos começarem a usar a PGCS na sua prática, workshops de formação avançada em PCS são comuns no Congresso Anual Mundial da Sociedade de Psico-Oncologia (www.IPOS-Society.org), nos Encontros Científicos Anuais da Sociedade Americana de Oncologia Psicossocial (www.APOS-Society.org) e no Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais do Centro Oncológico do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (http://www.mskcc.org/research/psychiatry-behavioral-sciences).

Seleção do paciente

A PCGS foi desenvolvida como uma intervenção existencialista para ajudar a manter e/ou aumentar o significado e o bem-estar espiritual em pacientes com cancro avançado, com prognóstico relativamente limitado (aproximadamente seis meses a um ano). A intervenção não foi desenvolvida para tratar uma perturbação psiquiátrica específica do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM; por exemplo, perturbação depressiva major), mas sim para abordar construções meta-diagnósticas como *desespero, perda de bem-estar espiritual e desmoralização*, que também são frequentemente manifestadas em relatos de má qualidade de vida, desesperança, desejo de morte antecipada, sintomas depressivos e ansiosos, e perda de significado e bem-estar espiritual.

Os ensaios controlados randomizados da PGCS incluíram pacientes com cancros sólidos em estadios III ou IV, com prognóstico limitado, mas de ambulatório e suficientemente aptos para participar em oito sessões semanais de grupo, e que tivessem uma esperança de vida de pelo menos dois meses após o tratamento para preencher o questionário de seguimento.

Estes critérios de seleção foram escolhidos por motivos práticos e de investigação. Incluímos pacientes com tumores sólidos porque há um sistema de estadiamento comparável em todos os cancros sólidos. O curso de tratamento para cancros sólidos também foi comparável em toda a amostra. Incluímos pacientes com linfoma, mas excluímos pacientes com leucemia, por causa da trajetória de tratamento, muitas vezes diferente, e da falta de um sistema de estadiamento comparável. Quem usar a PGCS na clínica pode ser mais flexível na escolha da seleção de pacientes baseada no diagnóstico de cancro. No entanto, deve-se ter em mente a necessidade de formar grupos de tratamento onde os pacientes possam relacionar-se com os outros membros do grupo como estando "no mesmo barco" que eles. Nos ensaios da PGCS, optou-se por não exigir um critério de limiar de angústia ou perda de significado para a inclusão. Esta foi uma decisão prática, de novo. Sentimos que isso iria prejudicar a nossa capacidade em recrutar pacientes suficientes. Em ensaios posteriores de Psicoterapia Individual Centrada no Significado, foi requisito uma pontuação de 4 ou mais numa escala de classificação numérica de 0-10 de distress. Fizemos isto para garantir que haveria espaço para melhorias, que poderiam ser demonstradas nos nossos testes de intervenção. Quando utilizada clinicamente, a PGCS pode aumentar ou manter o significado e esperança em pacientes que têm um amplo espectro de gravidade de distress ou perda de significado. Descobrimos que os pacientes que tinham bom sentido de significado e bem-estar espiritual beneficiaram com a PGCS. Descobrimos também que os pacientes com desespero (por exemplo, perda significativa de significado, distress) beneficiaram significativamente, e que a inclusão de ambos os tipos de pacientes num grupo, provou ser bastante útil no processo grupal. A preocupação real na seleção do paciente, é quais os pacientes a excluir. Foram excluídos os pacientes que apresentavam depressão grave não tratada, outras perturbações psiquiátricas ou *deficits* cognitivos que tornassem impossível uma participação significativa no processo grupal. Verificou-se que pacientes com uma educação limitada ou *deficits* cognitivos leves, devido a metástases cerebrais (por exemplo, pensamento concreto), foram capazes de compreender os conceitos da PGCS e participar no processo de grupo. Alguns pacientes estavam mais visivelmente doentes e fracos do que outros, mas isso também era geralmente maleável. Também foi interessante notar que, apesar da inclusão

de apenas pacientes com cancros sólidos em estadios III ou IV, houve, de facto, uma grande variabilidade entre os membros do grupo quanto à consciência do prognóstico. Não era incomum que um paciente com cancro de pulmão em estadio IV usasse a negação como um mecanismo de defesa e dissesse "espero vencer este cancro". Apesar destas afirmações, esses pacientes participaram afincadamente nos exercícios, incluindo o exercício sobre "O que seria uma boa morte". Um paciente, apesar de referir que "eu esperava vencer este cancro", já tinha planeado o seu funeral, incluindo a lista de convidados, a música e o tipo de flores que queria. Estão, portanto, previstos vários estadios de consciência do prognóstico, e não constituem limitações para a execução de grupos da PGCS bem-sucedidos.

A finalidade desta intervenção

1. Afirmar a possibilidade da experiência e criação de significado, mesmo diante de um cancro avançado e de um prognóstico potencialmente limitado.
2. Ajudar os participantes na sua descoberta, reconexão, manutenção, e até mesmo melhoria, de um sentido de significado na vida durante a doença.
3. Facilitar uma maior compreensão das fontes de significado, que podem ser usadas como recursos de significado mesmo após o diagnóstico de cancro.
4. Promover um ambiente de apoio entre os doentes com cancro, confrontados com desafios semelhantes, num momento particularmente difícil das suas vidas.

O objetivo desta intervenção

O objetivo final desta intervenção é otimizar a forma como o paciente enfrenta a doença, através de uma melhoria no sentido de significado e finalidade, para que os membros do grupo aproveitem ao máximo o tempo que lhes resta, independentemente de quanto tempo, ou quão limitado ele é. É importante ter em mente que é da responsabilidade individual dos membros do grupo usar o grupo para descobrir as fontes de significado nas suas vidas; eles são

percebidos não como recetores passivos da sabedoria dos líderes do grupo, mas como participantes ativos no processo. A intervenção destina-se a ajudar a ampliar o alcance das possíveis fontes de significado e a promover o uso de fontes de significado como recursos para enfrentar a doença, através da combinação de: (1). Ensino didático da importância do significado na existência humana, fontes de significado na vida humana e a necessidade de produzir significado como uma característica humana definidora; (2). Exercícios de grupo experiencial e trabalhos de casa para melhorar a aprendizagem e a incorporação da importância do significado, e a utilização das fontes de significado na vida dos pacientes; e (3). Discussão aberta, que inclui comentários interpretativos dos líderes de grupo para promover a expressão emocional e para facilitar a adoção de uma perspetiva focada no significado, face à doença.

Como usar o manual

No interesse de minimizar a repetição, o manual inicia cada sessão com uma discussão didática dos princípios relevantes. Os líderes de grupo devem familiarizar-se inteiramente com o manual antes de convocar grupos. Embora a parte didática seja escrita em forma esquemática, isto é feito para dar aos líderes um panorama do fluxo de ideias na sessão. Não é necessário ou esperado que estas partes sejam lidas literalmente, embora seja importante que todos os pontos relevantes sejam abordados. Se necessário podem-se usar notas em cartões, por exemplo, e os folhetos devem ser disponibilizados para os membros do grupo no caso destes quererem rever as informações. O tempo deve ser atribuído a cada participante de forma a completar os exercícios e a combiná-los com a discussão. O manual indicará quando serão necessários folhetos específicos. Todos os folhetos para os pacientes estão incluídos no apêndice deste manual do terapeuta. Além disso, pode ser útil ter um quadro branco à mão, para destacar os pontos de discussão para os membros do grupo.

Embora esta intervenção seja breve, focada e um pouco diretiva, em comparação com outras intervenções de grupo, como a psicoterapia de grupo de suporte-expressiva, haverá espaço para comentários interpretativos, especialmente na elucidação de fontes de significado e objetivos, e de temas que surgirão. Espera-se que os participantes saiam do grupo com um conjunto

de ferramentas que lhes permitam continuar o trabalho iniciado aqui. A responsabilidade é uma questão crucial, e estende-se ao sentimento dos membros do grupo de serem responsáveis por si mesmos e em relação aos outros, em encontrar o que é significativo nas suas vidas. Esta responsabilidade também inclui encontrar definições valiosas no que concerne ao significado, em primeiro lugar, como será explorado na primeira sessão, e servirá de base para boa parte do que se segue.

Cada sessão neste manual inclui o seguinte: (1). Uma página de título; (2). Uma visão geral da sessão, que fornece um breve resumo dos componentes de cada sessão e das tarefas que precisam ser terminadas; (3). Uma discussão sobre os objetivos e o conteúdo da sessão; (4). Uma descrição da parte didática de cada sessão; (5). Uma discussão do exercício experiencial ou revisão de trabalhos de casa, que é concluída em cada sessão; (6). Uma lista de verificação de aderência do terapeuta e notas do processo em grupo. A lista de verificação de aderência dos terapeutas é a medida que utilizamos durante os nossos ensaios controlados randomizados, que comparam a PGCS com a psicoterapia de grupo de suporte. Esta lista de verificação pode, por conseguinte, ser utilizada em estudos de investigação semelhantes, realizados por utilizadores deste manual que estão a realizar estudos de replicação ou outros estudos de intervenção comparativa. A lista de verificação de aderência dos terapeutas identifica a componente chave de cada sessão da PGCS, para que os clínicos também possam usá-la como um breve guia para o conteúdo a ser abordado em cada sessão.

A importância de procurar temas

Também é útil observar os temas do grupo quando eles parecem surgir entre indivíduos ou entre sessões. A sua exposição irá ajudar os membros individuais a se sentirem como parte de algo maior do que eles mesmos, mesmo dentro dos limites da sala – à medida que cada um experiencia uma missão em comum. Isto pode ser tornado mais explícito em sessões posteriores, quando o tema de se sentir como parte de algo maior for elaborado mais plenamente. Exemplo de como os temas podem ser utilizados para explorar objetivos, é o de um paciente que, ao contemplar aquilo que gostaria de fazer no seu tempo restante, começou a dar exemplos de várias atividades do trabalho, todas envolvendo crianças, e

que estavam fora do seu alcance, dada a sua condição física. Quando o tema das crianças foi destacado, o paciente começou a descrever o desejo de reatar o relacionamento com os próprios filhos antes de morrer, e logo abraçou esse objetivo. Antes de terminar as sessões, os líderes de grupo devem fazer breves resumos de alguns temas que surgiram. Na conclusão de cada sessão, os líderes de grupo completarão uma breve nota usando a lista de verificação da aderência dos terapeutas.

Atitudes em relação ao sofrimento e escolha da atitude, ou reenquadramento cognitivo

Uma das metas do grupo é ajudar a reformular a experiência dos pacientes, desde a de morrer, até à de viver diante da ameaça de morrer, e facilitar a capacidade para reconhecer as oportunidades futuras de experiências com significado, apesar das limitações colocadas sobre eles, pela doença ou pelo tratamento. Em *A Vontade do Significado*, Frankl descreve a sua logoterapia como o "tratamento da atitude do paciente em relação ao seu destino imutável" (p. 6), e explora maneiras pelas quais o sofrimento possa ser experienciado a partir de uma perspetiva mais positiva. Ele encarava o suportar o sofrimento como uma forma potencial para realizar os nossos próprios valores, na forma como assumimos os nossos desafios pessoais. Muito do que Frankl descreve no seu trabalho clínico envolve a atitude que as pessoas tomam em relação ao seu sofrimento. Em vez de se concentrarem no sentimento de dor ou sofrimento, elas são direcionadas para se concentrarem nas metas a serem alcançadas, nas tarefas a serem cumpridas e nas responsabilidades para com os outros.
Quando o cancro se apodera de tantos aspetos da vida, antes controlados pela pessoa, e começa a interferir na *liberdade*, o último vestígio da liberdade é a nossa capacidade para escolher a atitude que tomamos em relação a qualquer limitação que cause sofrimento. Aprender que temos *escolhas*, particularmente a liberdade de escolher a atitude a tomar, ou como cada um responde perante limitações relacionadas com o cancro, é muitas vezes a lição central da PCS para muitos pacientes.

Um exemplo presente na obra de Frankl é de um viúvo idoso que está desanimado com a morte recente da sua esposa. Esta situação é, em última análise, reformulada como: o viúvo salvou sua esposa do sofrimento que ele próprio está a sofrer, dando ao seu sofrimento um significado. Outro exemplo é o do professor Morris Schwartz, a personagem do livro *"Ás terças-feiras com Morrie"*, que é diagnosticado atingido com ELA, mas que encontra conforto na sua capacidade de usar a doença debilitante para ensinar aos seus alunos importantes lições de vida, e que se orgulha de se aproximar da morte com "dignidade, coragem, humor, controlo" (Albom, 1997, p, 21).
Algum sofrimento, no entanto, é inevitável, assim como todos nós enfrentamos deceções na vida, perdas dolorosas ou a ameaça da morte. A atitude tomada face a estes tipos de sofrimento, em direção a um destino que potencialmente não pode ser mudado, pode referir-se a muitas coisas diferentes. Por exemplo, Frankl descreveu um prisioneiro do campo de concentração que esperava que o seu sofrimento pudesse de alguma forma poupar a sua família. Outros exemplos incluem ser um modelo em termos de como lidamos com o nosso sofrimento, ou experienciar o sofrimento como um catalisador para mudar algum aspeto da nossa vida. Em outras palavras, às vezes as pessoas reestruturam o seu sofrimento (supondo que não têm controlo sobre o que causa o sofrimento) e exploram que finalidades podem ser usadas para fazer face a este período das suas vidas. O sofrimento não é intrinsecamente necessário para encontrar o significado, mas é um caminho possível para o atingir.
O significado, deste ponto de vista, não é algo que se tenha como garantido, mas sim, algo que se tem de atingir. É através destas conquistas que o indivíduo se sente completado ou transcendente, ou até mesmo como fazendo parte de algo maior que ele próprio. O que buscamos na vida não é necessariamente felicidade, mas sim, o sentimento de cumprimento e contentamento, através do qual a felicidade é garantida.

Terapeuta: Cuidados a ter

"O que importa não é nunca uma técnica per se, mas sim o espírito em que a técnica é usada."
Viktor Frankl, *A Vontade do Significado* (1969, p.29)

Uma dificuldade na abordagem da reformulação cognitiva (por exemplo, termos a liberdade de escolher a nossa atitude ou resposta ao sofrimento) diz respeito ao potencial para o terapeuta ser experienciado tanto como autoritário tanto como condescendente, uma crítica feita ao próprio Frankl (Yalom 1980). Além disso, os líderes de grupo não devem adotar a posição de dizer que o sofrimento é necessário para experienciar o significado, mas em vez disso, que o significado pode ser experienciado apesar, ou mesmo através, da forma como lidamos, ou mais precisamente como cada um *responde*, a uma *inevitável limitação* ou sofrimento que lhe foi dada pela vida.
É importante destacar aspetos da experiência dos membros do grupo que estão em consonância com um sentido de significado, ao invés de impor as suas teorias. Um exemplo ocorreu quando uma paciente com cancro em estadio terminal manifestou a preocupação de não querer ser um fardo para sua família. Quando ela descreveu que cuidou, no passado, dos entes queridos durante as suas doenças, o facilitador perguntou como se sentiu por ter cuidado deles. Ela respondeu que tinha sido um momento com significado e que estava grata pela oportunidade de confortá-los nos seus últimos dias. Quando questionada sobre o que achava que a sua família sentia sobre cuidar dela, respondeu que nunca tinha pensado dessa forma.
Deve-se tomar cuidado para que os facilitadores simplesmente não deem uma ênfase mais positiva à atitude de um participante, mas sim, que explorem na perspetiva de cada participante, a possibilidade de significado. No exemplo acima, a noção de "fardo" foi reformulada como um presente que o paciente estava dando a outra pessoa: a oportunidade de cuidar dela; mas esta reformulação ocorreu no contexto de explorar a sua própria experiência. Deve-se notar também que o próprio grupo fornece aos membros uma nova meta, ou seja, os membros estão em posição de se ajudarem uns aos outros a explorar o significado através da empatia, compaixão e compreensão.

Trabalhos de casa e exercícios experienciais no grupo

Cada sessão do manual contém exercícios experienciais que se destinam a melhorar a experiência de aprendizagem e ajudar os pacientes a entender os

conceitos, de forma pessoal e profunda. Após cada sessão, são apresentados aos pacientes trabalhos de casa, normalmente antevisões dos exercícios experienciais em que vão participar na sessão seguinte. Muitos pacientes irão rever este trabalho de casa, e até mesmo preparar respostas escritas que irão partilhar com o grupo. Não é atípico, e talvez ocorra na maioria das vezes, os pacientes examinarem os trabalhos de casa fora da sessão e elaborarem mentalmente as suas respostas, sem os escreverem. Durante cada sessão de grupo, normalmente fornece-se tempo para que os pacientes escrevam as suas respostas às perguntas do exercício experiencial, antes de as partilharem com o grupo.

Sessão 1 – Conceitos e Fontes de Significado

Introdução e Significado

A vida tem um significado para todos e para cada um individualmente, e até mais, a vida mantém este significado literalmente até ao último suspiro. E o terapeuta pode mostrar ao seu paciente que a vida nunca deixa de ter significado. O terapeuta não pode mostrar ao paciente o que é o significado, mas pode mostrar ao paciente que existe um significado, e que a vida o retém: que a vida mantém significado, independentemente das circunstâncias… mesmo os aspetos trágicos e negativos da vida, tal como o sofrimento inevitável, podem ser tornados numa conquista humana, através da atitude que o homem adota perante a sua proclamação… transformando o desespero em triunfo.

Viktor Frankl, *A Vontade do Significado* (1969, ix)

Sessão 1 – Visão geral

1. Introdução – boas vindas ao grupo;
    - Introdução do líder do grupo e dos membros;
    - Sumário da intervenção (por exemplo: objetivos do tratamento, logística);
    - Introdução à Sessão 1:
        - Objetivo #1: aprender as histórias de cancro dos pacientes;
        - Objetivo #2: introduzir conceitos e fontes de significado.
2. Histórias de cancro dos pacientes;
3. Definições de significado pelos doentes
4. Definições teóricas de significado;
5. Exercício experiencial acerca dos momentos com significado;
6. Final da sessão:

- Breve sumário da sessão de grupo;
- Breve introdução à sessão da semana seguinte – *Cancro e Significado*;
- Trabalho de casa: leitura do primeiro capítulo do livro de Frankl: *O Homem em busca de um Sentido*;

- Lembrar o dia e a hora da próxima sessão.

<u>Orientações para o terapeuta</u>

Os cofacilitadores devem reunir-se 10 a 15 minutos antes do início da sessão para se prepararem para o grupo. Durante este tempo, devem confirmar se têm os folhetos dos exercícios e dos trabalhos de casa (e devem certificar-se que o material de áudio e/ou vídeo está a funcionar corretamente, se o objetivo das sessões for investigação ou formação).

Os folhetos, exercícios e trabalhos de casa, que estão no final deste manual, devem estar preparados para distribuir aos participantes do grupo.

Objetivos da sessão

Durante o período de preparação, os facilitadores devem refletir e discutir brevemente o tema e objetivos para esta sessão, antes da chegada dos membros do grupo. Existem 5 objetivos principais para esta primeira sessão de grupo. O primeiro, é a apresentação dos cofacilitadores e dos membros do grupo uns aos outros. O segundo, é introduzir aos membros uma visão generalista da intervenção (por exemplo: objetivos da terapia, estrutura dos tópicos semanais e a logística). O terceiro, é a familiarização com as histórias da doença de cada membro. O quarto, é introduzir aos membros uma visão geral desta primeira sessão (por exemplo, o trabalho de Viktor Frankl e as bases do *significado*). E o quinto objetivo, é partilhar definições de significado e conduzir o exercício experiencial dos *Momentos com Significado*.

<u>Introdução à intervenção</u>

Boas vindas

Dê as boas vindas ao grupo e agradeça pela sua participação neste programa de intervenção da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (ou estudo de investigação, se estivermos a fazer um estudo de investigação replicativo). O exemplo 1.1 é um exemplo de um texto relativo ao que os líderes do grupo podem dizer para dar as boas vindas aos participantes e familiarizá-los com a Intervenção de Grupo Centrada no Significado. É esperado que os líderes

tenham um conhecimento prévio deste formato de texto e que sejam capazes de apresentar a informação nas suas próprias palavras.

EXEMPLO 1.1.

Sejam bem-vindos à primeira sessão do programa da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado. É um programa que desenvolvemos, inspirado pelo trabalho de Viktor Frankl, o autor do livro "O Homem em busca de um Sentido" e vários outros livros sobre o tema de encontrar o significado da vida.

Vamos encontrarmo-nos durante 8 sessões de periodicidade semanal, nas quais vamos discutir o conceito de significado e a forma como as pessoas podem encontrar o sentido de significado e finalidade da vida, tanto de forma generalista, como especificamente em relação a receber o diagnóstico de cancro… Termos como "significado" e "finalidade" podem ser vagos, e esta é a razão pela qual incluímos alguns exercícios específicos, bem como uma discussão alargada dos conceitos à medida que eles surjam, e de como é que se relacionam com as experiências atuais das pessoas.

Introdução

Os cofacilitadores devem apresentar-se de forma breve (por exemplo, nome, referências, categoria profissional, há quanto tempo é que trabalham nesta área). Depois, devem encorajar os membros do grupo a partilharem, de forma breve, a seguinte informação: (1). Nome; (2). De onde são oriundos; (3). Se são casados ou se têm filhos, e (4). Uma ou duas coisas que tenham mais significado para eles. Por favor, use o exemplo 1.2 como um texto exemplificativo. Isto deverá demorar entre 10 a 15 minutos, dependendo do tamanho do grupo.

EXEMPLO 1.2

Hoje, iremos começar com uma introdução ao grupo, para que nos conheçamos uns aos outros e às características do grupo, bem como fazer uma breve introdução ao conceito de significado. No geral, podemos começar as sessões com uma breve descrição do conceito que vai ser explorado, seguido por exercícios e discussões de grupo abertas. Algumas vezes haverá trabalhos de casa ou tópicos para pensar entre as sessões. Uma forma de facilitar a vossa

compreensão da nossa abordagem ao significado, é através da leitura do livro de Frankl, "O Homem em busca de um Sentido". A obra está disponível em livro, e-book, ou na versão áudio.

Objetivos da terapia

O objetivo destas sessões é ajudar os membros do grupo a atingirem aquilo que tem significado nas suas vidas, e oferecer formas para manter o sentido de significado, finalidade e valor na vida, enquanto vivem as suas experiências individuais e coletivas de cancro. Estas sessões não são destinadas a assemelharem-se à psicoterapia tradicional. Consistem mais numa experiência de aprendizagem mútua entre todos os membros, como uma "parceria de aprendizagem", onde os membros aprenderão uns com os outros. Isto incluirá exercícios experienciais semanais e alguns trabalhos de casa (exemplo: leituras) que se destinam a ajudar os membros a aprenderem mais acerca das formas pelas quais eles podem atingir aquilo que tem significado nas suas vidas.

Regras

Porque o significado é bastante individualizado e pode ser bastante íntimo, peça aos membros do grupo que oiçam atentamente, sem fazerem julgamentos ou darem conselhos apressados ou que tentem resolver as coisas. Solicite a cada membro que seja sensível às histórias dos outros e que esteja recetivo àquilo que os outros querem/necessitem de expressar. Entregue aos membros o folheto 1.1., *Guidelines do Grupo*.

Logística

Discuta brevemente a logística com o grupo. Informe-os que se irão encontrar durante 8 sessões (1,5 horas por sessão) e que cada sessão terá um tópico específico (Folheto 1.2, *Estrutura dos tópicos semanais*). Os facilitadores pretendem que o grupo sinta que pode contar, em cada semana, com uma hora de encontro consistente e que cada sessão se inicia pontualmente às _____horas, e termina pontualmente às _____ horas.

Visão Geral dos tópicos das sessões

O folheto 1.2, *Estrutura dos tópicos semanais*, oferece uma visão e uma compreensão da estrutura geral e dos temas desta intervenção centrada no significado.

O terapeuta providencia uma visão geral da trajetória da intervenção.

A sessão 1 focar-se-á nos *Conceitos e Fontes de Significado*, tanto de forma generalista como especificamente relacionado com o cancro. A sessão 2 centrar-se-á no *Cancro e Significado*, focando-se no sentido de identidade de cada membro, antes e depois do diagnóstico de cancro. As sessões 3 e 4 explorarão as *Fontes Históricas de Significado*, baseadas no tópico *A vida como um legado – um legado que nos foi dado (através do passado), um legado que vivemos (através do presente) e um legado que daremos (através do futuro)*. A sessão 5 abordará as *Fontes de Atitude de Significado*, através do *Encontrar as limitações da vida*, e de como estas limitações poderão afetar encontrar significado perante o cancro. Na sessão 6 discutir-se-ão *Fontes Criativas de Significado*, através das formas pelas quais os membros criaram e assumiram responsabilidade pelas suas vidas através do mundo da família, do trabalho, da comunidade, e assim por diante. A sessão 7 explorará as *Fontes Experiencias de Significado*, através da *Conexão com a vida através da beleza, do humor e da luminosidade pelo facto de se estar vivo*. Por último, a sessão 8, sessão final, dará aos membros a oportunidade para refletirem sobre a experiência de grupo e para explorarem esperanças para o futuro.

Introdução ao trabalho *centrado no significado* de Viktor Frankl

Como mencionado, esta Intervenção Centrada no Significado é inspirada e baseada, em parte, numa adaptação do trabalho de Viktor Frankl, incluindo conceitos que ele popularizou no seu livro *O Homem em busca de um Sentido*. Veja o folheto 1.3, *Psicoterapia Individual Centrada no Significado*.

Conceitos básicos de *Significado* no trabalho de Frankl

Três temas centrais no trabalho de Frankl são conceitos básicos da Psicoterapia Individual Centrada no Significado.

1. A vontade de significado: a necessidade de encontrar significado na nossa existência é uma força motivadora básica e primária que molda o comportamento humano. Construir o significado é uma característica que é inerente aos seres humanos.
2. A vida tem significado: Frankl acreditava que a vida tem significado e que nunca deixa de ter significado, ou o potencial para ter significado, desde o primeiro até ao último momento da vida, durante o qual o significado pode por vezes mudar ao longo do tempo, conforme mudam as circunstâncias das pessoas. De uma forma mais ampla, na Psicoterapia Centrada no Significado nós adaptamos este conceito da forma seguinte: a possibilidade de criar ou experienciar significado existe através das nossas vidas, mesmo nos últimos meses, semanas, dias ou mesmo horas de vida. Se nós sentirmos que a vida *não tem significado*, não é porque não haja significado nas nossas vidas (ou não haja possibilidade de criar ou experienciar significado), é porque nós ficamos desconectados do significado ou tão desmoralizados que não vemos qualquer possibilidade de criar ou experienciar significado. Aqui, o imperativo é *procurar* constantemente o significado e momentos com significado. Esta procura pode ser tão importante quanto chegar de facto ao significado em si. Muitos filósofos existencialistas sentiam que a existência humana não tem nenhum significado externo atribuído, e que a capacidade para criar significado está reservada exclusivamente aos seres humanos. Outros, como Frankl, deixam em aberto a possibilidade de haver um derradeiro significado determinado externamente, atribuído aos seres humanos por um criador, sugerindo que é da nossa responsabilidade a *procura* do derradeiro significado das nossas vidas.
3. A liberdade da vontade: Nós temos a *liberdade* para encontrar significado na nossa existência e para escolher a nossa atitude perante o sofrimento. Podemos pensar no *sofrimento* como a experiência de encontrar profundas limitações e incertezas. Embora existam muitos aspetos do sofrimento para os quais não temos controlo, Frankl sugere que talvez o último e derradeiro vestígio da liberdade que nós temos, enquanto seres humanos, seja o de considerar e escolher a nossa atitude perante o sofrimento, mesmo quando quase toda a outra liberdade nos foi tirada. Frankl chegou a esta conclusão

num campo de concentração. Certamente que o diagnóstico de cancro e o seu tratamento não podem ser comparados a uma experiência no campo de concentração; no entanto, o cancro e o seu tratamento impõem, de facto, limitações significativas, incertezas e sofrimento, que requerem renúncia a grande parte do controlo. O conceito de liberdade da vontade sugere que, apesar de todas as limitações, incertezas e sofrimento impostas pelo cancro, nós temos a liberdade para escolher como respondemos a estes aspetos relacionados com a experiência do cancro.

Factos existenciais da vida

Os três factos na vida com que todos têm de lidar, mais cedo ou mais tarde são a culpa, o sofrimento e a morte. *Culpa* aqui refere-se à culpa existencial: o facto de nenhum de nós viver verdadeiramente a vida no seu potencial único e completo. Assim, existem tarefas da vida incompletas, arrependimentos e falhas que produzem esta culpa existencial. A tarefa de morrer é aliviar esta culpa, completando as tarefas da vida, pedindo perdão, perdoando a nós próprios por sermos seres humanos imperfeitos, tentando criar um sentido de significado coerente na nossa vida, aceitando-nos como somos, e esperançosamente aceitando a vida que vivemos. O sofrimento é experienciado sempre que encontramos qualquer limitação ou impedimento na nossa liberdade, e a morte é a derradeira limitação. Por um lado, todos estes assuntos podem causar distress e fazer com que a vida pareça não ter significado. Por outro lado, podem ser fontes para encontrar o significado da vida. Frankl cita o filósofo Nietzsche, que escreveu, "*Aquele que tem uma razão para viver pode aguentar com quase tudo*". Enquanto que mais cedo ou mais tarde todos nós iremos confrontarmo-nos com estes assuntos existenciais, receber um diagnóstico de cancro pode trazer estes assuntos existenciais a um foco muito maior – mais cedo e mais intensamente.

Fontes de Significado: O que é que queremos dizer por *Significado*?

Introduza os membros do grupo às fontes de significado, que serão exploradas ao longo desta Intervenção Centrada no Significado. Existem pelo menos quatro fontes de significado básicas (ver folheto 1.4, *Fontes de Significado*).

1. O significado ocorre num contexto histórico. As *Fontes Históricas de Significado* envolvem o nosso legado (isto é, *A vida como um legado*).
2. As *Fontes de Atitude* referem-se à atitude que cada um toma perante o *Encontrar as limitações da vida* (por exemplo, adversidades pessoais, dor física ou sofrimento emocional). Karl Jaspers descreveu o sofrimento como a experiência humana de encontrar quaisquer limitações, sendo a morte a derradeira limitação. Frankl esclareceu o processo de escolher a nossa atitude perante o sofrimento ou limitações, transformando o que parece ser uma tragédia humana pessoal, num triunfo pessoal.
3. *Fontes Criativas de Significado* incluem trabalho, alcances artísticos ou causas que derivam da criação da nossa vida e de vivê-la no seu potencial completo e único, através de *ativamente envolvermo-nos com a vida*.
4. *Fontes Experienciais* incluem *conectar com a vida*, através de relações (para connosco ou para com pessoas que amamos), da beleza da natureza ou arte ou através do humor. A conexão/estar conectado é essencial para a sobrevivência especifica do humano e é a essência da experiência humana. As *Fontes Experienciais de Significado* são aqueles aspetos do significado que nós seres humanos tiramos através de experienciar o mundo com todos os nossos sentidos, resultando num sentido de temor e significado.

Embora possa parecer algo abstrato, na realidade o que é percecionado como tendo significado é muito específico para cada pessoa e reflete aquilo que cada um de nós individualmente sente como importante na vida – as nossas crenças, os nossos valores, as nossas esperanças para o futuro. E mais, não é expectável que o sentido de significado surja do nada, mas sim que cada um de nós esteja investido na responsabilidade de procurar o significado e de encontrar aquelas responsabilidades, experiências e papéis na vida para os quais somos insubstituíveis. Cada um de nós tem de se confrontar com aquilo que a vida nos solicita em cada momento, e tem de escolher como respondemos àquilo que a vida nos dá, seja prazeroso ou desafiante. O significado, de facto, é criado e experienciado *momento a momento*. O que nós esperamos neste grupo é ajudar a criar o desenvolvimento do sentido destes valores, atitudes e experiências, que

imbuem um sentido de significado e finalidade na vida. Nós esperamos que os membros desenvolvam competências que continuem a usar depois de o grupo terminar, que os ajudem a viver uma vida com significado por todo o tempo que for possível.

O facilitador da Psicoterapia Centrada no Significado tem de estar comprometido com a crença de que o potencial para experienciar significado existe sempre, independentemente das circunstâncias. O nosso papel como terapeutas é afirmar o facto de que nós temos sempre a possibilidade de experienciar significado na vida, mesmos nos seus últimos momentos. É sempre nossa obrigação ajudar os doentes a serem livres para serem os seus autênticos *selves*. Quando um doente já não consegue ver como pode atingir o verdadeiro significado da vida, o terapeuta tem de acreditar na possibilidade de redescobrir e reconectar com o significado. O significado, ou a possibilidade para experienciar o significado, existe desde o primeiro ao último momento da vida, e nunca deixa de existir.

Primeira sessão

Os facilitadores podem agora dar uma breve visão geral da primeira sessão, que engloba dois objetivos principais: (1). Introduzir os membros do grupo uns aos outros através das suas respetivas *Histórias de cancro*, e (2). Introduzir as definições básicas de significado ao grupo. Neste ponto, é importante transitar pelas *Histórias de cancro* de todos os membros do grupo, pedindo para ouvirem atentamente e se aperceberem da forma como os outros viveram as suas experiências do cancro, e como podem relacionar detalhes pessoais com detalhes das histórias dos outros.

Histórias de cancro dos doentes

Os facilitadores devem permitir aos membros cerca de 30 minutos (dependendo do tamanho do grupo) para partilharem as suas histórias pessoais de cancro, começando pelo momento em que foi feito o diagnóstico e continuando como entenderem a partir daí.

Definições de significado pelos doentes

Antes dos facilitadores darem as definições teóricas do significado devem encorajar os membros a expressarem brevemente *o que é que o significado significa* para eles – nas suas próprias palavras e nos seus próprios termos. Não deve ser dado mais do que 15 minutos para esta breve exploração do tema.

Definições teóricas de significado

Os facilitadores devem transitar gradualmente das definições do significado dos membros para as definições teóricas (ver folheto 1.5, *Definições de Significado*). Dever-se-á designar um ou dois membros para lerem em voz alta as definições para o grupo. Depois, peça ao grupo para refletir brevemente sobre os temas específicos das definições que sobressaíram.

Neste momento, os facilitadores devem tentar, de forma breve, relacionar os temas das definições às histórias de cancro dos doentes e às suas definições pessoais de significado. Reconheça como conceitos específicos e fontes do significado podem relacionar-se com as próprias experiências e narrativas da doença.

Exercício experiencial

O exercício experiencial *Momentos com Significado* (exercício 1.1) ajudará os participantes a solidificar o conceito de significado através da identificação de momentos com significado nas suas vidas. Novamente, deverá ser pedido aos membros que oiçam atentamente as experiências com significado dos outros membros, e que tentem relacionar, ou não, com as suas. Permita cerca de 30 minutos para exploração do exercício.

Se o tempo permitir, os líderes de grupo devem retornar ao folheto 1.4, *Fontes de Significado*, e devem fazer referência de como as histórias partilhadas pelos membros refletem fontes específicas de significado das suas próprias vidas. Os facilitadores devem ter conhecimento sobre as categorias de fontes de significado e devem estar preparados para integrar os exemplos específicos dados pelos participantes dentro das respetivas categorias.

Exemplos:

PERCEBER VALORES CRIATIVOS: trabalho, projetos, realizações profissionais, empreendimentos artísticos (hobbies: escrita, pintura, escultura), causas, boas ações, e assim por diante. Quando nos apercebemos dos valores criativos, estamos *ativamente a criar* algo (por exemplo, arte, carreira) e experienciando um sentimento de orgulho ou de realização perante este investimento.

PERCEBER VALORES EXPERIENCIAIS: relacionamentos, família, animais de estimação, estar apaixonado, apreciar a beleza de algo ou de alguém, apreciar a natureza ou empreendimentos artísticos. Perceber valores experienciais envolve uma *apreciação passiva*, ou alegria em testemunhar arte, como por exemplo, ouvir uma sinfonia ou ficar inspirado por um livro especial ou pelo pôr-do-sol na praia.

PERCEBER VALORES HISTÓRICOS: A nossa história pessoal, a história da nossa família, coisas que realizamos ou aprendemos acerca da vida, que possamos transmitir aos outros – o nosso legado duradouro.

PERCEBER VALORES DE ATITUDE: A forma como conseguimos adaptarmo-nos a um sofrimento inevitável, isto é, situações difíceis ou trágicas, sobre as quais não temos controlo objetiva ou subjetivamente. Exemplos são: sentir orgulho por conseguir passar por uma situação dolorosa (por exemplo, quimioterapia), um sentimento de *elevarmo-nos acima* de circunstâncias difíceis ou simplesmente de ultrapassar um dia ou tempos difíceis.

Final da sessão

Relembre os membros do grupo dos trabalhos de casa (ver trabalho de casa 1.1 e trabalho de casa/exercício experiencial 1.2), ou seja iniciarem a leitura do livro de Viktor Frankl *O Homem em busca de um Sentido* (isto é, parte 1) e pensarem acerca do tema *Significado e Cancro*, através da reflexão da identidade antes e depois do diagnóstico de cancro, para que na próxima sessão consigam explorar o trabalho de casa à luz do tema da sessão 2, *Cancro e Significado*. Sugira aos membros do grupo que continuem a ler o máximo que conseguirem do livro *O Homem em busca de um Sentido*, durante todo o tempo da intervenção da

terapia de grupo. Pergunte se têm alguns comentários ou questões finais, antes de terminar a sessão. O terapeuta deve finalizar a sessão relembrando ao grupo o dia e a hora da próxima sessão (ver folheto 1.6). Agradeça aos membros por se terem comprometido a frequentar as sessões de grupo.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 1: Conceitos e Fontes de Significado

- ☐ Apresentação do terapeuta e visão geral da intervenção;
- ☐ Introdução aos conceitos e fontes de significado;
- ☐ Os membros do grupo contaram as *histórias de cancro?*;
- ☐ Discussão das definições de significado pessoais, dos membros do grupo, e teóricas
- ☐ Os doentes aderiram ao exercício *Momentos com Significado?*;
- ☐ Foi dada uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Cancro e Significado?*;
- ☐ Foi discutido o trabalho de casa (leitura do primeiro capítulo do livro: *O Homem em busca de um Sentido*)?;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 2 – Cancro e Significado

Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro

Nós nunca devemos esquecer que podemos encontrar significado na vida mesmo quando confrontados com uma situação desesperante, quando enfrentamos um destino que não pode ser mudado. O que importa é testemunhar o potencial humano único no seu melhor, que é transformar uma tragédia pessoal num triunfo, tornar um predicamento numa conquista humana. Quando não conseguimos mais mudar uma situação, como um cancro inoperável, estamos desafiados a desafiarmo-nos a nós próprios.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um sentido* (1957, p.116)

Sessão 2 - Visão Geral

1. Check-in ao grupo a nível pessoal e médico;
2. Processamento da Sessão 1:
   - Reflexão sobre a primeira sessão;
   - Reflexão sobre o trabalho de casa atribuído, relativo ao livro ou vídeo de Frankl;
3. A Figura de Frankl sobre *Cancro e Significado:*
   - Referenciar de novo para a primeira sessão: *Conceitos de Significado* (por exemplo: formas de encontrar, manter, e aumentar, o significado se/quando foi perdido);
4. Explorar exercício – *Identidade e quem sou eu* (30 minutos);
5. Explorar exercício – *Identidade e cancro* (30 minutos);
6. Final da sessão:
   - Terminar a sessão através de uma breve reflexão sobre o tema da sessão, *Cancro e Significado*, e de como se relaciona com o sentido de identidade dos pacientes em relação ao *self* e em relação aos outros, através das suas experiências com cancro;
   - Introduzir o tema da sessão 3, *Contexto Histórico de Significado*, e atribuir o trabalho de casa para a sessão seguinte.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem encontrar-se de forma breve, dez a quinze minutos antes do início da sessão, para preparar o grupo. Durante este tempo, devem-se certificar que têm disponíveis os folhetos dos exercícios e dos trabalhos de casa, e que a gravação áudio e/ou vídeo estão a funcionar devidamente (se o grupo tiver objetivos de investigação ou formação).

Objetivos da sessão

Durante este período de preparação, os facilitadores devem refletir e discutir, de forma breve, os tópicos e objetivos desta sessão antes dos membros chegarem. O objetivo principal da sessão 2 é reintroduzir os conceitos básicos e fontes de significado da sessão anterior, e explorar o tema *Cancro e Significado*, à luz do tópico principal desta sessão "*Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro*. No final da sessão 2, os membros do grupo devem ter uma compreensão geral do que é o autêntico sentido de identidade e do impacto que o cancro teve sobre ele.

Boas vindas ao grupo

Dê as boas vindas ao grupo para a segunda sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Informe-os que antes de iniciar propriamente cada sessão, irá fazer um breve *check-in* para saber como os membros estão a nível pessoal e médico, desde a última sessão. Esta curta sessão de *check-in* não deve demorar mais do que cinco a dez minutos; os facilitadores necessitam de limitar, de forma subtil, o tempo despendido na discussão de assuntos médicos e outros, e quando possível, estabelecer relações entre a informação partilhada e os temas do significado.

Processamento da sessão 1

De forma breve, reveja os tópicos principais (e folhetos) da sessão 1, tendo em conta as definições e fontes de significado. Pergunte aos membros se refletiram sobre estes temas desde a última sessão, e se sim – como? Isto deve demorar entre cinco a dez minutos.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre aos membros o trabalho de Viktor Frankl (Folheto 1.3) e peça que reflitam sobre os temas que eles relacionam pessoalmente com o livro *O Homem em busca de um Sentido*. Esta reflexão do trabalho de casa deve demorar cinco a dez minutos, dependendo do tamanho e interesse do grupo.

Introdução à sessão 2: *Cancro e Significado*

Neste momento, os líderes devem ser capazes de fazer a transição dos tópicos partilhados na reflexão sobre o trabalho de casa, relativo ao trabalho de Frankl, para os tópicos da sessão, nomeadamente *Cancro e Significado: Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro*. Mostre aos membros o folheto sobre *Cancro e Significado* (folheto 2.1) e reflita como o cancro pode afetar a vida das pessoas.

O sofrimento ocorre a qualquer altura quando nós, humanos, nos confrontamos com uma limitação. O cancro apresenta muitos obstáculos/limitações, e a morte é a derradeira limitação. O sofrimento pode ser entendido como multidimensional na sua natureza, envolvendo dimensões como dor física, angústia mental e sofrimento emocional/espiritual. Em alturas de sofrimento, as pessoas podem ficar desconectadas do significado, valor e finalidade da vida. Frankl sugere a possibilidade de que o significado nunca deixa de existir, e descreve o potencial dos seres humanos para encontrar significado no sofrimento e na vida em si. Inspirando-se nas fontes de significado como recursos para reconectar com o significado (remeter para o folheto 1.4), os participantes são encorajados a estarem atentos para que, mesmo quando parece que não temos controlo sobre o cancro, ainda temos controlo sobre a atitude que podemos tomar perante o cancro. Este último vestígio da liberdade humana é a capacidade para escolher a nossa atitude perante o sofrimento. Através da escolha da atitude perante o sofrimento, podemos aprender não só como encontrar, mas também manter e talvez aumentar, o significado e finalidade da vida, à medida que estamos perante as respetivas experiências do cancro.

Exercício: Identidade e cancro

Na sessão anterior foi pedido aos membros que partilhassem momentos com significado que tiveram especial impacto sobre as suas vidas. A nossa identidade é composta, de várias formas, por aquelas coisas nas quais encontramos significado. Esta sessão vai ajudar a clarificar os membros sobre o autêntico sentido da identidade, em e através de experiências com significado. Os exercícios experienciais desta sessão vão explorar o conteúdo destas experiências e o que as torna com significado para aquele indivíduo. O que torna estas experiências pessoais com significado dá-nos um vislumbre do sentido de identidade de cada membro. Com o intuito de refletir as origens do significado da vida de cada membro, é importante começar com o próprio entendimento de quem eles são. Através do exercício seguinte, os participantes são encorajados a explorar e descobrir um pouco mais acerca de quem eles são cara-a-cara, e o seu autêntico sentido de *self*, e de como o cancro pode ter impacto nas respostas. Peça aos membros para refletir sobre isto e partilhar as suas respostas às questões colocadas no trabalho de casa/exercício experiencial 1.2, que se referem ao sentido de identidade. Os facilitadores devem deixar a restante hora e para o trabalho de casa/exercício experiencial 1.2.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta**: O que provavelmente será mais frequente e notável acerca das respostas dos membros do grupo a estes exercícios experienciais, é que os aspetos centrais da sua identidade (isto é, aqueles elementos e fontes de significado que contribuem para o seu sentido de identidade) após o cancro são contundentemente constantes e similares à sua identidade antes do cancro. Os terapeutas devem abordar estes temas e realçá-los como características que são autênticas e imutáveis no sentido de "self" do paciente apesar da experiência do cancro.*

A identidade é muitas vezes uma função dos papéis que cada um desempenha na vida (por exemplo: progenitor, cônjuge, etc.). Estes papéis são frequentemente ancorados em *ações* físicas que definem o papel e tipicamente são: trabalhar para sustentar a família, intimidade sexual, jogar futebol com o filho adolescente. A doença oncológica e o seu tratamento podem tornar estas ações impossíveis e deste modo a identidade de cada um, baseada nestes

papéis, é alterada significativamente. Uma técnica útil que usamos na PCS é ajudar os pacientes a mudarem de *formas de fazer* para *formas de ser* um progenitor ou um cônjuge. Continuamos a ser pais se nos sentarmos no sofá, vermos um jogo de futebol, partilharmos a experiência com o filho e falarmos acerca do nosso amor e orgulho e esperanças e sonhos, mesmo que estejamos cansados para jogar futebol no jardim.

Final da sessão:

Nos cinco a dez minutos restantes da sessão, encerre o grupo refletindo brevemente acerca do tema da sessão, *Cancro e Significado*, e de como se relaciona com o sentido de identidade dos membros do grupo e as suas respetivas experiências de cancro. Pergunte aos membros se têm pensamentos ou comentários finais que gostariam de partilhar acerca deste tema antes de concluir o grupo. Introduza a sessão 3 de forma breve, *Fontes Históricas de Significado*, e o tópico *A vida como um Legado*, e *o legado que nos foi dado (passado)*. Forneça o trabalho de casa/exercício experiencial 2.1, que deve ser concluído para a sessão 3.

Pergunte ao grupo se tem alguns comentários finais ou questões relacionadas com a sessão ou trabalho de casa, antes de terminar. Termine a sessão lembrando o grupo do dia/hora da próxima sessão. Agradeça aos membros do grupo por terem vindo, e diga-lhes que espera vê-los de novo na sessão 3.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 2: Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 1;
- ☐ Revisão do trabalho de casa (começar a ler *O Homem em busca de um Sentido*);
- ☐ O trabalho de casa (começar a ler *O Homem em busca de um Sentido*) foi terminado?;
- ☐ Referência aos *Conceitos de significado* introduzidos na sessão 1;
- ☐ Os membros do grupo aderiram ao exercício *Identidade antes do cancro*?;
- ☐ Os membros do grupo aderiram ao exercício *Identidade depois do Cancro*?;
- ☐ Foi dada uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Fontes Históricas de Significado*?;
- ☐ Foi discutido o trabalho de casa: reflexão dos exercícios experienciais para a sessão 3?;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Auto-avaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 3 – Fontes Históricas de Significado

A vida como um legado que nos foi dado

Sessão 3 – Visão geral

1. *Check-in* ao grupo a nível pessoal e médico;
2. Introdução do tema da sessão 3: *Fontes Históricas de Significado*:
   - Explorar de forma breve *Significado no contexto histórico* (significado da nossa vida no passado, presente e futuro);
   - Introduzir o tema *A vida como um legado*, e pedir aos membros do grupo para definir brevemente o conceito de *legado* nos seus próprios termos;
3. Exercício *A vida como um legado que nos foi dado*:
   - Legado passado: olhar para a linhagem familiar, educação, tradições, e por aí em diante;
4. Final da sessão:
   - Terminar a sessão refletindo brevemente acerca do tópico da sessão;
   - Introduzir o tema da sessão 4 (*A vida como um legado que cada um vive e que dará*), e fornecer o trabalho de casa (trabalho de casa 3.1) para a sessão seguinte.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem reunir-se 10 a 15 minutos antes do início da sessão para se prepararem para o grupo. Durante este tempo, devem confirmar se têm os folhetos dos exercícios e trabalhos de casa disponíveis, para fornecer ao grupo, e certificar-se que o material de áudio e/ou vídeo está a funcionar corretamente (se o grupo tem fins de investigação ou formação).

Objetivos da sessão:

Durante o período de preparação, e antes da chegada dos membros do grupo, os facilitadores devem refletir sobre, e discutir brevemente, o tema e objetivos desta sessão. O objetivo principal da sessão 3 é introduzir e explorar o tema *Fontes Históricas de Significado* e o tópico orientador *A vida como um legado*. Os membros do grupo devem ter a oportunidade para descrever o seu

entendimento pessoal de *legado* nos seus próprios termos, antes dos líderes explorarem o conceito de *legado* no contexto histórico (legado passado, presente e futuro). No fim da sessão 3, os membros do grupo devem ter adquirido um conhecimento sólido do *legado que nos foi dado* (através da educação, valores familiares, relações com significado, e memórias que moldaram a sua vida).

Boas vindas ao grupo e check-in

Dê as boas vindas ao grupo para a terceira sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Comece a sessão por brevemente questionar como os membros do grupo estão a nível pessoal e a nível médico, desde a última sessão. Esta verificação não deve demorar mais do que 10 minutos.

Processamento da sessão 2

Retorne de forma breve ao folheto 1.2, sobre os tópicos semanais, e chame a atenção para a progressão dos tópicos até à sessão 3, de hoje, *Fontes Históricas de Significado*. Pergunte aos membros do grupo se durante a última semana pensaram acerca do tema da sessão anterior, a sessão 2, *Cancro e Significado*, e se sim – como? Esta discussão não deve demorar mais de 5 a 10 minutos.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre aos membros do grupo o trabalho de casa que foi dado no final da Sessão 2 (trabalho de casa/exercício experiencial 2.1, *A vida como um legado que nos foi dado*). Comece a reflexão inicial com o tópico geral *A vida como um legado*, e pergunte aos membros do grupo o que o termo *legado* significa. Use esta discussão para introduzir a sessão de hoje *A vida como um legado que nos foi dado* (através de experiências passadas). A reflexão sobre o trabalho de casa deve ter uma duração de quinze a vinte minutos, dependendo do tamanho e interesse do grupo.

Introdução à sessão 3: *Fontes Históricas de Significado*

Neste momento, os líderes devem integrar, de forma subtil, a introdução do tema da sessão *Fontes Históricas de Significado*, no contexto da exploração do trabalho de casa/exercício da sessão.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta:*** *O exemplo 3.1 é um exemplo de texto de como os terapeutas podem escolher proceder numa breve discussão sobre o "Contexto histórico do significado". Os terapeutas devem ter adquirido previamente um conhecimento básico sobre este tema, e devem estar preparados para discuti-lo usando as suas próprias palavras e os seus próprios termos.*

EXEMPLO 3.1

Uma das características que diferencia os seres humanos dos outros animais é o facto de nós vivermos num contexto histórico – isto é, há uma história da nossa vida familiar e há uma história das nossas vidas individuais. Num certo sentido, nós somos as personagens principais, com as pessoas em nosso redor em papéis secundários, e com um cenário, enredos e lições aprendidas. Por outro lado, nós podemos escolher colocarmo-nos em papéis secundários, focando-nos naquilo que os outros nos deram em termos de valores, significado, e aquilo que precisam de nós. Frankl, citando Nietzsche, sugeriu: "Aquele que tem uma razão para viver pode aguentar com quase tudo" – esta razão ressalta a nossa forma de ser, quais são os valores que realizamos e que ainda não realizamos, quais são os nossos objetivos, aquilo que é importante para nós. Tudo isto deriva da história de quem nós somos. Pensar na história da nossa vida ajuda-nos a refletir acerca do passado, naquilo em que encontramos significado ou alegria, nas tarefas empreendemos e naquelas que ainda restam por empreender. Contar a nossa história conecta-nos com as pessoas à nossa volta e mantém-nos conectados a elas, estejam ou não em presença física. Estas tarefas podem ser em qualquer domínio – podem ser histórias para escrever, crianças para cuidar, lições para aprender ou para ensinar, relações a ter, projetos artísticos, como pintura ou escultura, e assim por diante. Podemos até encontrar significado no acto de testemunhar os eventos da nossa vida. O que é importante nestas tarefas é que elas têm significado para nós.

Olhar para a nossa vida numa perspetiva histórica não é o principal objetivo, mas um meio para um fim. Ajuda-nos a apreciar os nossos feitos passados, ao mesmo tempo que ajuda a elucidarmo-nos acerca de objetivos, através da exploração de para quê e para quem nos sentimos responsáveis. Nesta sessão,

o foco será nestes aspetos do nosso legado, que nos foi dado, que nós não escolhemos. Por exemplo, quem foram os nossos pais e quais foram os valores que eles passaram, o ambiente em que fomos criados, as limitações da nossa origem que transcendemos. O legado que nos foi dado pode ter sido positivo ou negativo. A finalidade desta sessão é compreender o que nos foi dado pela vida, como é que isto nos influenciou como pessoas, a nossa história de vida, e como é que nós respondemos a este legado que lhe nos dado.

Neste ponto, os terapeutas devem chamar a atenção dos membros do grupo para o exercício experiencial desta sessão. Após ter sido dada a oportunidade para escreverem as suas respostas ou acrescentarem comentários naquilo que fizeram do trabalho de casa, inicie uma discussão aberta para que os membros possam partilhar entre si as respostas do trabalho de casa/exercício experiencial 2.1. Esta discussão dos exercícios deve durar até ao fim da sessão.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta**: Ao longo deste exercício, os membros do grupo devem ter oportunidade para explorar e expressar experiências passadas com significado, de forma a obterem um sentimento generalista do contexto histórico do seu legado vivido. O "legado que nos foi dado" é geralmente de natureza multidimensional: por exemplo, legado biológico/genético, legado familiar, legado de desenvolvimento, legado cultural e, assim por diante. Este legado passado é imutável e não pode ser desfeito. É uma parte de quem nós somos, quer gostemos quer não. Para alguns, este exercício exploratório vai ser "uma boa viagem através da estrada da memória", enquanto que para outros pode ser uma oportunidade precoce para partilhar experiências negativas, relacionadas com necessidades não satisfeitas, perdas ou desapontamentos que possam ter tido um impacto com significado nas nossas vidas. Os líderes do grupo devem subtilmente relembrar os membros do grupo de que devem ouvir atentamente as histórias dos outros ("o bom, o mau e o feio"), sem fazerem julgamentos ou oferecerem soluções rápidas. Ser testemunha da história de cada pessoa pode ser experienciado como bastante reconfortante e transformador para aqueles que anseiam ser ouvidos.*

O papel dos facilitadores deve ser promover a elaboração de temas acerca do significado à medida que vão surgindo, para conectar temas com significado mútuos expressos pelos membros do grupo, e identificar fontes de significado no contexto da discussão.

Final da sessão:

Nos últimos cinco a dez minutos da sessão, encerre o grupo refletindo brevemente acerca do tópico da sessão *A vida como um legado*, e de como se relaciona com as reflexões dos membros acerca do *legado que lhes foi dado*. Antes de concluir o grupo, pergunte aos membros se têm pensamentos ou comentários finais que gostariam de partilhar acerca deste tópico. Introduza de forma breve o tema da sessão 4, como uma continuação das *Fontes Históricas de Significado*, através do tópico *A vida como um legado – que cada um vive e que dará*. A sessão seguinte explorará as dimensões do *legado pessoal*, com especial ênfase para o *legado vivido* presente e futuro. Forneça o trabalho de casa para a próxima sessão (trabalho de casa/exercício experiencial 3.1), que consiste essencialmente na preparação dos membros do grupo para o exercício que irá ser explorado na sessão 4, acerca de *viver e dar o seu legado*.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 3: Fontes Históricas do Significado

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 2, *Cancro e significado;*
- ☐ Revisão do trabalho de casa dentro do contexto do exercício experiencial da sessão 3;
- ☐ O trabalho de casa que reflete o exercício experiencial da sessão 3 ficou concluído?;
- ☐ Breve exploração do *Significado num contexto histórico*;
- ☐ Breve exploração de: *A vida como um legado que foi dado*;
- ☐ Os pacientes aderiram ao exercício *O legado que nos foi dado?*;
- ☐ Foi fornecida uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Fontes Históricas de Significado: a vida como um legado que vivemos e que daremos*?;
- ☐ Foi discutido do trabalho de casa: *Partilhe o seu legado*, e preparado o exercício experiencial da sessão 4?.

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")
Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 4 – Fontes Históricas de Significado

A vida como um legado que vivemos e que daremos

O significado da vida difere de homem para homem, de dia para dia e de hora para hora. O que interessa, portanto, não é o significado da vida no geral, mas sim, o significado específico da vida da pessoa num dado momento.

Não devemos procurar um significado abstrato da vida. Cada um tem a sua vocação específica ou a sua missão na vida para realizar uma tarefa concreta, que exige cumprimento. Aí, o homem não pode ser substituído, nem a sua vida pode ser repetida. Assim, a tarefa de cada um é única naquela oportunidade específica para implementá-la.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido (1959, p.113)*

Sessão 4 – Visão geral

1. Check-in ao grupo a nível pessoal e médico;
2. Processamento da sessão 3:
   - Reflexão da terceira sessão (*A vida como um legado que nos foi dado*);
3. Introdução ao tema da sessão 4: *Fontes Históricas de Significado: A vida como um legado que vivemos e que daremos*:
   - Explorar brevemente *Significado num contexto histórico* (significado da vida no passado, presente e futuro);
   - Rever brevemente o conceito de *A vida como um legado* (legados presente e futuro);
4. Exercícios experienciais:
   - Legado presente: reflexão sobre atividades e realizações com significado;
   - Legado futuro: reflexão sobre as lições de vida e aquilo que será transmitido;
5. Término da sessão:
   - Terminar a sessão com uma breve reflexão sobre o tópico da sessão;

   - Introduzir o tema da sessão 5 (*Significado derivado de Valores de Atitude*), e propor o trabalho de casa (por exemplo, partilhar a história de vida com aqueles que amamos) para a sessão seguinte.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem encontrar-se de forma breve, dez a quinze minutos antes do início da sessão, para preparar o grupo. Durante este tempo, devem certificar-se que têm os folhetos do exercício e do trabalho de casa disponíveis e garantir que a gravação e/ou vídeo estão a trabalhar devidamente (se o grupo tiver como finalidade a investigação ou formação).

Objetivos da sessão

Durante este período preparatório, os facilitadores devem usar algum tempo para refletir sobre, e discutir, de forma breve, o tema e objetivos para esta sessão, antes dos membros chegarem. O principal objetivo da sessão 4 é continuar a explorar o tema *Fontes Históricas de Significado*, e o tópico principal *A vida como um legado*. Os líderes devem continuar no ponto onde deixaram a sessão 3, continuando a explorar o conceito de *legado* no seu contexto histórico (por exemplo, passado, presente e futuro). No final da sessão 4, os membros do grupo devem ter uma compreensão sólida do *legado que vivem e que darão*, através dos papéis e realizações no presente e lições futuras e sabedoria que esperam passar para gerações vindouras.

Check-in ao grupo

Dê as boas vindas ao grupo para a quarta sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Inicie a sessão por brevemente verificar como os membros passaram a nível médico e pessoal, desde a última sessão. Este breve check-in não deve demorar mais que dez minutos.

Processamento da sessão 3

De forma breve, retorne ao folheto 1.2, relativo aos tópicos semanais e chame a atenção para a progressão dos tópicos das sessões até ao da sessão de hoje, sessão 4, *Fontes Históricas de Significado*. Pergunte aos membros se eles pensaram acerca dos tópicos da sessão 3, anterior, durante a semana que

passou (*Fontes Históricas de Significado*", em termos de *legado que lhes foi dado*), e se sim – como? Isto não deve demorar mais que cinco a dez minutos.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre aos membros o trabalho de casa/exercício experiencial 3.1 que foi fornecido no final da sessão 3. Continue a reflexão sobre o tópico geral *A vida como um legado*, e pergunte aos membros se as suas ideias originais sobre o *legado* mudaram, ou se alteraram desde que tiveram a oportunidade de explorar individualmente as dimensões históricas desde tópico no contexto das suas vidas. Utilize esta discussão com o propósito de introduzir a sessão de hoje *A vida como um legado que vivemos e que daremos* (via: experiências presentes e futuras).

Introdução à sessão 4: *Fontes Históricas do Significado*

Neste ponto, os líderes devem transitar dos tópicos partilhados na sessão passada e da recente reflexão sobre o trabalho de casa, para o tema desta sessão (continuação), *Fontes Históricas de Significado*, à luz do tópico principal *A vida como um legado que vivemos e que daremos*. Os terapeutas devem refletir sobre os tópicos apresentados na sessão anterior (se necessário fazer referência ao texto exemplo da sessão 3). O objetivo aqui é guiar os membros de forma a que comecem a testemunhar o seu legado como um todo coeso, através da integração de memórias passadas com realizações presentes, em direção a contribuições futuras. A narrativa ou texto das nossas vidas deve sempre ser entendida no contexto do todo, desde o início, meio, até ao fim da nossa história de vida – "Tudo vai ficar bem no final. Se ainda não está tudo bem, é porque ainda não é o fim."

Enquanto que o legado que nos foi dado não pode ser mudado, o legado que vivemos e que daremos está continuamente aberto a possibilidades de crescimento e renovação. *O legado que vivemos* no presente é dinâmico e em constante mudança. Engloba papéis, atividades e realizações com significado que fazem com que a vida valha a pena viver. Exemplos podem ser: *o legado que estamos a viver* como pais ou avôs ou *o legado que estamos a viver* na nossa carreira ou na nossa comunidade (por exemplo, voluntariado ou

acções/causas especiais). O ponto a reter é o seguinte: as vidas que levamos neste momento criam as memórias para o nosso legado duradouro. Então, a partir desde ponto de vantagem, nós podemos começar a avaliar como *O legado que nós vivemos* no presente pode ter impacto no *legado que daremos* no futuro. As questões com significado então surgem: Quais são as lições de vida que esperamos transmitir?, Como contribuímos para o todo maior?, Como seremos relembrados?, O que vai perdurar *além* de mim?.

Neste ponto, os líderes devem transitar para os exercícios experienciais, que permitem aos membros explorarem e expressarem o seu legado presente e futuro, nos seus próprios termos. Este exercício deve durar até ao final da sessão. Os líderes do grupo devem certificar-se que os membros respondem a ambas as partes dos exercícios experienciais, focando primeiro no momento presente e no *legado que nós vivemos*, e depois no momento futuro, *o legado que daremos*.

Final da sessão

Nos restantes cinco a dez minutos da sessão, encerre o grupo através de uma breve reflexão sobre o tópico da sessão, *A vida como um legado*, e de como se relaciona com as reflexões dos membros sobre *o legado que vivem e que darão*. Pergunte aos membros se eles têm pensamentos ou comentários finais que gostariam de partilhar acerca deste tópico, antes de concluir o grupo. Introduzir de forma breve o tema da sessão 5 *Fontes de Atitude de Significado*, em termos do tópico principal, *Encontrar as limitações da vida*. A sessão seguinte vai explorar o conceito central de Frankl de *escolher a nossa atitude* face às limitações da vida. Distribua o trabalho de casa/exercício experiencial 4.1, relacionado com *Fontes de Atitude de Significado*, e o trabalho de casa 4.2, que deverá ser finalizado para a sessão seguinte, e que encoraja os membros a iniciarem a sua narrativa de vida com a família e amigos, com particular ênfase no legado deixado pelos antecessores e eventos históricos, nos momentos com significado e nos eventos da vida que eles criaram, e as lições da vida aprendidas que formam a base do legado que irão dar.

Pergunte ao grupo se têm comentários finais ou questões acerca da sessão ou trabalho de casa antes de terminar. Encerre a sessão relembrando o grupo

acerca do dia/hora da próxima sessão. Agradeça aos membros do grupo por terem vindo, e diga-lhes que espera voltar a vê-los na sessão 5.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 4: Fontes Históricas de Significado: *A vida como um legado que vivemos e que daremos*

- Check-in realizado;
- Processamento da sessão 3 – legado passado;
- Notar a progressão do tempo e fazer a previsão da sessão de transição em três semanas;
- Exploração breve do legado presente e futuro;
- Os pacientes aderiram ao exercício experiencial *A vida como um legado que vivemos e que daremos*?;
- Foi dada uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Fontes de Atitude de Significado*?;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 5 – Fontes de Atitude de Significado

Encontrar as limitações da vida

Qualquer tentativa para restaurar a força interna do homem tem, antes de mais, de ter sucesso em mostrar-lhe algum objetivo futuro. As palavras de Nietzsche: "Aquele que tem uma razão para viver pode aguentar com quase tudo", podem ser o lema orientador para todos os esforços psicoterapêuticos.

O que realmente era necessário era uma mudança fundamental na nossa atitude perante a vida… não interessava realmente o que é que nós esperávamos da vida, mas sim o que a vida esperava de nós. Nós precisámos de parar de perguntarmo-nos acerca do significado da vida, e em vez disso pensar em nós como aqueles que estão a ser questionados pela vida.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido* (1959, pp. 84-85)

A vida dá-nos imensas coisas. Algumas aparentam ser maravilhosas e algumas aparentam ser trágicas. O que é mais importante é utilizar a nossa liberdade para escolher como respondemos ao que a vida nos dá.

William Breitbart, M.D.

Sessão 5 – Visão geral

1. Check-in ao grupo a nível pessoal;
2. Processamento da sessão 4:
   - Reflexão acerca da quarta sessão;
   - Reflexão/revisão do trabalho de casa;
3. Introdução ao tema da sessão 5: *Fontes de Atitude de Significado:*
   - Retornar ao folheto *Tópicos semanais estruturados* e definir a progressão para o tópico 5 (fazer breve referência para concluir o processo e prosseguir para o tópico da sessão);
   - Explorar de forma breve *Fontes de Atitude de Significado* (*Encontrar as limitações da vida* perante a doença ou fim de vida);
4. Explorar os exercícios:
   - Presente: como é que os membros estão a adaptar-se às limitações, ou seja, ao diagnóstico de cancro;

- Futuro: como é que os membros querem/esperam ser lembrados;

5. Término da sessão:
   - Terminar a sessão através de uma breve reflexão sobre o tema da sessão;
   - Introduzir o tema da sessão 6 (*Fontes Criativas de Significado*);
   - Fornecer o trabalho de casa para a sessão seguinte e explorar o *Projeto de legado*.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem reunir-se de forma breve durante dez a quinze minutos, antes do início da sessão, para se prepararem para o grupo. Durante este tempo, devem certificar-se de que têm disponíveis os folhetos dos exercícios e trabalhos de casa e assegurar-se que o gravador e/ou vídeo funcionam de forma apropriada (se o objetivo do grupo for investigação ou formação).

Objetivos da sessão

Durante este período de preparação, os facilitadores devem refletir e discutir sucintamente, em conjunto, sobre o tema e objetivos para esta sessão, antes dos membros chegarem. O objetivo principal da sessão 5 é explorar o tema *Fontes de Atitude de Significado* e o tópico principal *Encontrar as limitações da vida*. Os líderes devem retomar onde deixaram a sessão 4, continuando a explorar o conceito de *legado* no contexto histórico (passado, presente, futuro) à luz do confronto com a última limitação que é a morte, e o legado duradouro que darão. No final da sessão 5, os membros do grupo deverão ter uma compreensão sólida das *Fontes de Atitude de Significado* baseada no tema central de Frankl de que *o último vestígio da liberdade humana é escolher a nossa atitude perante o sofrimento e as limitações da vida*. Em termos simples, a vida apresenta-nos várias circunstâncias que podem ser oportunidades ou limitações. Embora frequentemente não tenhamos controlo sobre o que a vida nos dá (isto é, amor, cancro), temos sempre a liberdade para escolher como respondemos, e a atitude que tomamos perante o que a vida nos dá, bom ou mau.

Check-in

Dê as boas vindas aos membros para a quinta sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Inicie a sessão verificando rapidamente como é que os membros estiveram a nível pessoal e médico, desde a última sessão. Este rápido check-in não deve demorar mais que dez minutos.

Processamento da sessão 4

Retornar brevemente ao folheto 1.2 acerca dos tópicos semanais e chame atenção para a progressão dos temas até ao da sessão de hoje, sessão 5, *Fontes de Atitude de Significado*. Pergunte aos membros se pensaram acerca do tópico da sessão 4, *Legado presente e futuro*, durante a última semana, e se sim – como? Isto deve demorar entre dez a quinze minutos.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre os membros sobre o trabalho de casa/exercício experiencial 4.1 e o trabalho de casa 4.2, que foram sugeridos no final da última sessão, acerca da partilha das suas histórias com as pessoas amadas. Pergunte-lhes como foi partilhar a sua história de vida com as pessoas amadas. Como se sentiram recebidos (por exemplo, escutados, testemunhados ou validados) enquanto contavam as suas histórias em voz alta? Permita vinte a trinta minutos para que os membros processem os seus sentimentos em relação a este trabalho de casa, dependendo de quantos o fizeram e do nível de interesse demonstrado.

Introdução à sessão 5: *Fontes de Atitude de Significado*

Neste ponto, os líderes devem usar o tópico desta sessão, *Encontrar as limitações da vida*, como um ponto de transição rápido, para referir as sessões finais do grupo, que terminará dentro de três semanas. Peça aos membros para partilhar, de forma breve, alguns pensamentos/sentimentos que tenham tido acerca das sessões de grupo, que estão a chegar ao fim. Novamente, esta discussão precoce sobre a limitação temporal do grupo pode ser uma boa oportunidade de reflexão para introduzir o tema acerca da atitude que cada um toma perante as limitações da vida, *Fontes de Atitude de Significado*, e o tópico principal *Encontrar as limitações da vida*.

Esta sessão irá explorar o significado não só de enfrentar, mas também de transcender as limitações da vida. Irá dar ênfase à crença teórica central de Viktor Frankl de que através da *escolha da nossa atitude* perante o *sofrimento* e circunstâncias que estão fora do nosso controlo (por exemplo, cancro e morte), podemos encontrar significado na vida e encontrar uma forma para *transcender* estas limitações. Frankl usa o termo *sofrimento* quando descreve a possibilidade de *encontrar significado através da nossa atitude perante o sofrimento*. *Sofrimento* é um termo complexo com muitas definições. Karl Jaspers definia sofrimento como a experiência humana de encontrar qualquer limitação. Na vida encontramos muitas limitações, desde as mais mundanas até às mais profundas, como por exemplo um sonho que não se torna realidade, as limitações físicas, e a derradeira limitação, que é a morte. Eric Cassel definiu sofrimento como uma perda das *características que nos tornam humanos*. Isto é melhor entendido como a perda da essência humana ou, mais simplesmente, a perda de elementos significativos da nossa própria identidade (uma identidade formada pelos papéis que cada um desempenha e que dão significado à vida). Assim, quando Frankl fala de sofrimento, ele estava, na verdade, a falar das limitações impostas por eventos da vida e do impacto destas limitações na nossa identidade e sentido de humanidade. Frankl sugere que o último vestígio da liberdade humana é a liberdade para escolher a atitude que tomamos perante o sofrimento. Quando tudo o resto nos foi retirado (por exemplo, bem-estar físico, mental e espiritual), ainda nos resta a capacidade de escolher como respondemos a dada circunstância.

O termo *transcendência* é também algo complexo e frequentemente difícil de compreender. Em termos simples, significa superar ou ultrapassar limitações ou obstáculos da vida. De facto, transcender também envolve o conceito de conexão para além de si mesmo, elevar-se acima das preocupações pessoais e conectar-se com algo maior que si mesmo. Isto pode envolver conexão com pessoas amadas, valores, causas ou a vida propriamente dita, isto é, com aquelas coisas que mais gostamos no mundo. Breitbart descreve transcendência como um dos três tipos de escadas rolantes que existem no aeroporto. As escadas rolantes ascendentes levam-nos para cima e as descendentes levam-nos para baixo. Mas onde estão as escadas transcendentes? São os tapetes

rolantes que nos ligam de uma porta a outra e que permitem que nos conectemos com qualquer parte do mundo.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta**: Este tópico (por exemplo, atitude e transcendência do self) pode ser um conceito difícil para os membros do grupo aderirem. Procure momentos oportunos para apresentar exemplos ou ler uma curta passagem do trabalho de Frankl (ver a página com o título da sessão 5) para alguns pontos-chave.*
- ✓ ***Nota ao Terapeuta**: O exemplo 5.1 introduz assuntos existenciais relacionados com "Encontrar as limitações da vida", particularmente o confronto com o próprio destino e o fim de vida. Os líderes devem encontrar a sua própria forma de explorar este tema, usando os seus próprios termos.*

EXEMPLO 5.1

O nosso conhecimento acerca do fim de vida é, em parte, responsável pela necessidade que as pessoas têm de encontrar um sentido de significado ou finalidade. Aprender a lidar com as limitações é aquilo que nos permite apreciarmos aquelas coisas que realmente temos. Como Frankl afirma em "O Homem em busca de um Sentido": "...frequentemente, é apenas uma situação externa excecionalmente difícil que dá ao homem a oportunidade de crescer espiritualmente além de si próprio". Frankl encarou as suas experiências durante o holocausto como um teste à sua força interior, e encarou a adaptação a estas situações extremas com um sentimento de orgulho e realização.

O facto de nós termos apenas um tempo limitado também nos desafia a fazer o máximo durante o tempo que resta. Frankl usa a metáfora do escultor martelando uma pedra ainda sem forma. Sabendo que tem um tempo limitado para terminar o trabalho, embora desconhecendo exatamente quanto, força-se a usar o tempo o melhor que consegue e a produzir o máximo em cada momento. Para Frankl, a pedra em que martelamos é a nossa vida e o que martelamos são os nossos valores – criativos, experienciais (amor, família, beleza, arte) e atitudes (forma como lidamos com os nossos destinos imutáveis). Assim, ele sublinha que tal como não podemos julgar uma biografia pelo número de páginas, não também não podemos julgar as nossas vidas apenas pela sua longevidade, mas sim pela

riqueza do seu conteúdo. Este conteúdo inclui como vivemos, mas também como morremos – como vemos a vida e a morte, como lidamos com limites iminentes como a morte e o significado que encontramos nela.

Esta será uma boa altura para voltar ao exercício experiencial da sessão, relacionado com *Encontrar as limitações da vida* (trabalho de casa/exercício experiencial 4.1). No tempo restante da sessão, deve ser dada oportunidade aos membros do grupo para explorar e expressar os seus pensamentos/sentimentos em relação a este assunto sensível. O exercício começa com os membros do grupo a contar a sua adaptação às limitações físicas e médicas atuais, relacionadas com o diagnóstico e tratamento do cancro, e depois transita para as formas de como os membros podem enfrentar o fim de vida, e de como esperam ser lembrados.

- ✓ ***Nota para o terapeuta**: Uma vez mais é importante reconhecer a natureza íntima deste tópico, especialmente no que respeita à morte e ao morrer. Devem ser feitos todos os esforços na criação de um ambiente seguro para que ocorra esta discussão sensível. Os membros do grupo devem ser relembrados que devem ouvir atentamente, sem julgar ou fazer tentativas para resolver a situação.*

Final da sessão

Nos cinco a dez minutos restantes da sessão, termine o grupo com uma reflexão breve sobre o tema da sessão, *Fontes de Atitude de Significado*, em termos do tópico principal *Encontrar as limitações da vida*. Pergunte aos membros do grupo se têm pensamentos ou comentários finais que gostariam de partilhar acerca deste tópico antes de concluir o grupo. Introduza brevemente o tema da sessão 6, *Fontes Criativas de Significado*, através da *Criatividade, coragem e responsabilidade*. Distribua o trabalho de casa/exercício experiencial 5.1 e o trabalho de casa 5.2, que integram os tópicos acerca do legado com o tema da sessão 6, *Criatividade, coragem e responsabilidade*, e relembre os membros para a criação de um *Projeto de legado*.

Pergunte ao grupo se tem comentários finais ou questões acerca da sessão ou trabalho de casa, antes de terminar. Encerre a sessão relembrado o grupo do

dia/hora da próxima sessão. Agradeça aos membros por terem vindo e faça-os saber que espera vê-los novamente para a sessão 6.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 5: Fontes de Atitude de Significado: *Encontrar as limitações da vida*

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 4 – Legado presente/futuro;
- ☐ Notar a progressão do tempo e previsão do término das sessões em três semanas;
- ☐ Revisão do trabalho de casa (partilhar a história do cancro);
- ☐ O trabalho de casa (partilhar a história de cancro) foi terminado?;
- ☐ Exploração breve de *Fontes de Atitude de Significado* (*encontrar significado perante limitações da vida*, como enfrentar a doença ou fim de vida);
- ☐ Os pacientes aderiram aos exercícios 1 e 2 acerca da *atitude* (de que forma é que o doente está a adaptar-se às limitações, como por exemplo, ao diagnóstico de cancro)?;
- ☐ Os pacientes aderiram ao exercício 3 (como é que o paciente espera ser lembrado?);
- ☐ Foi dada uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Fontes Criativas de Significado*?;
- ☐ Discussão do trabalho de casa: *Introdução ao projeto de legado*;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 6 – Fontes Criativas de Significado

Criatividade, coragem e responsabilidade

A mais nobre apreciação do significado está reservada àquelas pessoas que, privadas da oportunidade de encontrar significado na morte, no trabalho ou no amor, em virtude da própria atitude que escolhem perante essas dificuldades, ultrapassam-nas e crescem para além delas. O que interessa é a posição que tomam – uma posição que permita transmutar a sua situação num objetivo alcançado, triunfo e heroísmo.

Viktor Frankl, *A Vontade do Significado* (1969, p.70)

Tal como cada situação na vida representa um desafio ao homem e apresenta-lhe um problema para resolver, a questão do significado da vida pode ser revertida. Em última análise, o homem não deve perguntar qual é o significado da sua vida, mas sim reconhecer que é ele que está a ser questionado. Numa palavra, cada homem é questionado pela vida, e ele apenas pode responder à vida respondendo pela sua própria vida; para a vida ele apenas pode responder sendo responsável.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido* (1959, p.113)

Sessão 6 – Visão geral

1. Check-in ao grupo:
   - Check-in a nível pessoal/médico;
2. Processamento da sessão 5:
   - Reflexão sobre a quinta sessão;
   - Reflexão/revisão do trabalho de casa e check-in ao *Projeto do legado*;
3. Introduzir o tópico da sessão 6: *Fontes Criativas de Significado*:
   - Rever o folheto 1.2 acerca dos tópicos semanais estruturados: definir a progressão para o tópico 6 e refletir sobre o processo de encerramento;
   - Explorar brevemente o *Significado derivado da criatividade e responsabilidade*;

4. Explorar o exercício I: *A essência da criatividade*:
   - Passado: empreendimentos criativos;
   - Presente: expressão do self através de processos criativos (via: coragem e compromisso);
5. Exploração do exercício: *A essência da responsabilidade*:
   - Responsabilidade – *A nossa capacidade para responder perante a vida;*
   - Responsabilidades passadas – presentes – futuras;
   - Assuntos pendentes;
6. Término da sessão:
   - Terminar a sessão com uma reflexão breve sobre o tema da sessão;
   - Introduzir o tema da sessão 7 (*Fontes Experienciais de Significado*);
   - Atribuir trabalho de casa para a próxima sessão.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem reunir-se brevemente durante dez a quinze minutos antes do início da sessão, para se prepararem para o grupo. Durante este tempo devem certificar-se de que têm disponíveis os folhetos dos exercícios e trabalhos de casa, e de que o gravador e/ou vídeo está a funcionar adequadamente (se a finalidade do grupo é investigação ou formação).Durante este período preparatório, os facilitadores devem refletir e discutir sobre o tema e os objetivos da sessão, antes da chegada dos membros do grupo.

Objetivos da sessão

O objetivo principal da sessão 6 é introduzir e explorar o tema *Fontes Criativas de Significado*, e o tópico central *Criatividade, coragem e responsabilidade*. No final da sessão 6, os membros do grupo devem ter uma compreensão sólida do significado das fontes criativas do significado (criatividade, coragem e responsabilidade) como recursos importantes de significado nas suas vidas.

Check-in ao grupo

Dê as boas vindas aos membros para a sexta sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Inicie a sessão por verificar brevemente como os membros estiveram a nível pessoal e médico, desde a última sessão. Esta curta sessão de check-in não deve demorar mais de 10 minutos.

Processamento da sessão 5

Volte brevemente ao folheto 1.2, acerca dos tópicos semanais, e mencione a progressão dos tópicos até à sessão de hoje, a 6, *Fontes Criativas de Significado*. Pergunte aos membros se pensaram acerca do tema da sessão anterior, a sessão 5, *Fontes de Atitude de Significado*, durante a última semana, e se sim – como? Esta pode ser uma boa altura para relembrar que a sessão final da Psicoterapia Centrada no Significado está a aproximar-se. Peça aos membros para partilhar pensamentos/sentimentos em torno do culminar das sessões de grupo. Esta discussão deve demorar entre cinco a quinze minutos, dependendo do tamanho e interesse do grupo.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre os membros o trabalho de casa 5.1, distribuído no final da sessão 5, referente à criação de um *Projeto de legado* pessoal. Questione se iniciaram reflexão acerca de ideias para o *Projeto de legado* e se têm questões para ajudá-los a iniciar este projeto criativo. Use esta discussão como forma de introduzir o tópico de hoje *Criatividade, coragem e responsabilidade*" (via experiências passadas e presentes). Inicie a reflexão do tópico geral, *Criatividade, coragem e responsabilidade*, perguntando aos membros do grupo o que é que estes termos significam para eles.

Introdução à sessão 6: *Fontes Criativas de Significado*

Neste ponto, os líderes devem subtilmente transitar dos tópicos partilhados na reflexão do trabalho de casa (por exemplo, ideias criativas para o *Projeto de legado*) para o tema da sessão 6, *Fontes Criativas de Significado*, e para o tópico principal, *Criatividade, coragem e responsabilidade*. Criatividade e responsabilidade são temas centrais da *logoterapia* de Frankl, bem como de

qualquer discussão existencial acerca da existência humana. Através dos projetos criativos, nós temos a capacidade para transcender os nossos limites, pela imiscuição ativa de qualquer parte de nós próprios no mundo, desta forma contribuindo para um todo maior. A criatividade, através do ato de criar as nossas vidas, forma o nosso destino. A coragem é essencial para a tarefa contínua de criar uma vida e para colmatar a nossa responsabilidade para com a vida, perante as limitações de uma doença oncológica ameaçadora à vida. É necessária coragem para continuar a viver e ter esperanças, desejos e sonhos quando a vida pode acabar. É necessária coragem para continuar a amar quando tudo o que amamos pode ser perdido. Assim, quando falamos de *Fontes Criativas de Significado* referimo-nos ao significado derivado da criação da nossa própria vida, um projeto caracterizado por responsabilidade e que requer coragem.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta:*** *O texto seguinte é um breve resumo da Criatividade, coragem e responsabilidade, que serve para ajudar a discussão do grupo. Encorajamos os líderes a usar estas ideias-chave como pontos úteis, mas também a juntarem as suas próprias vozes criativas, enquanto exploram estes tópicos com os membros do grupo.*

Criatividade, coragem e responsabilidade: Visão geral

A nossa existência chama-nos para criar a vida, uma vida que é única, para a qual esforçamo-nos a preencher todo o seu potencial. Somos chamados para criar uma vida com significado, identidade, direção, transformação, conexão e realização, tornando-nos num membro válido da cultura ou sociedade. *A nossa capacidade para responder* a este desafio criativo forma a base da tomada da *responsabilidade* (capacidade de responder) sobre a nossa vida. Desta forma, criatividade e responsabilidade estão intrinsecamente ligadas. Ao responder ativamente ao chamamento para criar, tornamo-nos autenticamente responsáveis pelas nossas vidas. Frankl menciona que *"o homem não deve perguntar o que é que pode esperar da vida, mas sim entender o que a vida espera dele…"*, devendo perceber o que é que está a ser questionado a ele próprio. A vida está a colocar-lhe este problema, e cabe ao homem responder a esta questão, através da responsabilidade; *"o homem apenas pode responder à*

vida respondendo pela sua vida" (*O Médico e a Alma*, p. xxi). A autenticidade é um conceito relativamente complexo. Na sua forma mais simples, ser autêntico é criar uma vida que é unicamente nossa e continuar a viver e a crescer nesta vida de forma consistente, de acordo com os nossos próprios e únicos valores. Logo, ser autêntico é ser verdadeiro com o nosso eu verdadeiro. A tarefa de criar uma vida com significado único e de cumprir a nossa responsabilidade de viver no nosso potencial máximo de uma forma verdadeiramente autêntica, geralmente é um objetivo muitas vezes não alcançado. Como seres humanos somos imperfeitos e frequentemente falhamos em viver o nosso potencial máximo e único. Não respondemos ao chamamento da criatividade em todos os momentos das nossas vidas e, portanto, inevitavelmente, ficamos aquém do esperado. Experienciamos isto como uma imperfeição, vulnerabilidade ou falha. Experienciamos culpa existencial quando ignoramos o chamamento criativo da responsabilidade ou não conseguimos responder a este chamamento ou a cuidar da nossa vida interior. Um exemplo de culpa existencial está expresso nas últimas palavras de Albert Einstein, no seu leito de morte: *"Se ao menos eu soubesse mais matemática"*. Mas, adicionalmente, a culpa existencial é também experienciada quando falhamos em cuidar da vida pela qual somos responsáveis. A culpa pode ser experienciada como uma variedade de emoções, incluindo raiva, ansiedade, depressão, desmoralização, desesperança ou vergonha, ou pode ser fonte de empatia e da capacidade para amar. É a escolha que fazemos quanto à nossa atitude perante as nossas vulnerabilidades e imperfeições que leva a estas respostas emocionais bastante diferentes.

A beleza da criatividade é aquilo que nos dá continuamente segundas oportunidades para começar de novo, fazer correções, traçar novos caminhos, percorrer territórios desconhecidos e transcender os nossos limites. O desafio colocado pela criatividade requer uma boa dose de coragem, tenacidade e força interior para nos expormos continuamente à incerteza e à dúvida. Rollo May, no seu livro *A Coragem para criar* (1994), sugere que *"coragem não é ausência de dúvida; é a capacidade para continuar em frente apesar dela"*. É necessária uma grande dose de coragem para confrontar um diagnóstico de cancro em estadio avançado e encontrar energia e força interior *para continuar em frente* apesar de um futuro incerto. Paul Tillich, no seu livro *A Coragem para Ser*, salienta que a

coragem não é algo que deva ser procurado e atingindo a partir do exterior, mas sim algo que inerentemente faz parte da nossa natureza: *"coragem…está enraizada em toda a amplitude da existência humana e em última análise na nossa estrutura interna"* (1952, p.1).

Quando falamos acerca dos projetos criativos dos doentes e da responsabilidade que têm nas suas vidas isto não é irrelevante. Os pacientes relacionam o seu sentido de significado, de identidade e de valor, às atividades e responsabilidades que compõem a sua vida. É aqui que *o fazer* da criatividade intersecta o significado de *estar* vivo. É o que nos dá uma razão para levantarmo-nos pela manhã, uma razão para continuar adiante no mundo apesar da incerteza da doença e do destino.

<u>Sessão 6 – Exercício experiencial</u>

Agora que felizmente temos um entendimento básico de *Criatividade, coragem e responsabilidade*, é altura para mudar para a compreensão do grupo acerca destes tópicos. Proponha aos membros o exercício experiencial (trabalho de casa/exercício experiencial 5.2) e passe o resto da sessão a explorar este tema, *Fontes Criativas de Significado*, nas próprias palavras dos membros.

<u>Término da sessão</u>

Nos cinco a dez minutos restantes da sessão termine o grupo refletindo brevemente acerca do tema da sessão, *Fontes Criativas de Significado*, em termos do tópico principal, *Criatividade, coragem e responsabilidade*. Pergunte aos membros se têm alguns pensamentos ou comentários finais que gostassem de partilhar sobre este tópico, antes de encerrar o grupo. Introduza de forma breve o tema da sessão 7, *Fontes Experienciais de Significado*, através da *Conexão com a vida*. Distribua o trabalho de casa 6.1 para a próxima sessão, que integra temas da sessão 6.

Pergunte ao grupo se têm comentários finais ou questões acerca da sessão ou do trabalho de casa antes de terminar. Encerre a sessão relembrando o grupo do dia/hora da próxima sessão. Peça aos membros para refletirem sobre quaisquer pensamentos ou sentimentos que possam surgir duramente a próxima semana em relação ao término do grupo, e diga que terão oportunidade para

discutir e explorá-los na próxima sessão. Agradeça aos membros por terem vindo e faça-os saber que espera vê-los novamente para a sessão 7.

<u>Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo</u>

Sessão 6: Fontes Criativas de Significado: *Criatividade, coragem e responsabilidade*

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 5 – *Fontes de Atitude de Significado*;
- ☐ Foi observada a progressão do tempo e previsão do término das sessões em duas semanas?;
- ☐ Foram discutidas as reflexões sobre o trabalho de casa (*Projeto de legado*)?;
- ☐ Introdução ao tema da sessão 6 – *Fontes Criativas de Significado;*
- ☐ Exploração breve do *Significado derivado da criatividade e responsabilidade*;
- ☐ Os pacientes aderiram ao exercício experiencial 1 (*projetos criativos e criatividade através da coragem e do compromisso*)?;
- ☐ Os pacientes aderiram ao exercício experiencial 2 (*responsabilidade, responsabilidade passada/presente/futura, assuntos pendentes*)?;
- ☐ Foi dada uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Fontes Experienciais de Significado*?;
- ☐ Foi discutido o trabalho de casa: *Conectar com a vida através do amor, beleza e humor*?;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 7 – Fontes Experienciais de Significado

Conectar com a vida através do amor, beleza e humor

Amor

Um pensamento paralisou-me: pela primeira vez na vida eu vi a verdade tal como é transposta em música por muitos poetas, tal como é proclamada, como a derradeira sabedoria, por muitos pensadores. A verdade: que o amor é o objetivo último e mais elevado que o homem pode aspirar. Eu vislumbrei então o significado do maior segredo que a poesia, pensamento e crenças humanas têm para transmitir: a salvação do homem é através do amor e com o amor.

Beleza

À medida que a vida interior do prisioneiro tendia a ser mais intensa, ele também experienciava a beleza da arte e da natureza como nunca fizera antes. Sob a sua influência ele ás vezes esquecia as suas próprias circunstâncias aterradoras… apesar disto – ou talvez por causa disto – nós ficávamos deslumbrados com a beleza da natureza, que tínhamos esquecido durante muito tempo.

Humor

O humor era outra arma da alma na luta pela auto-preservação. É bem-sabido que o humor, mais do que qualquer outra coisa da constituição humana, pode permitir um distanciamento e uma capacidade para nos elevarmos acima de qualquer situação… A tentativa para desenvolver um sentido de humor e para ver as coisas com humor é uma espécie de truque aprendido durante o processo de dominar a arte de viver.

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido* (1959, pp.48-55)

Sessão 7 – Visão geral

1. Check-in ao grupo:
    - Check-in a nível pessoal/médico;
    - Verificação do *Projeto de legado*;
2. Processamento da sessão 6:

- Reflexão sobre a sexta sessão;
- Reflexão/revisão sobre o trabalho de casa;

3. Introdução ao tema da sessão 7: *Fontes Experienciais de Significado*:
    - Reveja o folheto 1.2, sobre os tópicos semanais estruturados, e mencione a progressão para o tema 7 bem como em direção à sessão final, a oitava sessão;
    - Explore pensamentos e sentimentos (por exemplo, a natureza limitada no tempo da intervenção);
    - Explore brevemente *Fontes Experienciais de Significado* (por exemplo: *Conectar com a vida através do amor, beleza e humor*);
4. Explorar exercício: *Amor, beleza e humor;*
5. Término da Sessão:
    - Termine a sessão refletindo brevemente sobre o tema da sessão
    - Introduza o tema da sessão 8 (*Transições*);
    - Acompanhe brevemente a progressão do *Projeto de legado;*
    - Explore pensamentos/sentimentos no final da sessão.

Orientações para o terapeuta

Os cofacilitadores devem reunir-se brevemente, durante dez a quinze minutos, antes do início da sessão para se prepararem para o grupo. Durante este período devem certificar-se que têm os folhetos dos exercícios e trabalhos de casa disponíveis e garantir que a gravação/vídeo está a funcionar adequadamente (se o grupo tiver como finalidade a investigação ou formação).

Objetivos da sessão

Durante este período preparatório, os facilitadores devem refletir e discutir brevemente o tema e objetivos para esta sessão, antes dos membros chegarem. O objetivo principal para a sessão 7 é introduzir e explorar o tema *Fontes Experienciais de Significado*, através do tópico central, *Conectar com a vida*. No final da sessão 7 os membros do grupo devem ter uma compreensão sólida do significado de *conectar com a vida* através das *Fontes Experienciais de Significado*, particularmente, através das fontes experiencias do amor, beleza e humor.

Check-in ao grupo

Dê as boas vindas ao grupo para a sétima sessão da Terapia de Grupo Centrada no Significado. Comece a sessão por fazer o check-in de forma breve, verificando como é que os membros estão a nível pessoal e médico, desde a última sessão. Esta curta sessão não deve demorar mais do que dez minutos.

Processamento e término da sessão 6

Regresse de forma breve ao folheto 1.2, sobre os tópicos semanais, e chame a atenção para a progressão dos tópicos até chegar à sessão 7, a de hoje, *Fontes Experienciais de Significado*. Pergunte aos membros se refletiram sobre o tema da sessão 6 anterior, *Fontes Criativas de Significado*, durante a última semana, e se sim – como?. Esta será uma boa altura para relembrá-los que a próxima sessão será a última. Peça aos membros para partilharem alguns pensamentos/sentimentos que envolvam o fim das reuniões de grupo. Esta discussão deve demorar entre cinco a dez minutos, dependendo do tamanho do grupo.

Reflexão sobre o trabalho de casa

Relembre aos membros, o trabalho de casa fornecido no final da sessão 6, relacionado com a sessão de hoje, a respeito de *Conectar com a vida* através do amor, beleza e humor. Utilize esta discussão inicial como uma forma de introduzir o tema da sessão de hoje *Fontes Experienciais de Significado*. Comece as reflexões iniciais sobre os tópicos, explorando brevemente o que as fontes experienciais do amor, beleza e humor significam para o grupo.

Introdução à sessão 7: *Fontes Experienciais de Significado*

Neste ponto, os líderes devem transitar suavemente dos temas partilhados na reflexão do trabalho de casa para o tema da sessão 7, *Fontes Experienciais de Significado*, à luz do tópico principal, *Conectar com a vida* através do amor, da beleza e do humor. As *Fontes Experienciais de Significado* são essencialmente fontes de significado derivadas da nossa *experiência* de vida. Nós experienciamos a vida primariamente através das nossas perceções sensoriais e através das nossas emoções e pensamentos. A palavra francesa para

significado é *sentido*. Portanto, literalmente, a fonte experiencial de significado é derivada das nossas variadas perceções sensoriais e do nosso sistema sensorial. Nós experienciamos a vida e o significado da vida através da visão, do som, do paladar, do cheiro e do toque, e através dos variados aspetos da emoção do amor. Nós experienciamos a grandiosidade da beleza, alegrias e prazeres da vida através dos nossos cinco sentidos. Estas experiências fazem-nos sentir que viver, e que a vida, estão cheias de significado. O *amor* é talvez a mais profunda e comum fonte experiencial de significado. A nossa experiência do amor conecta-nos uns aos outros e permite-nos transcender as nossas preocupações individuais. Emmanuel Levinas definiu a filosofia não como o amor da sabedoria, mas como a *sabedoria do amor* (Beals, 2007). O amor pode assumir várias formas; romântica, parental, filial, amor para o nosso companheiro e amor para connosco próprios. O amor e a conexão aliviam o isolamento existencial que pode ocorrer quando nos desconectamos do significado da nossa vida. A *beleza* e o *humor* conectam-nos ao temor e à alegria da experiência de estarmos vivos e relembra-nos o significado da vida. O *amor* e a *beleza* conectam-nos com constructos eternos que vivem para além das nossas vidas.

Enquanto as fontes de significado criativas e de atitude requerem mais um *envolvimento ativo na vida*, as fontes experienciais incorporam mais um *envolvimento passivo com a vida*. Enquanto que as primeiras implicam mais um modo de *"fazer" dinâmico de investir na vida*, as últimas revelam o *modo de "ser" recetivo de conectar-se com a vida, de apreciação*. Enquanto que as fontes criativas e de atitude pedem-nos para *dar à vida*, as fontes experienciais chamam-nos para *nos entregarmos* à leveza de estar vivo – através do amor, da arte e da beleza.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta:*** *O exemplo 7.1 é uma visão geral básica dos temas-chave. Nós encorajamos os líderes a familiarizarem-se com estes princípios básicos e, em seguida, a contribuírem pessoalmente para a discussão de "Conectar com a vida" de uma maneira com significado, permitindo que temas experienciais surjam do diálogo orgânico com os membros do grupo.*

EXEMPLO 7.1

As Fontes Experienciais de Significado – amor, beleza (isto é, arte, natureza) e humor – permitem-nos transcender a nós próprios ao sermos transportados para a contemplação do interior destas experiências. Elas ajudam-nos a sentir que fazemos parte de algo maior que nós próprios, como as ondas que se juntam para formar o oceano. Frankl descreve como mesmo no campo de concentração ele e os seus companheiros prisioneiros experienciaram a beleza das montanhas de Salzburg ou um pôr do sol particularmente mais vívido, de forma mais enriquecedora que antes, devido às suas circunstâncias. Eles encontraram consolo no facto de, independentemente dos seus destinos individuais, a beleza da natureza, da qual eles faziam parte, continuar além deles.

As Fontes Experienciais de Significado são percebidas de uma forma mais passiva de reverência e contemplação, comparativamente às outras duas fontes de significado mais ativas (isto é, criatividade e atitude). Conforme nos rendemos ao amor, ao riso, e à beleza da arte ou da natureza, nós podemos perder-nos no momento da contemplação apenas para nos encontrarmos de forma mais autêntica na vida. Frankl dá um exemplo: "Imaginem um amante da música sentado numa sala de concertos enquanto… a sua sinfonia favorita ressoa nos seus ouvidos. Ele sente um arrepio de emoção, aquele que nós experienciamos na presença da mais pura beleza. Suponham agora que naquele momento nós perguntamos a esta pessoa se a sua vida tem significado. Ele teria de responder que tinha valido a pena viver, apenas para experienciar aquele momento de êxtase" (O Médico e a Alma, p.43).

Similarmente, podemos sentirmo-nos transportados por sentimentos de amor, mesmo quando o amado não está fisicamente presente. Frankl falou em várias ocasiões sobre o amor duradouro que tinha pela sua mulher, e de como a própria memória dela lhe permitiu transcender o seu sofrimento, mesmo que apenas por alguns momentos breves. O humor também nos ajuda a elevar circunstâncias difíceis, ao iluminar o momento e permitindo uma distância emocional saudável relativamente a uma situação stressante. Frankl foi mesmo mais longe ao referir-se ao humor como "outra das armas da alma na luta pela auto-preservação" (O Homem em busca de um Sentido, pp.54-55).

Sessão 7 – Exercício experiencial

Agora que temos uma compreensão básica das *Fontes Experienciais de Significado* (e das suas qualidades recetivas e contemplativas), é altura de mudar para a compreensão do grupo sobre estes temas. Forneça aos membros o exercício experiencial no qual eles discutem as respostas ao trabalho de casa/exercício experiencial 6.1, e use o resto da sessão para explorar este tópico, *Conectar com a vida* através do amor, da beleza e do humor, nos seus próprios termos. Os líderes devem assegurar-se de que é atribuído tempo suficiente a este exercício, dado que a sua exploração pode aumentar o sentido de um significado renovado e de conforto aos membros do grupo.

Término da sessão

Nos restantes cinco a dez minutos da sessão, encerre o grupo refletindo brevemente sobre o tema da sessão, *Fontes Experienciais de Significado*, tendo em conta o tópico principal *Conectar com a vida*. Pergunte aos membros se têm pensamentos ou comentários finais que gostassem de partilhar sobre este tópico antes de concluir o grupo. Lembre o grupo que a próxima sessão será a última reunião de grupo. Forneça aos membros o trabalho de casa/exercício experiencial 7.1, e peça-lhes que reflitam sobre quaisquer pensamentos ou sentimentos que possam surgir na próxima semana sobre o fim do grupo, informando que terão a oportunidade para os discutir e explorar na próxima sessão. Agradeça aos membros por terem vindo, e informe-os que está desejoso de vê-los novamente na sessão 8, final.

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 7: Fontes Experienciais de Significado: *Conectar com a vida*

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 6 – *Fontes Criativas de Significado*;
- ☐ Foi notada a progressão do tempo e a previsão da sessão de transição dentro de uma semana?;
- ☐ Foram discutidas as reflexões sobre o trabalho de casa (*Conectar com o amor, a beleza e o humor*)?;
- ☐ Foi introduzido o tema da sessão 7 – *Fontes Experienciais de Significado*?;
- ☐ Foram exploradas, brevemente, as *Fontes Experienciais de Significado*?;
- ☐ Os pacientes aderiram ao trabalho de casa/exercício experiencial da sessão 7 (*Conectar com amor, a beleza e o humor*)?;
- ☐ Foi fornecida uma visão geral da sessão da semana seguinte – *Transições: reflexões finais e esperanças para o futuro*?;
- ☐ Foi relembrado ao grupo o *Projeto de legado*?;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros do grupo individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Sessão 8 – Transições

Reflexões finais do grupo e esperanças para o futuro

É uma particularidade do homem só conseguir viver se olhar para o futuro. E isto é a sua salvação nos momentos mais difíceis da sua existência.

~~

Quem ainda estava vivo, tinha razões para ter esperança. Tudo aquilo que tínhamos passado podia vir a constituir um trunfo para nós no futuro. E eu citei Nietzsche: "Aquilo que não me mata, torna-me mais forte".

Viktor Frankl, *O Homem em busca de um Sentido* (1959, pp.81,89)

Sessão 8 – Visão geral

1. Check-in da sessão:
   - Check-in a nível pessoal/médico;
2. Transições: reflexão sobre as sessões prévias;
3. Exploração dos *Projetos de legado*;
4. Experiência dos pacientes: reflexão e feedback:
   - Como é que tem sido para vocês passar por esta experiência de aprendizagem durante estas oito sessões? Ocorreram algumas alterações na forma como veem a vida e a experiência de cancro, desde que passaram por este processo?;
   - Sentem que têm uma melhor compreensão das fontes de significado da vida e que são capazes de as usar no dia a dia? Se sim, como?;
   - Quais são as vossas esperanças para o futuro?;
5. Término do grupo:
   - Termine a intervenção refletindo brevemente sobre momentos com significado;
   - Partilhe: obrigado e adeus;
   - Reforce: *"tem sido uma experiência de aprendizagem para todos nós".*

Objetivos da sessão

Os objetivos para esta sessão final são ao mesmo tempo simples e complexos. Os líderes devem ajudar os membros a refletir sobre a sua experiência de grupo, à luz das últimas sete sessões. Devem facilitar o diálogo e a reflexão em torno de pensamentos e sentimentos dos membros sobre a finalidade da experiência de grupo, face às transições importantes e à sua própria mortalidade devido à doença oncológica. Explore como tem sido a partilha das suas experiências de cancro e das histórias de vida, bem como testemunhar as histórias dos outros membros. Deve ser dado tempo para partilhar e explorar os *Projetos de legado* finais, bem como experiências com significado que foram surgindo ao longo do processo do grupo. Deve ser dado também tempo para os pacientes partilharem o seu feedback relativamente à sua experiência de grupo e às suas experiências para o futuro (refira-se às questões do *Feedback de intervenção* no trabalho de casa/exercício experiencial 7.1).

Boas-vindas ao grupo e check-in

Dê as boas vindas aos membros para a oitava e final sessão da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado. Comece a sessão por verificar brevemente como têm estado a nível pessoal e médico, desde a última sessão. Isto deve demorar entre cinco a dez minutos, mas pode durar mais tempo se os membros quiserem partilhar comentários acerca do seu bem-estar geral.

Transição do processo

Regresse brevemente ao folheto 1.2, referente aos tópicos semanais, e chame a atenção para a progressão dos tópicos até à sessão de hoje, a oitava e final, identificando e enfatizando os tópicos semanais. Pergunte aos membros se, na semana que passou, pensaram como seria esta sessão final. Peça para partilharem quaisquer pensamentos/sentimentos que tenham tido relativamente à finalidade do grupo. Esta discussão de transição deve durar cerca de quinze minutos, dependendo do tamanho do grupo.

Projetos de legado

Os líderes devem então transitar da discussão sobre os *fins* para a exploração dos *novos começos* dentro e através dos respetivos *Projetos de legado*. Alguns podem ter optado por não participar nesta tarefa, outros podem dizer que *"a minha vida é o meu legado"*, o que é perfeitamente aceitável e pode ser reforçado como válido pelos facilitadores. Outros podem ter razões logísticas para não terem terminado o projeto, tais como fadiga ou doença. Alguns podem planear criar o *Projeto de legado* após o grupo terminar, enquanto que outros podem não ter qualquer intenção de concluir o projeto. Os facilitadores devem apoiar as escolhas dos membros, em concluir ou não, os seus projetos. Afinal de contas, a escolha é deles.

- ✓ ***Nota ao Terapeuta:*** *Como enfatizado ao longo desta intervenção, é importante encorajar os membros a oferecer um significado testemunhado (via: escuta ativa e validação) àqueles que estão a partilhar o seu respetivo Projeto de legado. Este sentimento final de ter o seu legado testemunhado e validado pelos companheiros de grupo pode ser uma experiência reconfortante e transformadora, que os membros podem levar consigo para além do grupo.*

Feedback da intervenção

Os líderes devem usar o tempo restante desta sessão final para encorajar o feedback dos membros, relativamente à intervenção global, bem como refletir sobre as suas esperanças para o futuro. Refira o trabalho de casa/exercício experiencial 7.1, que incentiva ao feedback da intervenção e o diálogo.

Término da sessão

Nos restantes cinco a dez minutos da sessão, encerre o grupo refletindo brevemente sobre as experiências, momentos ou memórias com significado acerca das suas próprias experiências com o grupo. Pergunte aos membros se têm pensamentos ou comentários finais que gostassem de partilhar antes de terminar o grupo. Agradeça a cada membro por ter constituído uma parte com significado nesta experiência de grupo, e pelos momentos partilhados e

experiências de aprendizagem mútuas que foram oferecidas por todos ao longo deste caminho.

Finalmente, são partilhadas expressões de gratidão e uma reflexão por parte dos facilitadores sobre o legado criado dentro do grupo. Frequentemente é útil para os facilitadores fazerem referência a momentos de coragem, momentos de conexão e momentos de autocuidado. Não é incomum os facilitadores darem conhecimento acerca das formas pelas quais eles próprios foram influenciados pelos membros do grupo e a honra e o privilégio de participarem nestes momentos íntimos, numa fase crítica da vida dos pacientes, e afirmar que os membros do grupo não serão esquecidos.

Um comentário final centrado no significado

Um leitor apenas pode aplicar aquilo que achou convincente.

Nós não podemos persuadir os outros para nada,

que nós próprios não estejamos convencidos!

Isto aplica-se particularmente à convicção (do terapeuta)

de que a vida tem significado,

e que tem um significado incondicional,

até ao seu último momento,

até ao último suspiro

e que a morte em si pode ser dotada de um significado.

~~

Nós podemos redefinir as "profissões de ajuda",

quando chamadas mais especificamente para ajudar os seus pacientes,

na aspiração humana básica e derradeira

de encontrar um significado para as suas vidas.

E fazendo isto, aqueles que pertencem às "profissões de ajuda",

retroativamente, encontram neles próprios uma vocação e uma missão

para as suas próprias vidas:

Eu vi o significado da minha vida

ajudando os outros a ver um significado para as suas vidas.

Viktor Frankl, *A Vontade do Significado* (1969, p.160)

Checklist da aderência do terapeuta e notas do processo em grupo

Sessão 8: *Transições: Reflexões e esperanças para o futuro*

- ☐ Check-in realizado;
- ☐ Processamento da sessão 7 – *Fontes Experienciais de Significado*;
- ☐ Discussão do *Projeto de legado*;
- ☐ Os pacientes aderiram ao exercício experiencial da sessão 8 (*reflexões e feedback*)?;
- ☐ Término e desfecho: o terapeuta partilhou obrigado e adeus;

Temas relevantes:

Grupo:

Membros individuais:

Membro A:

Membro B:

Membro C:

Membro D:

Membro D:

Membro E:

Membro F:

Membro G:

Explicações para componentes da sessão omitidos

Autoavaliação da aderência do terapeuta à intervenção:

(pontuação 0 = "Não aderente" a 10 = "Extremamente aderente")

Classificação final:

Próxima sessão marcada para: Data: Hora:

Folhetos

Folheto 1.1

Guidelines para o Grupo

1. *Confidencialidade/Privacidade:*
   - É importante para cada um que se sinta confortável e seguro para partilhar livremente as suas histórias e experiências neste grupo. Pedimos aos membros que respeitem a privacidade dos outros ao não partilhar estas histórias fora deste grupo.
   - Cada sessão será gravada e/ou filmada, para assegurar a qualidade. Todas as gravações serão guardadas num local seguro no nosso departamento.
   - Poderá partilhar informações de contacto com outros membros do grupo, de acordo com o seu critério.
2. *Presença*
   - Em primeiro lugar e o principal – *a sua presença é importante!* A sua presença e a intensidade com que participa no grupo contribui para a intensidade do benefício que recebe e aprende com o grupo.
   - Nós compreendemos que as circunstâncias da vida (por exemplo, doença, fadiga, férias, problemas de família) podem condicionar a sua presença no grupo.
   - Nós queremos encorajar o vosso envolvimento ativo no grupo, através de exercícios de grupo e trabalhos de casa, para que beneficie o máximo desta experiência de aprendizagem.
3. *Duração*
   - Iremos realizar sessões durante oito semanas (1,5 horas) e em cada uma delas abordaremos um tópico e um exercício experiencial (prático) em grupo.
   - *A sua história é importante!* Por causa disto, estaremos atentos ao tempo para que cada pessoa tenha igual oportunidade para partilhar as suas ideias e experiências com o grupo.
   - Os facilitadores (terapeutas) estarão atentos aos membros do grupo e sinalizarão a altura em que a palavra deve transitar para outro membro.

4. *Significado pessoal*
   - Nós reconhecemos que a discussão do significado é única para cada pessoa.
   - O significado pode traduzir-se de forma *positiva* (por exemplo: melhorar a qualidade de vida, amor, cuidar) bem como de forma *negativa* (por exemplo, geradora de ansiedade, tristeza, desilusão).
   - Pedimos para que os membros do grupo tenham uma mente aberta e sejam tolerantes com o significado das experiências pessoais que cada membro partilha.
   - Gostaríamos de promover um meio em que não haja julgamentos e incompreensões, de modo a que os membros do grupo se sintam livres e seguros para partilharem as suas experiências com significado.

Folheto 1.2

Estrutura dos tópicos semanais da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado

Sessão #1: Conceitos e Fontes de Significado;

Sessão #2: Cancro e Significado;

Sessão #3: Fontes Históricas de Significado, ou seja, "Atingir o significado através da nossa história";

Sessão #4: Fontes Históricas de Significado, ou seja, "Atingir o significado através da nossa história";

Sessão#5: Fontes de Atitude de significado, ou seja, "Atingir o significado através da nossa atitude perante a vida";

Sessão #6: Fontes Criativas de Significado, ou seja, "Atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir";

Sessão #7: Fontes Experienciais do Significado, ou seja, "Atingir o significado através das nossas experiências de vida";

Sessão #8: Transições (reflexões e esperanças para o futuro).

Folheto 1.3

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CENTRADA NO SIGNIIFCADO

Baseado nos trabalhos de Viktor Frankl, incluindo *O Homem em busca de um Sentido*.

Conceitos básicos da Psicoterapia Centrada no Significado:

1. A vontade do significado: a necessidade de encontrar significado na existência humana é uma força primária motivadora que modela o comportamento humano, ou seja, a tarefa de encontrar o significado da vida é inerente a nós e à nossa vontade.
2. A vida tem um significado: A possibilidade para criar ou experienciar significado existe ao longo das nossas vidas, mesmos nos últimos momentos. Se sentimos que a vida não tem significado não é porque ele não exista, mas sim porque ficamos desconectados/desligados do seu significado.
3. Liberdade da vontade: Nós temos a liberdade para encontrar significado na nossa existência e para escolher a nossa atitude perante o sofrimento e as limitações.

"Aquele que tem uma razão para viver pode aguentar com quase tudo"

Folheto 1.4

Fontes de significado

- Fontes Históricas ("Atingir o significado através da nossa história") – *A vida como um legado*, ou seja, a vida como algo que recebemos e transmitimos.
  - O legado que nos foi dado (passado);
  - O legado que nós vivemos (presente);
  - O legado que nós daremos (futuro);
- Fontes de Atitude ("Atingir o significado através da nossa Atitude perante a vida") – *Encontrar as limitações da Vida.*
  - Transformar a tragédia pessoal em triunfo através da atitude perante dadas circunstâncias (por exemplo: sofrimento físico, adversidade pessoal, a nossa mortalidade);
- Fontes criativas ("Atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir") – *Envolvermo-nos ativamente na vida.*
  - Através de: papéis, trabalho, ações, objetivos cumpridos;
  - O que despoleta: coragem, compromisso e responsabilidade;
- Fontes experienciais ("Atingir o significado através das nossas experiências de vida") – *Conectar com a vida.*
  - Através de: relações, beleza, natureza, humor;

Folheto 1.5

Definições de significado

1. Ter o sentimento de que a vida tem significado envolve a convicção de que nós estamos a preencher um papel único e uma finalidade numa vida que é um dom.
   1) Uma vida que vem com a responsabilidade de viver todo o potencial como ser humano.
   2) *Ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentimento de paz, contentamento, ou até de transcendência, ou seja, de transpor certas barreiras tornando-nos superiores a certas circunstâncias, através da conexão com algo que é maior do que nós.*

Alcançar o significado refere-se aos momentos em que nos sentimos vivos, conectados com a existência. As coisas do passado, sejam trágicas ou prazerosas, incríveis ou assustadoras, quando olhamos para trás, interpretamo-las como lições de vida profundas.

Folheto 1.6

Calendário da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado:

As sessões decorrerão:

Sessão # Data Hora

Sessão 1

Sessão 2

Sessão 3

Sessão 4

Sessão 5

Sessão 6

Sessão 7

Sessão 8

Se por alguma razão você tiver de cancelar a sessão, por favor contacte:

Assistente/Terapeuta:

Tel/e-mail:

Para outros assuntos e/ou preocupações relacionadas com o grupo, por favor contacte:

Assistente/Terapeuta:

Tel/e-mail:

Folheto 2.1

Cancro e Significado

Cancro:

- Sofrimento:
  - Físico, Mental, Emocional, Espiritual, Existencial:
    - Alterar o significado *("transformar a tragédia em triunfo")*;
    - Encontrar significado (através de: fontes de significado);
    - Perder significado (chamado *"vazio existencial"*);

Trabalhos de casa/exercícios experienciais (práticos)

Exercício 1.1

(para efetuar na sessão 1)

Momentos com Significado

Faça uma lista com uma ou duas experiências ou momentos *nos quais a vida teve particular significado para si* – quer lhe pareça importante ou insignificante. Por exemplo, pode ser qualquer coisa que o tenha ajudado a *ultrapassar um dia difícil* ou uma altura em que você se tenha sentido mais vivo. E comente alguma coisa sobre essas situações.

Trabalho de casa 1.1

Ler: "O Homem em busca de um Sentido"

Trabalho de Casa/exercício experiencial (prático) 1.2

Antecipação da sessão 2: Por favor disponha de algum tempo para pensar nas respostas às perguntas que se seguem, que serão concluídas durante a sessão 2 (como exercício experiencial (prático) para a sessão 2).

Identidade antes do cancro

> *Pense no tempo imediatamente antes do seu diagnóstico de cancro.* Escreva abaixo quatro respostas à questão, *"Quem sou eu?". Estas podem ser positivas ou negativas e incluem características da personalidade, imagem corporal, crenças, coisas para fazer, pessoas que conhece, e assim por diante. Por exemplo, as respostas podem começar com: "Eu sou alguém que _____" ou "Eu sou _____"*

Identidade depois do cancro

> *Agora que você teve uma oportunidade para responder à primeira questão, disponha de um momento para pensar na forma como o diagnóstico de cancro afetou as suas respostas. As suas respostas são as mesmas? Como é que o cancro afetou as coisas que têm mais significado para si?*

Trabalho de casa/exercício experiencial (prático) 2.1

Antecipação da sessão 3: Por favor demore algum tempo a pensar e escreva abaixo as respostas às perguntas seguintes, para serem discutidas na sessão 3 (como exercício experiencial (prático) para a sessão 3).

Legado passado, ou seja, "A vida como algo que nos foi transmitido, através do passado".

A vida como um legado, ou seja, "A vida como algo que transmitimos".

Que nos foi dado

Quando você olha para o seu passado e para a sua educação, quais as suas memórias mais significativas, relações, valores, tradições, e assim por diante, que tiveram mais impacto na pessoa que você é hoje?

Por exemplo: identifique memórias de como você foi educado e que o marcaram (exemplo: a sua relação com os pais, irmãos, amigos, professores, etc.). Qual a origem do seu nome? Quais os acontecimentos do seu passado ou pessoas que foram importantes, que o marcaram e fizeram diferença na sua vida? Quais os valores que lhe foram transmitidos?

Trabalho de Casa/exercício experiencial (prático) 3.1

Antecipação da Sessão 4: por favor demore algum tempo a pensar e responda às questões seguintes para serem discutidas na sessão 4 (como um exercício (prático) experiencial para a sessão 4).

Legado presente e futuro, ou seja, "A vida como algo que transmitimos (presente) e que transmitiremos (futuro)".

A vida como um legado que você vive e que dará, ou seja, "A vida como algo que transmitimos e vivemos (presente) e que transmitiremos (futuro)".

À medida que reflete sobre a pessoa que é hoje, quais são as atividades, papéis ou objetivos atingidos com significado dos quais tem mais orgulho?

À medida que olha para o seu futuro, quais foram algumas lições de vida que aprendeu ao longo do caminho e que gostaria de passar para os outros?

Qual é o legado que espera viver e dar?

Trabalho de Casa/exercício experiencial (prático) 4.1

Antecipação da sessão 5: por favor demore algum tempo a pensar e responda às seguintes questões para serem discutidas na sessão 5 (como exercício experiencial (prático) para a sessão 5).

Encontrar as limitações da Vida

1. *Quais são algumas das limitações da vida, perdas ou obstáculos com que se defrontou no passado e qual foi a sua atitude perante elas ou como lidou com elas na altura?*

2. *Desde o seu diagnóstico, quais foram as limitações específicas ou perdas que enfrentou, e como é que está a responder a elas agora? Ainda consegue encontrar significado na sua vida diária apesar da consciencialização das limitações e restrições da vida? (Se sim, por favor descreva brevemente).*

3. *O que é que considera uma morte tranquila ou com "significado"? Como imagina que vai ser lembrado pelas pessoas que o amam? (por exemplo, quais são algumas das suas características pessoais, as memórias partilhadas ou eventos da vida com significado que causaram nessas pessoas uma impressão duradoura?*

Trabalho de casa 4.2

***Partilhe o seu legado**, ou seja, "Partilhe a sua vida e os seus projectos".*

Conte a sua história

Conte a sua história às pessoas que ama na sua vida, de uma forma que seja confortável para si. A chave é realçar as experiências que foram fontes de orgulho e de significado para si ou coisas que desejava ter alcançado, mas que ainda tem de fazer. Conforme partilha a sua história, comece a tentar perceber como se sente ao ter as suas palavras testemunhadas, validadas e afirmadas por aqueles que mais importam para si.

Trabalho de casa 5.1

Projeto de vida

Queremos relembrar-lhe o tema "A vida como um legado" (ou seja, "A vida como algo que transmitimos") através da criação do seu próprio "Projeto de vida". Este é um projeto que você pode empreender que integra algumas das ideias que nós já discutimos (por exemplo, significado, identidade, criatividade, responsabilidade), de forma a gerar um sentimento de significado na vida apesar da sua doença. Alguns exemplos podem ser: criar um legado/projeto através de um álbum de fotografias ou vídeos, criar uma compilação de músicas com significado, reatar uma relação destruída, fazer alguma coisa que sempre quis fazer mas que ainda não fez…este legado é seu para dar!

Trabalho de casa/Exercício experiencial (prático) 5.2

Antecipação da sessão 6: por favor demore algum tempo a pensar e escreva abaixo as suas respostas às seguintes questões para serem discutidas na sessão 6 (como exercício experiencial (prático) para a sessão 6).

Coragem, criatividade e responsabilidade

1. *Viver a vida e ser criativo requer coragem e compromisso. Lembra-se de alguma(s) alturas da sua vida em que tenha sido corajoso, em que tomou as rédeas da sua vida ou em que tenha assumido um compromisso com significado para fazer alguma coisa com valor para si?*

2. *Sente que expressou/deu a conhecer aquilo com mais significado para si ao longo da sua vida em relação ao trabalho ou atividades criativas (por exemplo, emprego, ter filhos, tempos livres, causas) – Se sim, como? Quais são as suas responsabilidades? É responsável por quem e para quê?*

Tem assuntos pendentes? Quais são as tarefas que sempre quis fazer mas que ainda não conseguiu? O que é que está a impedi-lo de responder a esse chamamento criativo?

Folheto 7: O que posso fazer para lidar com as alterações cognitivas da Quimioterapia (chemo-brain)?

O que é que você pode fazer para lidar com o chemo-brain?

3. Adaptar-se no dia-a-dia:
   a. Fazer listas de coisas a fazer;
   b. Estabelecer e seguir rotinas diárias – fazer sempre a mesma coisa à mesma hora e guardar os objectos nos mesmos locais;
   c. Fazer uma coisa de cada vez;
   d. Exercitar o cérebro: fazer sopa de palavras;
   e. Descansar e dormir o suficiente;
   f. Fazer actividade física regular – melhora o humor, faz com que se sinta mais alerta e diminui a fadiga;
   g. Pedir ajuda quando necessitar, para que diminua distracções e poupe energia mental;
   h. Fazer um diário de quando é que teve problemas, em que situação e a que horas; quais os medicamentos tomados; o que melhorou ou piorou o problema (por exemplo: é pior de manhã ou à noite? Tem mais problemas quando tem fome e está cansado? Ajuda caminhar, dormir uma sesta ou comer um snack?).

      Isto pode ajudar a perceber o que é que afectou a sua memória e pode ajudá-lo a evitar que ocorra, planeando eventos importantes (encontros/reuniões/conversas) para outras alturas.

      Isto também é importante para contar ao seu médico, que vai querer saber quando é que os problemas começaram e como é que afectam a sua vida diária.
   i. Leve um amigo ou familiar à consulta.

      O seu médico pode querer saber as suas queixas de outro ponto de vista.
   j. Tente não se centrar em como isto o perturba.

      Aceitar o problema ajuda-o a lidar com ele e ter humor acerca das situações ajuda-o a adaptar-se.
4. Fale das suas dificuldades à família, amigos e equipa de saúde.

   Deixe-os saber o que está a passar. Pode sentir-se aliviado.

   Apesar de não se ver, os seus familiares e amigos já podem ter notado e poderão fazer sugestões úteis.

   Diga aos seus amigos e família o que é que eles podem fazer para ajudar.

   O seu médico pode ajudá-lo descobrindo a causa e eventualmente o tratamento. Poderá ser referenciado para outras especialidades como psiquiatria, neuropsicologia ou neurologia.

Folheto 9: O que é que eu posso fazer para lidar com a neuropatia?

11. Se está a tomar fármacos para a dor, tome-os como prescrito pelo médico; muitos fármacos actuam melhor se tomados antes de a dor se tornar intensa;
12. Evite factores que pioram a neuropatia, como temperaturas demasiado quentes ou frias, roupas ou sapatos apertados; tenha luvas no carro;
13. Faça as tarefas com tempo. Peça ajuda aos amigos para as tarefas que considera difíceis;
14. Não beba álcool;
15. Se tiver diabetes, controle a glicémia;
16. Se a neuropatia ocorrer nas mãos tenha cuidado a usar facas, tesouras e outros objectos cortantes. Proteja as mãos usando luvas quando limpa ou trabalha;
17. Se a neuropatia ocorrer nos pés, sente-se o mais tempo possível, mesmo quando escova os dentes. Tome conta dos seus pés, olhando para eles uma vez por dia para verificar se existem feridas. Use sapatos que cubram todo o pé, mesmo quando está em casa. Caso se desequilibre, evite cair, usando apoios na casa de banho, canadiana ou muletas. Acenda a luz sempre que se levanta de noite;
18. Proteja-se de queimaduras quando lava as mãos/toma banho. Use luvas quando mexe em panelas quentes. Verifique a temperatura do banho com termómetro.
19. Se obstipação é um problema, ouça as recomendações do seu médico acerca do uso de laxantes ou exercício. Beba muita água e coma frutas, vegetais e uvas;
20. Fale com o seu médico ou enfermeiro acerca dos problemas que esteja a ter na vida diária. Eles podem sugerir formas de se sentir ou funcionar melhor;

5.8. Certificado do programa de formação intensivo - Meaning Centered Psychotherapy Training Program no Memorial Sloan Kettering Cancer Center - Department of Psychiatry and Behavioral Science



Meaning-Centered Psychotherapy
Training Certificate

The Department of Psychiatry & Behavioral Sciences of
Memorial Sloan Kettering Cancer Center recognizes

Guida da Ponte, M.D.

for completing all requirements of the
Meaning-Centered Psychotherapy Training Program for Cancer Care Providers
on September 15th & 16th, 2016

William Breitbart, MD

5.9.Manual da Psicoterapia de grupo Centrada no Significado versão 4 sessões

GUIA CANCRO

MCGP

4 sessões

Sessão 1 – Momentos com Significado, Identidade e cancro

Momentos com Significado:

- O terapeuta explica a definição de significado da Psicoterapia Centrada no Significado:

Ter significado na vida refere-se a momentos em que você se sente "mais" vivo, conectado com a sua existência. As coisas do passado, sejam trágicas ou prazerosas, maravilhosas ou aterradoras, quando você olha para trás, são profundas e determinaram a sua vida.

- O paciente partilha momentos com significado da sua vida;

Prosseguir para o Exercício 1.1.:

Exercício Prático 1.1. – Momentos com Significado

Momentos com Significado

Faça uma lista com uma ou duas experiências ou momentos nos quais a vida teve particular significado para si – quer lhe pareça importante ou mundano.

Por exemplo, pode ser qualquer coisa que o tenha ajudado a ultrapassar um dia difícil, ou uma altura em que você se tenha sentido mais vivo. E comente alguma coisa sobre essas situações.

Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro

- Discutir as principais características e papéis do paciente antes e depois do diagnóstico de cancro;

Temas:

- Apesar do cancro, as características do indivíduo permanecem: o paciente não deixa de ser quem é;
- Resultados positivos da experiência de cancro, como por exemplo valorizar as coisas que realmente interessam e desvalorizar pequenas coisas;

Prosseguir para o Exercício 1.2.:

Exercício Prático 1.2. – Identidade e cancro

Identidade e quem sou eu antes do diagnóstico de cancro:

Pense no tempo imediatamente antes do seu diagnóstico de cancro. Escreva quatro respostas à questão: "Quem sou eu?".

(As respostas podem ser positivas ou negativas e podem incluir características da personalidade, da imagem corporal, crenças, coisas ainda por fazer, pessoas que conhece, e assim por diante. Por exemplo, as respostas podem começar com: "Eu sou alguém que _____" ou "Eu sou _____")

Identidade e quem sou eu após o diagnóstico de cancro:

Agora que você teve uma oportunidade para responder à primeira questão, disponha de um momento para pensar na forma como o diagnóstico de cancro afetou as suas respostas.

As suas respostas são as mesmas?
Como é que o cancro afetou as coisas que mais significado têm para si?

Sessão 2 – Fontes Históricas do Significado

A história da vida e o legado do paciente:

O legado que nos foi dado: memórias (com significado), relações, tradições (etc) da nossa vida e da nossa educação que maior impacto tiveram.

A vida como um legado que vivemos: atividades, papéis e objetivos cumpridos (com significado) dos quais o paciente está mais orgulhoso hoje.

A vida como um legado que daremos: lições de vida que o paciente aprendeu e que queira transmitir.

Temas:

- Transcender o legado passado de dificuldades ou perdas, reescrevendo a nossa história;
- Abraçar valores ou virtudes que conectam o passado, o presente e o futuro;

Prosseguir para o Exercício 2.1.:

Exercício Prático 2.1. - Fontes Históricas do Significado, ou seja, Atingir o significado através da nossa História

A vida como um legado que nos foi dado, ou seja, a vida como algo que nos foi transmitido

Quando você olha para o seu passado, educação e história de família, quais são as memórias mais significado, relações, valores, tradições (etc) que tiveram mais impacto na pessoa que você é hoje?

Por exemplo: identifique memórias específicas de como você foi educado e que o marcaram (por exemplo, a sua relação com os avós, pais, irmãos, amigos, professores, etc.).

Às vezes a origem do seu nome tem significado no legado passado pela família. Qual a origem do seu nome?

O legado que você vive e que dará, ou seja o legado que transmitimos e que transmitiremos

À medida que você reflete sobre a pessoa que é hoje, quais são as atividades, papéis ou objetivos atingidos (com significado) dos quais tem mais orgulho?

À medida que olha para o seu futuro, quais foram as lições de vida e valores que aprendeu ao longo do seu caminho e que gostaria de passar para os outros?

Qual é o legado que espera viver e dar?

Sessão 3 – Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado

Fontes de Atitude do Significado:

Importância de como cada um responde às limitações e desafios da vida, através da escolha da sua atitude.

- Perdas e desafios no passado e desde o diagnóstico;
- Como é que o paciente se adaptou no passado e como se está a adaptar agora?;

Temas:

- O paciente identifica as escolhas conscientes que fez durante a vida e é-lhe dado crédito por estas escolhas (isto é, os pacientes pensavam que "antes simplesmente conseguiram ultrapassar as dificuldades" e agora identificam as escolhas que fizeram para conseguir continuar em diante);
- É dada ênfase à resiliência do paciente;
- A escolha do paciente em lutar contra a doença (por exemplo: procurar o melhor tratamento e segundas opiniões);

Prosseguir para o Exercício 3.1:

Exercício Prático 3.1. - Fontes de atitude do significado, ou seja, Atingir o significado através da nossa Atitude perante a vida

Encontrar as limitações da vida: Passado e Futuro

Quais são algumas das limitações da vida, perdas ou obstáculos com que se defrontou no passado, e qual foi a sua atitude/como lidou com elas na altura?

Desde o seu diagnóstico, quais foram as limitações específicas ou perdas que enfrentou, e como é que está a responder/a adaptar-se a elas agora?

Ainda consegue encontrar significado na sua vida diária apesar da consciencialização das limitações e restrições da vida? Se sim, por favor descreva, de forma breve. (Por exemplo, quais são as suas características pessoais, as memórias partilhadas ou momentos da vida com significado que causaram uma impressão duradoura nas pessoas que o amam?)

Fontes Criativas de Significado:

Discutir o apelo para criar uma vida com significado e vivê-la no seu potencial máximo e a responsabilidade que cada um tem sobre a sua vida:

- Os papéis e atividades com significado que cada indivíduo desempenha;
- Demonstrações de coragem, de decidir sobre a própria vida ou estabelecer compromissos com significado;
- Assuntos inacabados (isto é, o que está por fazer e porquê);

Prosseguir para o Exercício 3.2.:

Exercício Prático 3.2. - Fontes criativas do significado, ou seja, Atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir

A essência da criatividade e da responsabilidade

Viver a vida e ser criativo requer coragem e compromisso. Lembra-se de alguma(s) alturas da sua vida em que tenha sido corajoso, em que tomou a liderança da sua vida, ou em que tenha assumido um compromisso (com significado) com valor para si?

Sente que deu a conhecer as coisas com mais significado para si, através do seu trabalho ou das suas atividades criativas (por exemplo, emprego, ser pai, hobbies, voluntariado)?. Se sim, como?

Quais são as suas responsabilidades? É responsável por quem?

Tem assuntos pendentes? Quais são as coisas que sempre quis fazer mas que ainda não conseguiu? O que é que está a impedi-lo?

Fontes Experienciais do Significado:

Conexão com a vida através de experiências (com significado) de amor, beleza e humor.

Temas:

- Experiências de amor provenientes dos amigos e família;
- A beleza da natureza e de locais por onde viajou;
- O humor como forma de adaptação à doença;

Prosseguir para o Exercício da Sessão 3.3:

Exercício Prático 3.3. - Fontes experienciais do Significado, ou seja, Atingir o significado através das nossas experiências de vida

Escreva três formas pelas quais você está "conectado com a vida" e sente-se mais vivo através das fontes experienciais do:

- *Amor*
  1. .
  2. .
  3. .
- *Beleza*
  1. .
  2. .
  3. .
- *Humor*
  1. .
  2. .
  3. .

Partilhe o seu legado:

Introduzir o tema para trazer na sessão seguinte:

Prosseguir para o Exercício 3.4. (trabalho de casa)

Exercício prático 3.4. - Partilhe o seu legado, ou seja, partilhe a sua vida e os seus projetos: Conte a sua história

Queremos relembrar-lhe o tema "A vida como um legado, ou seja, a vida como algo que transmitimos", através da criação do seu próprio Projeto de Vida. Este é um projeto que integra algumas das ideias que nós já discutimos (por exemplo, significado, identidade, criatividade, responsabilidade), e que procura gerar um sentido de significado face à sua vida e à sua doença.

Alguns exemplos podem ser: criar um álbum de fotografias ou vídeos, criar uma compilação de músicas com significado, reatar uma relação, fazer coisas que sempre quis fazer mas que ainda não fez…este legado depende de si!

Sessão 4 – Transições

Discussão do "Partilhe o seu legado" (levado como trabalho de casa)

Prosseguir para o Exercício 3.4.:

Exercício prático 3.4. - Partilhe o seu legado, ou seja, partilhe a sua vida e os seus projetos: Conte a sua história

Queremos relembrar-lhe o tema "A vida como um legado, ou seja, a vida como algo que transmitimos", através da criação do seu próprio Projeto de Vida.

Este é um projeto que integra algumas das ideias que nós já discutimos (por exemplo, significado, identidade, criatividade, responsabilidade), e que procura gerar um sentido de significado face à sua vida e à sua doença. Alguns exemplos podem ser: criar um álbum de fotografias ou vídeos, criar uma compilação de músicas com significado, reatar uma relação, fazer coisas que sempre quis fazer mas que ainda não fez…este legado depende de si!

Discussão das experiências do paciente durante a Psicoterapia Centrada no Significado e esperanças para o futuro

Temas:

- Aumente o significado na vida do paciente (particularmente os momentos com significado diários que antes eram tomados como garantidos);
- Agradeça e manifeste tristeza pelo fim do trabalho em conjunto.

Prosseguir para o Exercício 4.1.:

Exercício Prático 4.1. - Experiência de grupo: reflexão e feedback

Como é que foi para si passar por esta experiência de aprendizagem ao longo destas quatro sessões?

Mudou alguma coisa na forma como você vê a vida e a doença, desde que passou por este processo?

Sente que tem um melhor entendimento das fontes de significado da vida e que é capaz de usá-las no seu dia-a-dia? Se sim, como?

Quais são as suas esperanças para o futuro?

Preparação das sessões
MCGP

Sessão 1

Momentos com significado; Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro

1. **Apresentações:**
   a. **Minha apresentação:**

Boa tarde

O meu nome é Guida da Ponte e sou psiquiatra de doentes oncológicos.

Por mais que estranhem um psiquiatra envolvido em terapia de grupo, fiquem a saber que esta e a maioria das psicoterapias, técnicas praticadas genericamente por psicológicos, foram desenvolvidas por psiquiatras.

Esta terapia de grupo em específico que vamos fazer chama-se PCS e eu tive a oportunidade em fazer formação nos estados unidos.

   b. **Apresentação da psicoterapia:**

A PCS é uma forma de tratamento psicológico para ajudar doentes que enfrentam uma doença crónica, como é o cancro.

O objetivo é ajudar as pessoas a adaptar-se melhor durante momentos difíceis da vida e a aprender novas formas de enfrentar e superar os desafios colocados pela doença.

Não pretende focar-se apenas na doença nem na partilha de aspetos íntimos da vida.

Pretende diminuir sentimentos de tristeza e ansiedade ao identificar aqueles momentos em que nos sentimos "mais vivos" e que nos fazem lembrar o significado da nossa vida.

A PCS consiste em 4 sessões, que decorrem às sextas feiras, com a duração de cerca de 1,5 horas.

Cada sessão tem determinado objetivo e são usados exercícios práticos e a discussão entre os elementos do grupo.

   c. **Apresentação dos pacientes**

2. **Explicação da sessão:**

A sessão de hoje tem dois objetivos: identificar momentos da vida com significado e discutir as características da pessoa antes e depois de um acontecimento de vida como é o cancro.

3. **Momentos com significado:**

Em primeiro ligar temos de esclarecer a palavra significado. O significado refere-se aos momentos em que nos sentimos mais vivos, mais conectados com a nossa existência. O significado é algo concreto, como por exemplo ter atitudes positivas perante momentos negativos da voda, fazer voluntariado, alcançar objetivos pessoais.

   a. **Ir para exercício 1.1.: Momentos com significado:** Listar uma ou duas experiências ou momentos com significado, ié, coisas que o tenha ajudado a ultrapassar um dia mais difícil ou uma altura em que se tenha sentido mais vivo e comente.

O objetivo é chamar a atenção para que nós mantemos sempre a capacidade para experienciar momentos com significado, independentemente das alturas da vida que vivemos, boas ou más.

4. **Identidade antes e depois de um acontecimento de vida como é o cancro.**
   a. **Ir para o exercício 1.2. Identidade e cancro,** que tem duas partes: **identidade e quem sou e antes do diagnostico de cancro e identidade e quem sou eu depois do depois do diagnóstico de cancro**
      i. Na primeira parte, **identidade e quem sou eu antes do diagnóstico de cancro**, pense no tempo antes do diagnóstico e escreva 4 respostas à questão "quem sou eu?" (que podem ser positivas ou negativas e incluir desde características da personalidade, pessoas que conhece, imagem corporal, crenças…).
      ii. Na segunda parte, **identidade e quem sou eu após o diagnóstico de cancro**, pense como é que o cancro afetou as suas respostas na questão atrás. As respostas são as mesmas? Como é que o cancro afetou as coisas que mais são importantes para si?

O objetivo é chamar a atenção para que o doente não deixa de ser quem é porque as suas características permanecem, e que o cancro trouxe resultados positivos, como por exemplo valorizar as coisas que realmente interessam e desvalorizar pequenas coisas.

5. **Apresentação da sessão seguinte: Fontes Históricas do significado, ié, como atingir o significado através da nossa história de vida**

Sessão 2

Fontes históricas do significado,

ou seja, atingir o significado através da nossa história

1. **Processamento da sessão 1 – Momentos com Significado; Identidade e Cancro**

Pensaram na sessão 1?

Passaram a valorizar mais os pequenos momentos? Os momentos com significado?

Valorizam mais as pessoas que são? Desvalorizam mais as coisas que não interessam?

2. **Explicação da sessão:**

A sessão de hoje tem a ver com a nossa história de vida e com o nosso legado.

A palavra legado é complexa, mas de uma forma simples significa aquilo que nos foi transmitido e aquilo que transmitimos aos outros como pessoas; ou seja, a nossa marca no mundo.

O legado pode ser de 3 tipos: passado, ou seja aquele que nos foi transmitido pelos outros, geralmente os pais ou avós; presente, ou seja aquele que estamos a viver; e futuro, ou seja aquele que deixaremos aos outros, geralmente aos filhos.

Exemplos do que nos foi transmitido pelos outros (pais e avós) são as memórias da nossa infância ou a educação. Estas coisas poderem ser boas ou más. Se foram boas, temos memórias com significado; se foram más conseguimos ultrapassá-las porque estamos aqui hoje, e passaram a ser estes os momentos com significado.

O legado que vivemos são os papéis que temos na nossa vida, como por exemplo ser mãe, esposa, ou ter a profissão x, ou ter cumprido dado objetivo. São aquelas coisas de que nos orgulhamos.

O legado que daremos são as lições de vida, os ensinamentos que queremos deixar aos outros, como acontece quando temos filhos e queremos transmitir algo que aprendemos à nossa custa.

Quando analisamos aquilo que nos foi o legado passado, o legado presente e o futuro, estamos a analisar o percurso da nossa vida. Ao fazermos isto, analisamos os nossos valores e sentimo-nos orgulhosos por isso.

Basicamente trata-se de fazer uma análise de vida. Eu sou uma pessoa que passei por isto, consegui aquilo e vou deixar dada marca na vida.

3. **Ir para exercício 2.1 – Fontes históricas do significado:**
   a. A primeira parte consiste no **legado que nos foi dado**, ou seja o legado como algo que nos foi transmitido.
      i. Quais são as memórias, relações, valores e tradições que mais tiveram impacto em quem você é hoje?

ii. Exemplo: memórias de como foi educado; relacionamento com familiares; origem do nome;

b. A segunda parte consiste no **legado que vivemos e que daremos:**

i. À medida que reflete em quem é hoje, quais são as coisas nas quais tem mais orgulho? Atividades, papeis, objetivos cumpridos?

ii. À medida que olha para o futuro o que é que espera transmitir? O que é que espera deixar? Que lições de vida espera deixar?

4. **Apresentação da sessão 3 – Fontes de Atitude, Criativas e Experienciais do Significado.**

Sessão 3

Fontes de atitude, criativas e experienciais de significado,

ou seja, como atingir o significado através da nossa a atitude perante a vida, como atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir a vida e como atingir o significado através das nossas experiências de vida

1. **Processamento da sessão 2 – Fontes históricas de significado, ou seja, como atingir o significado através da nossa história**

Pensaram na sessão passada?

Pensaram na forma como a vossa história de vida vos influenciou e deixa orgulhos?

2. **A sessão de hoje divide-se em 3 partes, ou 3 fontes de significado:**

As fontes de atitude, ou seja, aquelas que permitem atingir o significado da vida através da nossa a atitude perante a vida.

As fontes criativas de significado, ou seja, aquelas que permitem atingir o significado através da nossa capacidade de criar e construir a vida.

As fontes experienciais de significado, ou seja, as que permitem atingir o significado através das nossas experiências de vida.

3. **Vamos começar pelas fontes de atitude do significado.**

Cada um responde às limitações ou desafios da vida com determinada atitude.

Nós sempre lidamos com perdas, seja no passado ou desde o diagnóstico de cancro.

Cada vez que ultrapassamos uma dificuldade, tomamos a rédea da nossa vida, ganhamos controlo sobre ela, somos responsáveis por ela.

Nós não ultrapassamos as dificuldades simplesmente porque sim. Nós ultrapassamos porque escolhemos ultrapassar. Nós temos sempre a escolha entre ultrapassar e desistir. E num momento difícil tivemos coragem e continuamos em frente. A isto se chama resiliência.

É da nossa escolha, por exemplo, continuar a lutar contra a doença, procurar novos tratamentos ou procurar segundas opiniões.

4. **Ir para exercício 3.1. – Fontes de atitude so significado**

a. O exercício começa por pedir exemplos de limitações, perdas ou obstáculos com os quais já nos defrontamos no **passado** e como lidamos com elas na altura?

b. Depois passa para a fase **desde o diagnóstico de cancro**: quais foram as limitações específicas que encontraram e como é que estão a responder agora?

c. A terceira pergunta ter a ver com: **se ainda consegue encontrar significado na vida apesar de ter consciência das limitações que tem na vida**. E se consegue encontrar, de que forma é que encontra?

5. **Vamos passar para as fontes criativas de significado.**

Cada um de nós desempenha um papel (pai, mãe, vizinho, amigo) ou uma atividade (emprego) e este papel/atividade é única e tem significado: o nosso significado.

Ao desempenhar estes papéis únicos vamos criando e construindo a nossa vida, única e que é nossa.

Para viver a vida é preciso ter coragem para viver, para seguir em frente apesar das dificuldades, para decidir, para estabelecer compromissos, para tomar a liderança da vida. Cada um de nós tem responsabilidades sobre a vida, sobre si e sobre os outros.

Outro aspeto da vida é que temos (ou devemos) viver a vida no seu potencial máximo, ou seja, temos de viver a vida na sua plenitude, no seu máximo, não deixando nada por fazer.

No entanto, na maior parte das vezes, deixamos tarefas inacabadas, o que leva a culpa, a sintomas depressivos. Temos de perceber o que está por fazer e porquê.

6. **Passar para exercício 3.2. – Fontes criativas de significado, ou seja, atingir o significado através da nossa capacidade para criar e construir**

a. No primeiro exercício são pedidos exemplos em que tenha sido **corajoso,** em que tenha tomado a liderança da sua vida ou tenha assumido um compromisso com significado?

b. Depois é perguntado **se deu a conhecer** as coisas com mais significado para si através do trabalho ou de outra atividade criativa (emprego, ser pai, hobbie, voluntariado) – como?

c. Quais são as suas **responsabilidades**? É responsável por quem?

d. **Tem assuntos pendentes**? Quais são as coisas que sempre quis fazer mas que ainda não conseguiu? O que está a impedi-lo?

7. **Por fim: fontes experienciais do significado.**

Nós podemos obter experiências com significado através da conexão com a vida através de experiências do amor, provenientes de amigos e família, da beleza, como é o caso da natureza e locais onde viajou, e do humor, como forma de adaptação à doença.

8. **Ir para exercício 3.3. – Fontes experienciais de significado, ou seja, atingir o significado através das nossas experiências de vida**

a. Escreva 3 formas pelas quais está conectado com a vida e se sente mais vivo através do amor, da beleza e do humor

9. **Terminar com "Partilhe o seu legado" – entregar o Exercício 3.4. – "Partilhe o seu legado":**

Para terminar, relembro as fontes históricas do significado, ou seja, a vida como um legado.

Este exercício tem como objetivo partilhar a sua vida e os seus projetos no chamado projeto de vida.

A ideia é construir algo que seja seu e que gere um sentido de significado face e a si e à doença.

Depois destas sessões, pense em algo que tenha significado para si e que deixe uma marca, como por exemplo fazer um álbum de fotografias ou uma compilação de músicas ou vídeos, ou então fazer algo que queria fazer há muito tempo mas ainda não o fez, como por exemplo reatar uma relação ou viajar.

10. **Introduzir a sessão 4 – transições**

Será discutido o exercício 3.4. – "Partilhe o seu legado".

Serão discutidas as experiencias durante a psicoterapia.

Sessão 4

Transições

1. **Processamento da Sessão 3 – Fontes de atitude, criativas e experienciais de significado (como atingir o significado através da nossa a atitude perante a vida/através da nossa capacidade de criar e construir a vida/através das nossas experiências de vida)**

Pensaram na sessão passada?

Pensaram na forma como a atitude que tomam perante a vida vos deixa orgulhosos?

Ou nas alturas em que tenham sido corajosos e que tenham tomado a liderança da vossa vida?

Ou como a vossa conexão com a vida, através do amor, beleza ou humor vos preenche?

2. **Discutir trabalho de casa - Exercício prático 3.4. - Partilhe o seu legado, ou seja, partilhe a sua vida e os seus projetos: Conte a sua história**

A ideia é criar um projeto de vida para lembrar do tema "A vida como um legado, ou seja, a vida como algo que transmitimos".

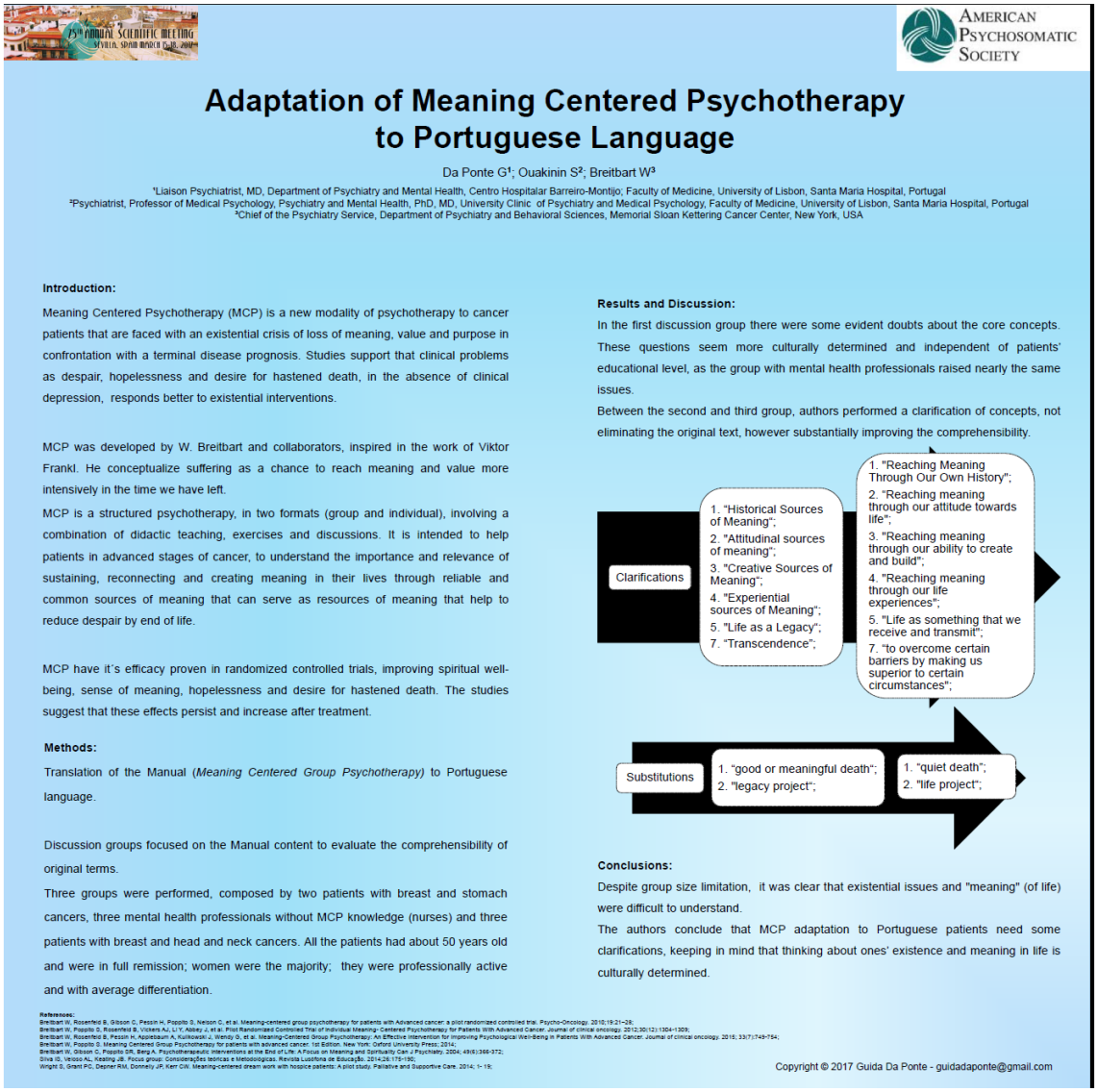
Isto integra algumas das ideias que nós já discutimos (por exemplo, significado, identidade, criatividade, responsabilidade) e que procura gerar um sentido de significado face à vida e à doença.

Alguns exemplos podem ser: criar um álbum de fotografias, vídeos, músicas, reatar uma relação, fazer coisas que sempre quis fazer, mas que ainda não fez.

3. **Discutir as experiências do doente durante a PCS e as suas esperanças para o futuro - Exercício Prático 4.1. - Experiência de grupo: reflexão e feedback:**
    a. Como é que **foi passar por esta experiência** de aprendizagem ao longo destas sessões?
    b. Quais foram as **mudanças na forma como vê a vida e a experiência de cancro** desde que passou por este processo?
    c. Sente que tem um **melhor entendimento das fontes de significado** da vida e que **é capaz de usá-las no seu dia-a-dia**? Se sim, como?
    d. Quais são as suas **esperanças para o futuro**?
4. **Agradeça a disponibilidade e dê feedback ao grupo.**

5.10. . Resultados

Figura E – Adaptation of Meaning Centered Psychotherapy to Portuguese Language; Guida da Ponte, Sílvia Ouakinin, William Breitbart; 75th Scientific Meeting of American Psychosomatic Society; 15 – 18 March, 2017; Sevilha, Espanha



Adaptation of Meaning Centered Psychotherapy to Portuguese Language

Da Ponte G[1]; Ouakinin S[2]; Breitbart W[3]

[1]Liaison Psychiatrist, MD, Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo; Faculty of Medicine, University of Lisbon, Santa Maria Hospital, Portugal
[2]Psychiatrist, Professor of Medical Psychology, Psychiatry and Mental Health, PhD, MD, University Clinic of Psychiatry and Medical Psychology, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Santa Maria Hospital, Portugal
[3]Chief of the Psychiatry Service, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA

Introduction:

Meaning Centered Psychotherapy (MCP) is a new modality of psychotherapy to cancer patients that are faced with an existential crisis of loss of meaning, value and purpose in confrontation with a terminal disease prognosis. Studies support that clinical problems as despair, hopelessness and desire for hastened death, in the absence of clinical depression, responds better to existential interventions.

MCP was developed by W. Breitbart and collaborators, inspired in the work of Viktor Frankl. He conceptualize suffering as a chance to reach meaning and value more intensively in the time we have left.

MCP is a structured psychotherapy, in two formats (group and individual), involving a combination of didactic teaching, exercises and discussions. It is intended to help patients in advanced stages of cancer, to understand the importance and relevance of sustaining, reconnecting and creating meaning in their lives through reliable and common sources of meaning that can serve as resources of meaning that help to reduce despair by end of life.

MCP have it´s efficacy proven in randomized controlled trials, improving spiritual well-being, sense of meaning, hopelessness and desire for hastened death. The studies suggest that these effects persist and increase after treatment.

Methods:

Translation of the Manual (*Meaning Centered Group Psychotherapy)* to Portuguese language.

Discussion groups focused on the Manual content to evaluate the comprehensibility of original terms.

Three groups were performed, composed by two patients with breast and stomach cancers, three mental health professionals without MCP knowledge (nurses) and three patients with breast and head and neck cancers. All the patients had about 50 years old and were in full remission; women were the majority; they were professionally active and with average differentiation.

Results and Discussion:

In the first discussion group there were some evident doubts about the core concepts. These questions seem more culturally determined and independent of patients' educational level, as the group with mental health professionals raised nearly the same issues.

Between the second and third group, authors performed a clarification of concepts, not eliminating the original text, however substantially improving the comprehensibility.

Conclusions:

Despite group size limitation, it was clear that existential issues and "meaning" (of life) were difficult to understand.

The authors conclude that MCP adaptation to Portuguese patients need some clarifications, keeping in mind that thinking about ones' existence and meaning in life is culturally determined.

References:
Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with Advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psycho-Oncology. 2010;19:21–28;
Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot Randomized Controlled Trial of Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients With Advanced Cancer. Journal of clinical oncology. 2012;30(12):1304-1309;
Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Wendy G, et al. Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. Journal of clinical oncology. 2015; 33(7):749-754;
Breitbart W, Poppito S. Meaning Centered Group Psychotherapy for patients with advanced cancer. 1st Edition. New York: Oxford University Press; 2014;
Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality Can J Psychiatry. 2004; 49(6):366-372;
Silva IG, Vasco AL, Keating JB. Focus group: Considerações teóricas e Metodológicas. Revista Lusófona de Educação. 2014;26:179-190;
Wright S, Grant PC, Depner RM, Donnely JP, Kerr CW. Meaning-centered dream work with hospice patients: A pilot study. Palliative and Supportive Care. 2014; 1-19;

Copyright © 2017 Guida Da Ponte - guidadaponte@gmail.com

Figura F – Resultados do ensaio preliminar levado a cabo com a versão 4 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (apresentação em forma de comunicação livre no 1º Congresso Internacional de Psico-Oncologia, 21 e 22 Setembro de 2018, Lisboa, Portugal).



No conflict of interest

MEANING CENTERED PSYCHOTHERAPY (MCP)

- It´s a new therapeutic modality for advanced cancer patients faced with an existential crisis of loss of meaning in life in confrontation with a terminal disease;

- It was developed by W. Breitbart and collaborators, inspired in the work of Viktor Frankl (*"suffering as an opportunity to reach meaning and value more intensively in the time we have left");*

- **Goal:** To help advanced cancer patients to understand the importance and relevance of *meaning* in their lives, to reduce despair by end of life;

MEANING CENTERED PSYCHOTHERAPY (MCP)

- It´s an structured, weekly psychotherapy → didactic teaching, exercises, and discussions;

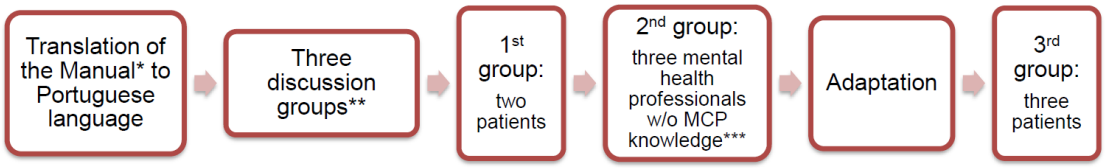
- It has proven efficacy in improving spiritual well-being, sense of meaning, hopelessness and desire for hastened death, and it´s suggested that these effects persist and increase after treatment;

MEANING CENTERED GROUP PSYCHOTHERAPY (MGCP)

Sessions	Themes	Content and experiential exercices
1	Concepts and Sources of Meaning	Introduction: Moments with meaning;
2	Cancer and Meaning	Identity before and after cancer: *who am I? How cancer affected your answers?;*
3 and 4	Historical Sources of Meaning	Life as a legacy: that was given *(memories, relations, traditions… with meaning)*, that we live *(roles and activities with meaning)* and give;
5	Attitudinal Sources of Meaning	To confront cancer limitations; legacy project; death with meaning;
6	Creative Sources of Meaning	Creativity, courage and responsability: *what are your responsabilites? Are you responsable for what and whom?*
7	Experiential Sources of Meaning	Love, beauty and humor: *connecting with life*
8	Transitions: reflections and hopes for the future	Reflection of group lessions: *who you understand better the sources of meaning? Can you use them in daily life?*

Da Ponte, G., Ouakinin, S., Breitbart, W. (2017, March). Adaptation of meaning centered psychotherapy to portuguese language. Poster session presented at the 75th Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society, Seville, Spain. Publication Manual of the American Psychosomatic Society, p. A27

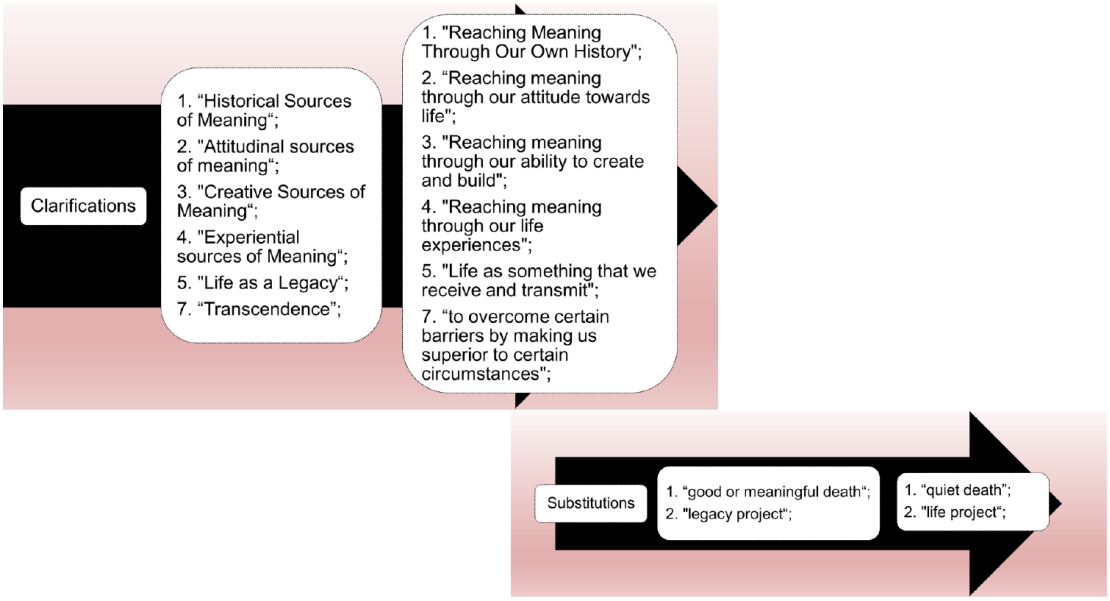
ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – METHODOLOGY



* **Meaning Centered Group Psychotherapy – MCGP**; ** to evaluate the comprehensibility of original terms; *** nurses; 1st group: breast and stomach cancers; 3rd group: breast and head and neck cancers;
All the patients had about 50 years old and were in full remission; the majority were women and all were professionally active and with average differentiation

Da Ponte, G., Ouakinin, S., Breitbart, W. (2017, March). Adaptation of meaning centered psychotherapy to portuguese language. Poster session presented at the 75th Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society, Seville, Spain. Publication Manual of the American Psychosomatic Society, p. A27

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – RESULTS



Da Ponte, G., Ouakinin, S., Breitbart, W. (2017, March). Adaptation of meaning centered psychotherapy to portuguese language. Poster session presented at the 75th Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society, Seville, Spain. Publication Manual of the American Psychosomatic Society, p. A27

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

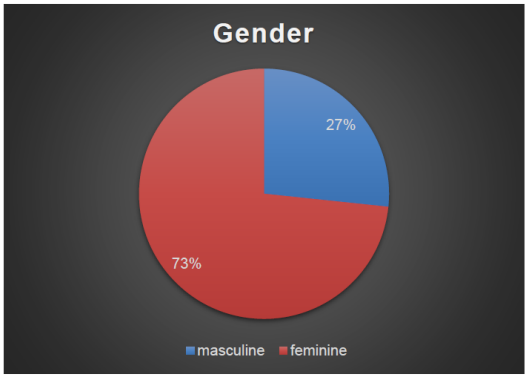
- Pilot study (MCGP – 8 sessions) → *drop-outs* that jeopardize the viability of psychotherapy → MCGP adaptation to 4 sessions*;

Sessions	Themes	Content and experiential exercices
1	Moments with meaning; Cancer and Meaning	Introduction; Identity before and after cancer: *who am I? How cancer affected your answers?;*
2	Historical Sources of Meaning	Life as a legacy: that was given *(memories, relations, traditions… with meaning)*, that we live *(roles and activities with meaning)* and give;
3	Attitudinal, Creative and Experiential Sources of Meaning	To confront cancer limitations; Creativity, courage and responsability: *what are your responsabilites? Are you responsable for what and whom?* Love, beauty and humor: *connecting with life;* *Life legacy*
4	Transitions: reflections and hopes for the future	*Life legay* Reflection of group lessions: *who you understand better the sources of meaning? Can you use them in daily life?*

*considering: MCP posterior adaptations, discussion with the author;

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

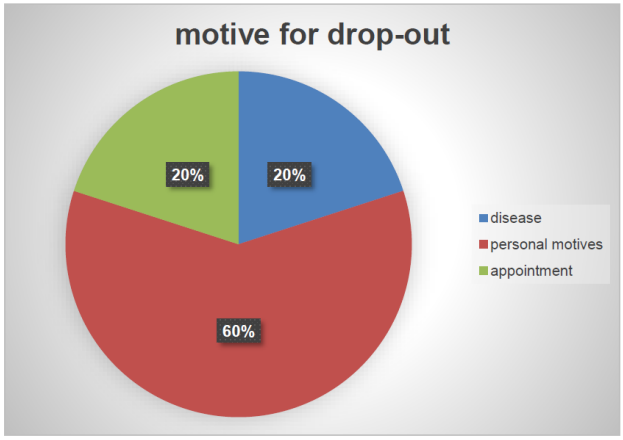
- 3 groups of MCGP – 4 sessions version:
  - ≈ 5 patients/group;
  - Total: 15 patients (mean age: 65,29 years);



I CONGRESSO
INTERNACIONAL DE PSICO-ONCOLOGIA
LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

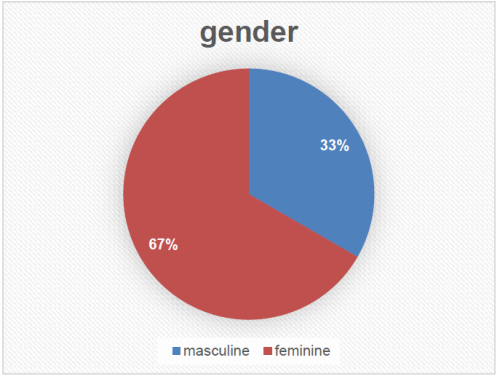
Drop-outs	
Total	15
Drop-outs (n)	5 (1/3)
disease	1
personal motives	3
appointment	1



ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

Socio-demographic characterization	
age (mean)	61,67
gender (n)	
masculine	3
feminine	6
academic degree (n,%)	
primary school	2 (22)
high school	6 (67)
graduation	1 (11)
marital state (n,%)	
married	6 (67)
divorced	2 (22)
n/a	1 (11)
total	**9**

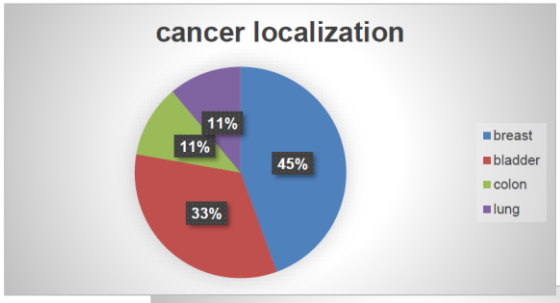
missed sessions	**3**
motive	
appointment	2
disease	1

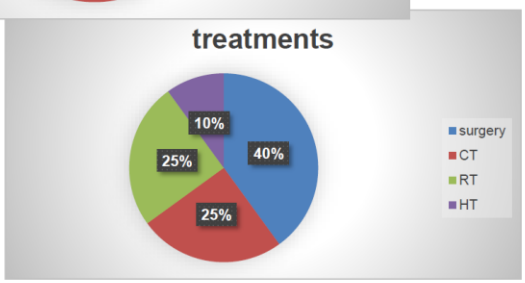


I CONGRESSO
INTERNACIONAL DE PSICO-ONCOLOGIA
LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

Cancer and treatments	
cancer (n)	
breast	4
bladder	3
colon	1
lung	1
cancer stage (n;%)	
located	7 (50)
advanced	7 (50)
cancer diagnosis (year)	
max	2017
min	1989
treatments (n)	
surgery	8
CT	5
RT	5
HT	2
in the current moment under CT? (n,%)	
yes	1 (11)
no	8 (89)

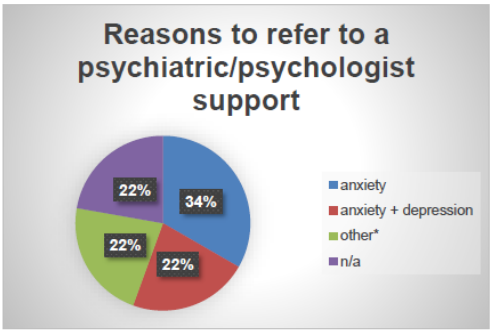




CT: chemotherapy; RT: radiotherapy; HT: hormonetherapy

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

Psychiatric characterization	
did the patient have seen a psychiatrist in the past? (n,%)	
yes	6 (67)
no	3 (33)
is the patient currently being followed by a psychiatrist/psycologist? (n,%)	
yes	7 (78)
no	2 (22)
if you aren´t being followed by a psychiatrist/psychologist, do you think it would be beneficial at this time? (n,%)	
yes	2 (22)
no	0
n/a	7 (78)
reasons to psychiatric/psychologist support (n)	
anxiety	3
anxiety + depression	2
other*	2
n/a	2



*physical disease, comprehension

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

Scales		
	T1	T2
	karnofsky index	
mean	85,56	86,67
max	100	60
min	60	70
	distress thermometer	
mean	4,56	3,75
max	8	9
min	0	0
	Mc Gill QoL	
	total	
mean	6,18	6,99
max	7,86	9,13
min	5,28	5,3
	QoL in general	
mean	6,89	8,56
	Physical domain	
mean	4,58	7,01
	Phychosocial domain	
mean	5,09	2,81
	Existential domain	
mean	6,87	7,91
max	9,5	10
min	4,67	5,67
	Support domain	
mean	7,39	8,5

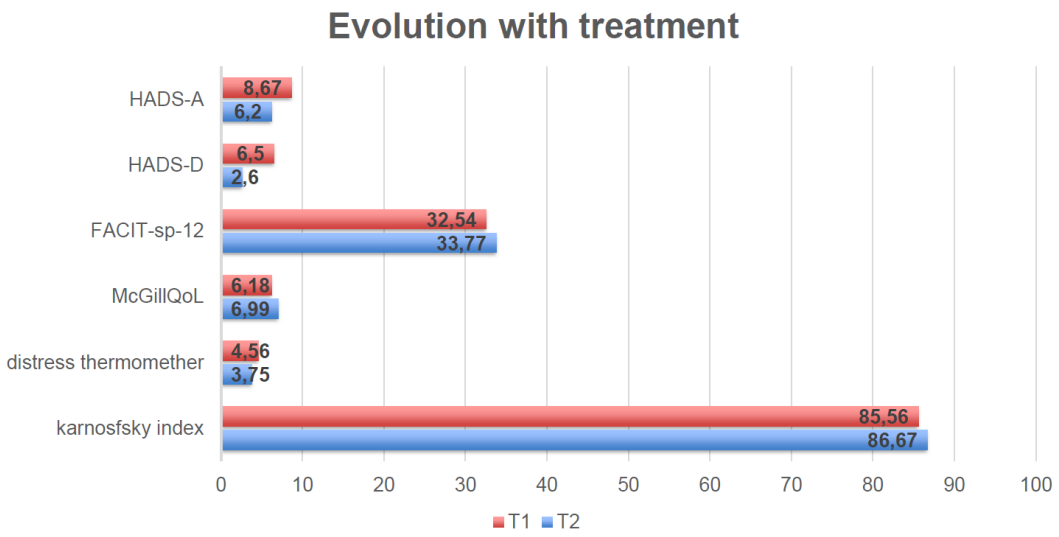
Scales		
	T1	T2
	FACIT-sp-12	
	Total	
mean	32,54	33,77
max	46,86	42,43
min	21	22,71
	Meaning/peace subscale	
mean	21,38	22,61
max	30,86	27,43
min	14	13,71
	Faith subscale	
mean	11,22	11,25
	HADS	
	Depression subscale	
mean	6,5	2,6
	Anxiety subscale	
mean	8,67	6,2

Outcome:
MCGP is an effective treatment to increase spiritual well-being, depression and quality of life (QoL) in advanced cancer;

Endpoints: T1: before, T2: after treatment;

Instruments:
Karnofsky índex, Distress thermomether, McGill Quality of Life, Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well –Being, Hospital Anxiety and Depression Scale ;

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS



I CONGRESSO
INTERNACIONAL DE PSICO-ONCOLOGIA
LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO

ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – *PRELIMINARY* RESULTS

- Limitations:
  - Small *n*;
  - It was not included T3 evaluation (2 months after treatment): insuficiente data in this point;
  - It was not included data from *drop-outs*: analyse?

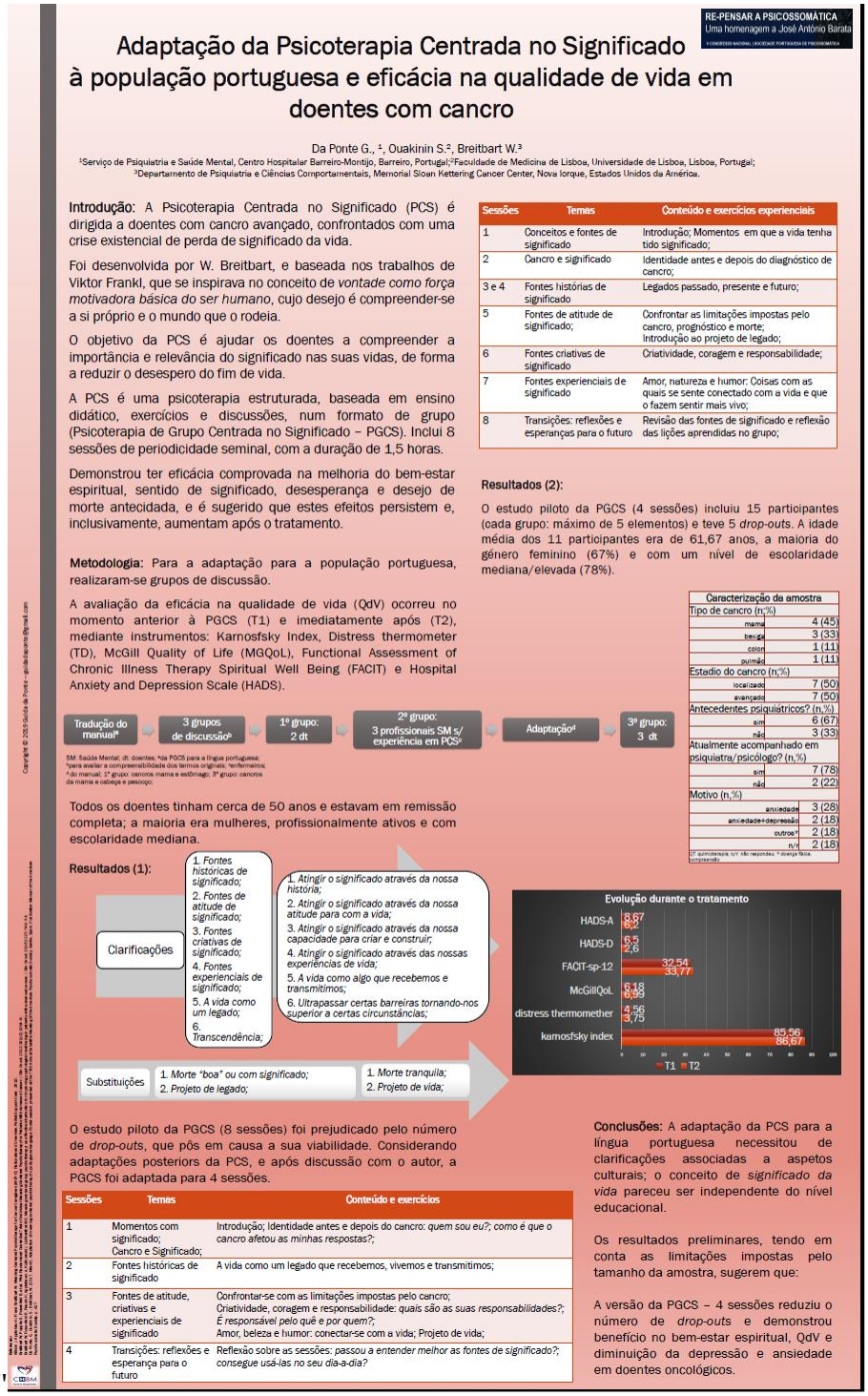
ADAPTATION OF MCP TO PORTUGUESE POPULATION – CONCLUSIONS

- In terms of language: MCP adaptation to Portuguese population needed clarifications adjustable to the culture itself, since the understanding of meaning of life seems to be independent of the educational level;
- In terms of MCGP 4 sessions version:
  - Less *drop-outs;*
  - Benefit in increasing spiritual well-being, QoL and decreasing depression and anxiety;

Thank you for your attention

guidadaponte@gmail.com

Figura G – Resultados do ensaio preliminar levado a cabo com a versão 4 sessões da Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado (apresentação em forma de poster no V Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 1 e 2 de Março, 2019, Lisboa, Portugal).



RE-PENSAR A PSICOSSOMÁTICA
Uma homenagem a José António Barata
V CONGRESSO NACIONAL | SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOSSOMÁTICA

Adaptação da Psicoterapia Centrada no Significado à população portuguesa e eficácia na qualidade de vida em doentes com cancro

Da Ponte G.,[1], Ouakinin S.[2], Breitbart W.[3]
[1]Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal;[2]Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal;
[3]Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova Iorque, Estados Unidos da América.

Introdução: A Psicoterapia Centrada no Significado (PCS) é dirigida a doentes com cancro avançado, confrontados com uma crise existencial de perda de significado da vida.

Foi desenvolvida por W. Breitbart, e baseada nos trabalhos de Viktor Frankl, que se inspirava no conceito de *vontade como força motivadora básica do ser humano*, cujo desejo é compreender-se a si próprio e o mundo que o rodeia.

O objetivo da PCS é ajudar os doentes a compreender a importância e relevância do significado nas suas vidas, de forma a reduzir o desespero do fim de vida.

A PCS é uma psicoterapia estruturada, baseada em ensino didático, exercícios e discussões, num formato de grupo (Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado – PGCS). Inclui 8 sessões de periodicidade seminal, com a duração de 1,5 horas.

Demonstrou ter eficácia comprovada na melhoria do bem-estar espiritual, sentido de significado, desesperança e desejo de morte antecipada, e é sugerido que estes efeitos persistem e, inclusivamente, aumentam após o tratamento.

Sessões	Temas	Conteúdo e exercícios experienciais
1	Conceitos e fontes de significado	Introdução; Momentos em que a vida tenha tido significado;
2	Cancro e significado	Identidade antes e depois do diagnóstico de cancro;
3 e 4	Fontes históricas de significado	Legados passado, presente e futuro;
5	Fontes de atitude de significado;	Confrontar as limitações impostas pelo cancro, prognóstico e morte; Introdução ao projeto de legado;
6	Fontes criativas de significado	Criatividade, coragem e responsabilidade;
7	Fontes experienciais de significado	Amor, natureza e humor: Coisas com as quais se sente conectado com a vida e que o fazem sentir mais vivo;
8	Transições: reflexões e esperanças para o futuro	Revisão das fontes de significado e reflexão das lições aprendidas no grupo;

Metodologia: Para a adaptação para a população portuguesa, realizaram-se grupos de discussão.

A avaliação da eficácia na qualidade de vida (QdV) ocorreu no momento anterior à PGCS (T1) e imediatamente após (T2), mediante instrumentos: Karnosfsky Index, Distress thermometer (TD), McGill Quality of Life (MGQoL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well Being (FACIT) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Resultados (2):

O estudo piloto da PGCS (4 sessões) incluiu 15 participantes (cada grupo: máximo de 5 elementos) e teve 5 *drop-outs*. A idade média dos 11 participantes era de 61,67 anos, a maioria do género feminino (67%) e com um nível de escolaridade mediana/elevada (78%).

Caracterização da amostra	
Tipo de cancro (n;%)	
mama	4 (45)
bexiga	3 (33)
colon	1 (11)
pulmão	1 (11)
Estadio do cancro (n;%)	
localizado	7 (50)
avançado	7 (50)
Antecedentes psiquiátricos? (n,%)	
sim	6 (67)
não	3 (33)
Atualmente acompanhado em psiquiatra/psicólogo? (n,%)	
sim	7 (78)
não	2 (22)
Motivo (n,%)	
ansiedade	3 (26)
ansiedade+depressão	2 (18)
outros*	2 (18)
n/r	2 (18)

Tradução do manual[a] → 3 grupos de discussão[b] → 1º grupo: 2 dt → 2º grupo: 3 profissionais SM s/ experiência em PCS[c] → Adaptação[d] → 3º grupo: 3 dt

SM: Saúde Mental; dt: doentes; [a]da PGCS para a língua portuguesa; [b]para avaliar a compreensibilidade dos termos originais; [c]enfermeiros; [d] do manual; 1º grupo: cancros mama e estômago; 3º grupo: cancros da mama e cabeça e pescoço;

Todos os doentes tinham cerca de 50 anos e estavam em remissão completa; a maioria era mulheres, profissionalmente ativos e com escolaridade mediana.

Resultados (1):

Clarificações:
1. *Fontes históricas de significado;*
2. *Fontes de atitude de significado;*
3. *Fontes criativas de significado;*
4. *Fontes experienciais de significado;*
5. *A vida como um legado;*
6. *Transcendência;*

→
1. *Atingir o significado através da nossa história;*
2. *Atingir o significado através da nossa atitude para com a vida;*
3. *Atingir o significado através da nossa capacidade para criar e construir;*
4. *Atingir o significado através das nossas experiências de vida;*
5. *A vida como algo que recebemos e transmitimos;*
6. *Ultrapassar certas barreiras tornando-nos superior a certas circunstâncias;*

Substituições: 1. *Morte "boa" ou com significado;* 2. *Projeto de legado;* → 1. *Morte tranquila;* 2. *Projeto de vida;*

O estudo piloto da PGCS (8 sessões) foi prejudicado pelo número de *drop-outs*, que pôs em causa a sua viabilidade. Considerando adaptações posteriors da PCS, e após discussão com o autor, a PGCS foi adaptada para 4 sessões.

Sessões	Temas	Conteúdo e exercícios
1	Momentos com significado; Cancro e Significado;	Introdução; Identidade antes e depois do cancro: *quem sou eu?; como é que o cancro afetou as minhas respostas?;*
2	Fontes históricas de significado	A vida como um legado que recebemos, vivemos e transmitimos;
3	Fontes de atitude, criativas e experienciais de significado	Confrontar-se com as limitações impostas pelo cancro; Criatividade, coragem e responsabilidade: *quais são as suas responsabilidades?;* *É responsável pelo quê e por quem?;* Amor, beleza e humor: conectar-se com a vida; Projeto de vida;
4	Transições: reflexões e esperança para o futuro	Reflexão sobre as sessões: *passou a entender melhor as fontes de significado?; consegue usá-las no seu dia-a-dia?*

Conclusões: A adaptação da PCS para a língua portuguesa necessitou de clarificações associadas a aspetos culturais; o conceito de *significado da vida* pareceu ser independente do nível educacional.

Os resultados preliminares, tendo em conta as limitações impostas pelo tamanho da amostra, sugerem que:

A versão da PGCS – 4 sessões reduziu o número de *drop-outs* e demonstrou benefício no bem-estar espiritual, QdV e diminuição da depressão e ansiedade em doentes oncológicos.

Copyright © 2019 Guida da Ponte - guidadaponte@gmail.com

Tabela A – Carcaterísticas sociodemográficas e clínicas dos grupos de intervenção (PGCS) e de controlo (CAU) (n=78) (análise *per protocol)*

	PGCS (*n* = 38)			**CAU (*n* = 40)**			
	n	***%***		***n***	***%***	***t* / χ^2**	***p***
Idade (Média/*DP*)	58.53	12.43		62.93	10.42	-1.70	.094
Género						1.53	.216
Masculino	10	26.3		6	15.0		
Feminino	28	73.7		34	85.0		
Área de residência[a]						15.52	<.001
Área urbana lisboa	7	20.6		8	21.1		
Área suburbana lisboa	11	32.4		27	71.1		
Algarve	16	47.1		3	7.9		
Estado civil[a]						3.78	.287
Solteiro/a	5	13.2		1	2.6		
Casado/a	23	62.2		25	64.1		
Viúvo/a	3	8.1		6	15.4		
Divorciado/a	6	16.2		7	17.9		
Grau de escolaridade						3.44	.329
Sem grau	1	2.6		0	0.0		
Ensino primário	9	23.7		13	32.5		
Ensino secundário	16	42.1		20	50.0		
Ensino superior	12	31.6		7	17.5		
Situação profissional[a]						6.46	.264
Desempregado	1	2.6		0	0.0		
Estudante	1	2.6		0	0.0		
Baixa	3	7.9		0	0.0		
Doméstico/a	2	5.3		1	2.6		
Empregado	13	34.2		13	33.3		
Reformado	18	47.4		25	64.1		
Localização do cancro						15.77	.150
Bexiga	3	7.9		0	0.0		
Mama	20	52.6		28	70.0		
Colon	2	5.3		6	15.0		
Gástrico	2	5.3		1	2.5		
Rim	1	2.6		0	0.0		
Pulmão	3	7.9		4	10.0		
Linfoma	2	5.3		0	0.0		
Ovário	1	2.6		0	0.0		

Próstata	2	5.3		0	0.0		
SNC	1	2.6		0	0.0		
Tiroide	0	0.0		1	2.5		
Útero	1	2.6		0	0.0		
Estadio do cancro						2.38	.123
Localizado	29	76.3		24	60.0		
Avançado	9	23.7		16	40.0		
Já realizou uma cirurgia?						3.92	.048
Sim	29	76.3		37	92.5		
Não	9	23.7		3	7.5		
Já realizou quimioterapia?						4.65	.031
Sim	23	60.5		33	82.5		
Não	15	39.5		7	17.5		
Já realizou radioterapia?						0.47	.493
Sim	17	44.7		21	52.5		
Não	21	55.3		19	47.5		
Já realizou hormonoterapia?						0.64	.423
Sim	11	28.9		15	37.5		
Não	27	71.1		25	62.5		
No momento está a realizar quimioterapia?						0.01	.916
Sim	7	18.4		7	17.5		
Não	31	81.6		33	82.5		
Outras doenças[a]						0.28	.597
Sim	25	65.8		24	60.0		
Não	13	34.2		16	40.0		
Já foi alguma vez ao psiquiatra?						7.47	.006
Sim	26	68.4		15	37.5		
Não	12	31.6		25	62.5		
Está neste momento a ser acompanhado/a por um psiquiatra ou psicólogo?						7.39	.007
Sim	25	65.8		14	35.0		
Não	13	34.2		26	65.0		
Porque é que foi a um psiquiatra/psicólogo?						5.06	.409
Ansiedade	7	23.3		9	42.9		
Depressão	12	40.0		7	33.3		
Ansiedade e depressão	9	30.0		4	19.0		

Fadiga	0	0.0		1	4.8		
Doença física	1	3.3		0	0.0		
Outra	1	3.3		0	0.0		
Se não está a ser acompanhado por um psiquiatra/psicólogo, considera que seria benéfico neste momento?						3.89	.049
Sim	10	83.3		14	50.0		
Não	2	16.7		14	50.0		

Nota. [a]Variável com valores omissos; CAU = *Care as usual*; DP = Desvio-Padrão; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; SNC: Sistema Nervoso Central.

Tabela B – Medianas, médias, desvios-padrão e testes da distribuição normal para cada grupo, no pré (T1) e no pós-teste (T2) (n=78) (análise *per protocol)*

	PGCS (*n* = 38)												**CAU (*n* = 40)**									
	Pré-teste						Pós-teste						Pré-teste						Pós-teste			
	Mdn	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*		*Mdn*	*M*	*DP*	KS *p*	SW *p*
QOL																							
Geral	5.00	5.45	2.71	.042	.120		8.00	7.25	2.13	.009	.001		7.00	6.32	1.54	.001	.086		6.00	5.95	1.36	.001	.079
Físico	5.22	5.16	1.39	.058	.373		5.64	6.03	1.90	.003	.035		5.22	5.27	0.83	.003	.039		5.50	5.26	1.53	<.001	<.001
Psicossocial	4.63	4.83	2.54	.200	.543		6.13	6.08	2.79	.200	.106		6.63	6.70	1.61	.200	.561		6.54	6.98	1.76	.053	.013
Existencial	6.42	6.47	2.11	.200	.160		7.17	7.04	2.16	.059	.003		6.59	6.84	1.29	.027	.010		6.50	6.57	0.97	.076	.388
Suporte	7.00	6.66	2.49	.170	.026		7.25	6.98	2.44	.082	.003		6.50	6.14	2.21	.049	.005		6.32	5.69	2.11	<.001	.002
Pontuação total	5.46	5.76	1.68	.005	.023		6.51	6.70	2.01	.020	.002		6.21	6.41	1.17	.200	.092		6.30	6.24	1.11	.003	<.001
FACIT																							
Significado/Paz	18.51	17.63	5.84	.200	.564		18.50	18.15	5.84	.017	.005		19.00	18.40	5.62	.003	<.001		18.00	17.85	5.18	.007	.043
Fé	10.00	9.45	4.67	.200	.089		10.00	9.60	4.42	.069	.039		11.00	10.63	3.61	.104	.495		10.00	9.71	3.17	<.001	.001
Pontuação total	27.00	27.03	8.71	.200	.630		27.87	27.81	8.40	.200	.026		29.00	29.08	7.35	.034	.006		27.87	27.93	5.92	.001	.034
HADS																							
Depressão	7.00	7.07	3.97	.200	.331		6.44	6.10	3.52	.180	.302		7.00	6.09	2.90	.027	.072		7.00	6.75	2.78	.017	.186
Ansiedade	8.50	9.05	4.84	.078	.192		8.06	8.86	4.32	.004	.178		7.00	6.92	2.58	.001	.070		8.00	7.31	2.40	.054	.237
Termómetro *distress*																							
Pontuação total	5.00	5.03	2.71	.023	.079		4.46	4.12	2.50	.127	.121		4.95	4.78	2.21	<.001	.057		4.92	5.69	1.28	<.001	<.001

Nota. CAU = Care as usual; FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; *KS* = Kolmogorov-Smirnov; ; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; *SW* = Shapiro-WilkM; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado.

Tabela C – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pré-teste (T1) entre os grupos (n=78) (análise *per protocol*)

Pré-teste (T1)	**PGCS (*n* = 38)**	**CAU (*n* = 40)**	***U***	***p***
	MO	***MO***		
MQOL				
Geral	35.07	43.71	591.50	.087
Físico	38.46	40.49	720.50	.691
Psicossocial	30.42	48.13	415.00	.001
Existencial	37.42	41.48	681.00	.429
Suporte	41.76	37.35	674.00	.387
Pontuação total	33.62	45.09	536.50	.025
FACIT				
Significado/Paz	37.16	41.73	671.00	.372
Fé	37.14	41.74	670.50	.369
Pontuação total	36.00	42.83	627.00	.183
HADS				
Depressão	42.12	37.01	660.50	.318
Ansiedade	44.68	34.58	563.00	.048
Termómetro *distress*				
Pontuação total	41.55	37.55	682.00	.432

Nota. ; CAU = Care as usual; FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MO = Média das Ordens; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado;

Tabela D – Teste Mann-Whitney para comparação das variáveis psicológicas no pós-teste (T2) entre os grupos (n=78) (análise *per protocol*)

Pós-teste (T2)	**PGCS (*n* = 38)**	**CAU (*n* = 40)**	***U***	***p***
	MO	***MO***		
MQOL				
Geral	49.58	29.93	377.00	<.001
Físico	45.38	33.91	536.50	.024
Psicossocial	35.76	43.05	618.00	.155
Existencial	45.32	33.98	539.00	.027
Suporte	46.03	33.30	512.00	.013
Pontuação total	45.24	34.05	542.00	.029
FACIT				

Significado/Paz	41.71	37.40	676.00	.399
Fé	39.99	39.04	741.50	.853
Pontuação total	39.50	39.50	760.00	1.000
HADS				
Depressão	36.51	42.34	646.50	.253
Ansiedade	44.63	34.63	565.00	.050
Termómetro *distress*				
Pontuação total	31.24	47.35	446.00	.001

Nota. CAU = Care as usual; FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MO = Média das Ordens; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado;

Tabela E – Teste de Wilcoxon para comparação das variáveis psicológicas no pré (T1)-pós (T2)-teste em cada grupo (n=78) (análise *per protocol)*

		Ordens negativas		**Ordens positivas**	***Z***	***p***
		MO		***MO***		
MQOL						
Geral	PGCS	12.20		17.30	-3.81	<.001
	CAU	16.35		19.91	-1.36	.173
Físico	PGCS	18.40		19.89	-2.71	.007
	CAU	18.25		16.98	-0.72	.473
Psicossocial	PGCS	16.11		18.65	-2.79	.005
	CAU	17.06		20.65	-0.93	.353
Existencial	PGCS	16.00		20.63	-2.17	.030
	CAU	18.52		15.63	-1.88	.060
Suporte	PGCS	17.23		18.58	-0.93	.353
	CAU	16.58		10.75	-2.18	.029
Pontuação total	PGCS	15.85		20.80	-3.08	.002
	CAU	22.83		15.38	-1.58	.114
FACIT						
Significado/Paz	PGCS	16.91		18.92	-0.73	.465
	CAU	20.73		16.47	-1.58	.114
Fé	PGCS	16.57		15.53	-0.31	.753
	CAU	22.42		13.32	-1.46	.146
Pontuação total	PGCS	18.57		18.45	-1.15	.251
	CAU	23.09		14.83	-0.58	.566

HADS						
Depressão	PGCS	18.30		16.04	-1.80	.072
	CAU	15.53		20.62	-1.58	.113
Ansiedade	PGCS	21.81		16.86	-0.04	.970
	CAU	14.13		18.59	-0.98	.328
Termómetro *distress*						
Pontuação total	PGCS	20.43		13.32	-1.90	.057
	CAU	17.31		17.56	-2.73	.006

Nota. CAU = Care as usual; FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MO = Média das Ordens; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; Ordens negativas: T2 < T1; Ordens positivas: T2 > T1; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado;

Tabela F – Pontuações médias de mudança e desvios-padrão para todas as variáveis por grupo, análise da covariância e tamanho do efeito (N =78) (análise *per protocol*)

	PGCS (*n* = 38)			**CAU (*n* = 40)**						
	M	*EP*		*M*	*EP*		Diferença	*F*	*p*	η^2_p
MQOL										
Geral	7.47	0.26		5.74	0.25		1.73	19.94	<.001	.224
Físico	6.05	0.30		5.25	0.29		0.80	3.31	.073	.046
Psicossocial	6.51	0.40		6.58	0.39		-0.07	0.01	.910	.000
Existencial	7.21	0.24		6.42	0.24		0.79	4.87	.031	.066
Suporte	6.82	0.29		5.84	0.28		0.99	5.19	.026	.070
Pontuação total	7.01	0.25		5.95	0.25		1.06	7.93	.006	.103
FACIT										
Significado/Paz	18.42	0.76		17.60	0.73		0.83	0.55	.462	.008
Fé	9.99	0.54		9.34	0.52		0.65	0.66	.421	.009
Pontuação total	28.33	0.99		27.43	0.96		0.90	0.38	.542	.005
HADS										
Depressão	5.77	0.43		7.06	0.42		-1.29	4.13	.046	.056
Ansiedade	8.48	0.44		7.67	0.43		0.81	1.53	.221	.022
Termómetro *distress*										
Pontuação total	4.12	0.32		5.69	0.31		-1.56	11.05	.001	.138

*Nota.*CAU = Care as usual; FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; PGCS = Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; η^2p = eta^2 parcial;

Tabela G – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 51; análise *intent to treat*)

		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
1.	QoL Geral T1	1											
2.	QoL Físico T1	-.05	1										
3.	QoL Psicossocial T1	.45**	-.03	1									
4.	QoL Existencial T1	.45**	.10	.31*	1								
5.	QoL Suporte T1	.55***	-.15	.28*	.65***	1							
6.	QoL Pontuação total T1	.80***	.21	.60***	.76***	.69***	1						
7.	FACIT Sentido/Paz T1	.51***	.08	.30*	.63***	.42**	.60***	1					
8.	FACIT Fé T1	.20	.13	-.06	.42**	.43**	.35*	.56***	1				
9.	FACIT Pontuação total T1	.38**	.09	.11	.62***	.51***	.52***	.87***	.85***	1			
10.	HADS Depressão T1	-.61***	.08	-.39**	-.63***	-.64***	-.73***	-.49***	-.36**	-.45**	1		
11.	HADS Ansiedade T1	-.50***	.19	-.29*	-.59***	-.59***	-.58***	-.49***	-.37**	-.45**	.70***	1	
12.	Termómetro *distress* Pontuação total T1	-.41**	.14	-.25	-.47***	-.49***	-.48***	-.43**	-.26	-.37**	.51***	.62***	1
13.	QoL Geral T2	.27	-.36*	.13	.05	.19	.13	.14	.00	.04	-.27	-.42**	-.40**
14.	QoL Físico T2	-.24	.13	-.16	-.32*	-.24	-.26	-.21	-.14	-.16	.28	.25	.24
15.	QoL Psicossocial T2	.36*	-.09	.41**	.41**	.42**	.43**	.33*	.22	.30*	-.44**	-.59***	-.48***
16.	QoL Existencial T2	.23	-.22	.27	.27	.28*	.28*	.34*	.20	.26	-.40**	-.50***	-.40**
17.	QoL Suporte T2	.21	-.31*	.09	.18	.40**	.19	.36*	.31*	.33*	-.34*	-.43**	-.42**
18.	QoL Pontuação total T2	.31*	-.18	.20	.28*	.42**	.33*	.36**	.27	.32*	-.45**	-.53***	-.42**
19.	FACIT Significado/Paz T2	.29*	-.16	-.07	.13	.28*	.17	.31*	.10	.29*	-.10	-.23	-.23
20.	FACIT Fé T2	.03	-.26	-.14	.06	.13	.01	.14	.46**	.29*	-.09	-.32*	-.13
21.	FACIT Pontuação total T2	.26	-.24	-.03	.23	.37**	.24	.36**	.53***	.50***	-.22	-.36*	-.23
22.	HADS Depressão T2	-.32*	.14	-.18	-.25	-.21	-.35*	-.35*	-.20	-28*	.50***	.53***	.39**
23.	HADS Ansiedade T2	-.31*	.16	-.27	-.46**	-.39**	-.42**	-.36**	-.28	-.34*	.52***	.67***	.42**
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.20	.36**	-.22	-.30*	-.36*	-.19	-.22	-.06	-.12	.23	.28*	.26

FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; T1: Pré-teste; T2; Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela G – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 51; análise *intent to treat*) (cont.)

		13	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**
13.	QoL Geral T2	1										
14.	QoL Físico T2	.13	1									
15.	QoL Psicossocial T2	.46**	-.33*	1								
16.	QoL Existencial T2	.68***	.14	.40**	1							
17.	QoL Suporte T2	.63***	.01	.40**	.62***	1						
18.	QoL Pontuação total T2	.78***	.08	.62***	.71***	.81***	1					
19.	FACIT Sigi«nificado/Paz T2	.34*	.12	.13	.32*	.27	.30*	1				
20.	FACIT Fé T2	.21	.13	.07	.32*	.42**	.23	.16	1			
21.	FACIT Pontuação total T2	.27	-.02	.26	.30*	.46**	.35*	.63***	.72***	1		
22.	HADS Depressão T2	-.26	.08	-.22	-.30*	-.37**	-.39**	-.19	-.22	-.22	1	
23.	HADS Ansiedade T2	-.33*	.41**	-.72***	-.37**	-.37**	-.49***	-.28*	-.21	-.38**	.57***	1
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.45**	.24	-.47**	-.36**	-.61***	-.49***	-.14	-.20	-.33*	-.04	.35*

FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; T1: Pré-teste; T2; Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela H – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n = 40)

		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
1.	QoL Geral T1	1											
2.	QoL Físico T1	.25	1										
3.	QoL Psicossocial T1	.00	-.03	1									
4.	QoL Existencial T1	.40*	.25	.31*	1								
5.	QoL Suporte T1	.42**	.16	.36*	.72***	1							
6.	QoL Pontuação total T1	.56***	.41**	.46**	.75***	.84***	1						
7.	FACIT Sentido/Paz T1	.42**	.37*	.12	.51**	.56***	.57***	1					
8.	FACIT Fé T1	.12	.26	.00	-.03	.04	.18	.43**	1				
9.	FACIT Pontuação total T1	.39*	.31	.01	.20	.31	.39*	.78***	.81***	1			
10.	HADS Depressão T1	-.61***	-.24	-.24	-.57***	-.54***	-.59***	-.42**	-.02	-.20	1		
11.	HADS Ansiedade T1	-.32*	-.05	-.38*	-.52**	-.47**	-.54***	-.30	.06	-.17	.57***	1	
12.	Termómetro *distress* Pontuação total T1	-.38*	-.08	-.25	-.29	-.46**	-.43**	-.17	.03	-.08	.45**	.20	1
13.	QoL Geral T2	.36*	.22	-.04	.46**	.53***	.46**	.42**	-.19	.09	-.29	-.35*	-.34*
14.	QoL Físico T2	.04	.48**	-.08	.19	.01	.03	.22	.16	.19	-.16	-.12	.00
15.	QoL Psicossocial T2	-.20	-.18	.13	-.02	-.09	-.12	-.10	.06	-.04	-.06	-.18	.20
16.	QoL Existencial T2	.45**	.23	.26	.74***	.58***	.62***	.60***	-.01	.29	-.58***	-.46**	-.50**
17.	QoL Suporte T2	.49**	.31	.22	.53***	.66***	.61***	.37*	-.17	.14	-.52**	-.43**	-.44**
18.	QoL Pontuação total T2	.26	.22	.10	.66***	.65***	.50**	.46**	-.01	.24	-.43**	-.45**	-.43**
19.	FACIT Sentido/Paz T2	.33*	.34*	.20	.50**	.38*	.42**	.63***	.03	.29	-.35*	-.28	-.25
20.	FACIT Fé T2	-.17	-.09	.09	-.49**	-.21	-.27	-.05	.35*	.18	.13	.23	.17
21.	FACIT Pontuação total T2	.26	.39*	.27	.25	.29	.33*	.62***	.25	.41**	-.37*	-.23	-.27
22.	HADS Depressão T2	-.52**	-.12	-.10	-.64***	-.56***	-.49**	-.40*	.18	-.09	.73***	.49**	.36*
23.	HADS Ansiedade T2	-.24	-.01	-.16	-.40**	-.38*	-.33*	-.30	.01	-.22	.42**	.57***	.00
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.29	-.09	.19	-.20	-.32*	-.18	-.19	.10	-.12	.21	.11	.54***

FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; T1 = Pré-teste; T2 = Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela H – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n = 40) (cont.)

		13	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**
13.	QoL Geral T2	1										
14.	QoL Físico T2	-.02	1									
15.	QoL Psicossocial T2	-.04	-.05	1								
16.	QoL Existencial T2	.42**	.02	.00	1							
17.	QoL Suporte T2	.57***	.09	-.16	.57***	1						
18.	QoL Pontuação total T2	.57***	.36*	.16	.56***	.62***	1					
19.	FACIT Sentido/Paz T2	.49**	.28	-.18	.56***	.50**	.53***	1				
20.	FACIT Fé T2	-.27	-.05	.13	-.37*	-.08	-.23	-.17	1			
21.	FACIT Pontuação total T2	.33*	.22	-.12	.39*	.44**	.37*	.79***	.33*	1		
22.	HADS Depressão T2	-.50**	-.08	-.14	-.60***	-.59***	-.66***	-.51**	.25	-.37*	1	
23.	HADS Ansiedade T2	-.23	.04	-.40*	-.43**	-.39*	-.34*	-.24	.16	-.14	.48**	1
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.33*	-.21	.05	-.33*	-.26	-.46**	-.26	.37*	-.07	.30	-.05

FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PGCS: Psicoterapia de Grupo Centrada no Significado; T1 = Pré-teste; T2 = Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela I – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 38) (análise *per protocol)*

		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
1.	QoL Geral T1	1											
2.	QoL Físico T1	-.18	1										
3.	QoL Psicossocial T1	.56***	.03	1									
4.	QoL Existencial T1	.40*	-.10	.44**	1								
5.	QoL Suporte T1	.58***	-.30	.34*	.67***	1							
6.	QoL Pontuação total T1	.80***	.09	.74***	.69***	.65***	1						
7.	FACIT Sentido/Paz T1	.49**	-.06	.37*	.59***	.43**	.52**	1					
8.	FACIT Fé T1	.17	.01	.02	.36*	.35*	.27	.52**	1				
9.	FACIT Pontuação total T1	.42**	-.11	.22	.59***	.50**	.49**	.82***	.80***	1			
10.	HADS Depressão T1	-.62***	.20	-.58***	-.62***	-.61***	-.73***	-.448**	-.31	-.43**	1		
11.	HADS Ansiedade T1	-.58***	.20	-.37*	-.62***	-.68***	-.65***	-.511**	-.42**	-.52**	.73***	1	
12.	Termómetro *distress* Pontuação total T1	-.52**	.31	-.33*	-.48**	-.61***	-.48**	-.507**	-.31	-.49**	.59***	.72***	1
13.	QoL Geral T2	.38*	-.33*	.19	.18	.30	.23	.35*	.25	.27	-.366*	-.49**	-.47**
14.	QoL Físico T2	-.30	.16	-.21	-.38*	-.30	-.30	-.21	-.11	-.19	.29	.28	.32*
15.	QoL Psicossocial T2	.44**	-.17	.49**	.46**	.51**	.48**	.36*	.22	.31	-.51**	-.68***	-.59***
16.	QoL Existencial T2	.29	-.24	.29	.40*	.38*	.34*	.48**	.40*	.38*	-.48**	-.55***	-.45**
17.	QoL Suporte T2	.26	-.33*	.10	.31	.53**	.25	.49**	.54**	.47**	-.43**	-.47**	-.47**
18.	QoL Pontuação total T2	.38*	-.23	.24	.34*	.51**	.37*	.49**	.39*	.40*	-.52**	-.60***	-.50**
19.	FACIT Sentido/Paz T2	.41**	-.19	-.06	.23	.40*	.27	.44**	.28	.50**	-.18	-.30	-.28
20.	FACIT Fé T2	.08	-.30	-.14	.17	.23	.08	.27	.70***	.52**	-.15	-.37*	-.20
21.	FACIT Pontuação total T2	.35*	-.30	-.05	.29	.45**	.27	.43**	.69***	.68***	-.25	-.42**	-.29
22.	HADS Depressão T2	-.43**	.16	-.22	-.34*	-.30	-.48**	-.454**	-.34*	-.44**	.58***	.61***	.47**
23.	HADS Ansiedade T2	-.42**	.23	-.34*	-.55***	-.49**	-.52**	-.436**	-.34*	-.43**	.59***	.74***	.52**
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.27	.44**	-.29	-.43**	-.48**	-.24	-.30	-.14	-.15	.30	.33*	.30

Tabela I – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo de intervenção (PGCS) (n = 38) (análise *per protocol) (cont.)*

		13	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**
13	QoL Geral T2	1										
14.	QoL Físico T2	.09	1									
15.	QoL Psicossocial T2	.56***	-.35*	1								
16.	QoL Existencial T2	.74***	.10	.42**	1							
17.	QoL Suporte T2	.73***	.01	.44**	.70***	1						
18.	QoL Pontuação total T2	.87***	.12	.63***	.78***	.86***	1					
19.	FACIT Sentido/Paz T2	.36*	.09	.20	.32	.33*	.37*	1				
20.	FACIT Fé T2	.27	.08	.12	.43**	.48**	.31	.24	1			
21.	FACIT Pontuação total T2	.36*	-.01	.27	.37*	.51**	.40*	.73***	.76***	1		
22.	HADS Depressão T2	-.34*	.10	-.28	-.31	-.40*	-.44**	-.25	-.29	-.28	1	
23.	HADS Ansiedade T2	-.45**	.41**	-.76***	-.41*	-.41*	-.52**	-.30	-.26	-.38*	.62***	1
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.46**	.29	-.51**	-.39*	-.58***	-.46**	-.16	-.22	-.32	.01	.40*

Nota. FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; T1 = Pré-teste; T2 = Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela J – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n=40)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	QoL Geral T1	1											
2.	QoL Físico T1	.25	1										
3.	QoL Psicossocial T1	.00	-.03	1									
4.	QoL Existencial T1	.40*	.25	.31*	1								
5.	QoL Suporte T1	.42**	.16	.37*	.72***	1							
6.	QoL Pontuação total T1	.56***	.41**	.46**	.75***	.84***	1						
7.	FACIT Significado/Paz T1	.42**	.37*	.12	.52**	.56***	.57***	1					
8.	FACIT Fé T1	.12	.26	.00	-.03	.04	.18	.43**	1				
9.	FACIT Pontuação total T1	.39*	.31	.01	.20	.31	.39*	.78***	.81***	1			
10.	HADS Depressão T1	-.61***	-.24	-.24	-.57***	-.54***	-.58***	-.42**	-.02	-.20	1		
11.	HADS Ansiedade T1	-.32*	-.04	-.44**	-.55***	-.48**	-.56***	-.27	.09	-.13	.55***	1	
12.	Termómetro *distress* Pontuação total T1	-.40*	-.18	-.29	-.37*	-.52**	-.51**	-.25	.02	-.10	.52**	.33*	1
13.	QoL Geral T2	.36*	.22	-.04	.46**	.53***	.46**	.42**	-.19	.09	-.29	-.35*	-.43**
14.	QoL Físico T2	.04	.49**	-.08	.19	.01	.03	.22	.16	.19	-.16	-.13	-.06
15.	QoL Psicossocial T2	-.20	-.18	.13	-.01	-.09	-.12	-.10	.06	-.04	-.06	-.15	.20
16.	QoL Existencial T2	.45**	.23	.26	.74***	.58***	.62***	.60***	-.01	.29	-.58***	-.49**	-.54***
17.	QoL Suporte T2	.49**	.31	.22	.53***	.66***	.61***	.371*	-.17	.14	-.52**	-.44**	-.50**
18.	QoL Pontuação total T2	.26	.22	.10	.66***	.65***	.50**	.46**	-.01	.24	-.44**	-.48**	-.48**
19.	FACIT Significado/Paz T2	.33*	.35*	.20	.50**	.38*	.42**	.63***	.03	.29	-.35*	-.33*	-.36*
20.	FACIT Fé T2	-.17	-.01	.09	-.49**	-.21	-.27	-.05	.35*	.18	.13	.30	.15
21.	FACIT Pontuação total T2	.25	.39*	.27	.25	.29	.33*	.62***	.25	.41**	-.37*	-.21	-.38*
22.	HADS Depressão T2	-.52**	-.12	-.10	-.64***	-.56***	-.49**	-.40*	.18	-.09	.72***	.52**	.45**
23.	HADS Ansiedade T2	-.24	-.01	-.16	-.41**	-.38*	-.33*	-.30	.01	-.22	.42**	.52**	.01
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.29	-.09	.19	-.20	-.32*	-.18	-.19	.10	-.12	.21	.17	.49**

Nota. FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; T1 = Pré-teste; T2 = Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela J – Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo no T1 e T2 no grupo controlo (CAU) (n=40) (cont.)

		13	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**
13.	QoL Geral T2	1										
14.	QoL Físico T2	-.02	1									
15.	QoL Psicossocial T2	-.04	-.05	1								
16.	QoL Existencial T2	.42**	.02	.00	1							
17.	QoL Suporte T2	.57***	.09	-.16	.57***	1						
18.	QoL Pontuação total T2	.57***	.36*	.16	.56***	.62***	1					
19.	FACIT Sentido/Paz T2	.50**	.28	-.18	.56***	.50**	.53***	1				
20.	FACIT Fé T2	-.27	-.05	.13	-.37*	-.08	-.23	-.17	1			
21.	FACIT Pontuação total T2	.33*	.22	-.12	.39*	.45**	.37*	.79***	.33*	1		
22.	HADS Depressão T2	-.50**	-.08	-.14	-.60***	-.59***	-.66***	-.51**	.25	-.37*	1	
23.	HADS Ansiedade T2	-.23	.04	-.40*	-.43**	-.39*	-.340*	-.24	.16	-.14	.48**	1
24.	Termómetro *distress* Pontuação total T2	-.334*	-.21	.05	-.33*	-.26	-.46**	-.26	.37*	-.07	.30	-.05

Nota. FACIT = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MQOL = McGill Quality of Life Questionnaire; T1 = Pré-teste; T2 = Pós-teste; *$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

Tabela K – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral no T2 como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	7.32	1.85		<.001
Idade	0.05	0.03	0.31	.087
Género[a]	-0.57	0.90	-0.14	.530
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	0.01	1.15	0.00	.993
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	-0.59	0.59	-0.15	.327
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-0.32	0.67	-0.08	.636
Estadio cancro[c]	-0.76	0.66	-0.18	.259
Localização cancro: Bexiga[b]	0.83	1.10	0.11	.459
Localização cancro: Colon[b]	-0.86	0.73	-0.15	.253
Localização cancro: Gástrico[b]	-0.48	1.22	-0.06	.699
Localização cancro: Rim[b]	2.38	1.66	0.18	.164
Localização cancro: Pulmão[b]	2.30	0.79	0.34	.007
Localização cancro: Linfoma[b]	0.94	1.15	0.10	.419
Localização cancro: Ovário[b]	-2.26	1.53	-0.17	.152
Localização cancro: Próstata[b]	-0.21	1.21	-0.03	.863
Localização cancro: SNC[b]	-3.83	2.10	-0.29	.080
Localização cancro: Útero[b]	0.55	1.56	0.04	.728
Quimioterapia[b]	-0.25	0.74	-0.05	.743
Comorbilidade[b]	-0.75	0.59	-0.20	.212
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.40	0.57	0.11	.487
Seguimento atual [b]	0.05	0.53	0.01	.920
Depressão (HADS T1)	0.05	0.07	0.11	.507
Ansiedade (HADS T1)	-0.24	0.09	-0.57	.018
Termómetro *distress* (T1)	-0.08	0.12	-0.12	.501

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 3.53, p = .001; R^2 = .751, R^2 ajustado = .538, d = 1.88; ; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim; [c]0 = localizado, 1 = avançado.

Tabela L – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	4.83	2.21		.038
Idade	0.00	0.03	0.00	.995
Género[a]	-0.45	1.07	-0.12	.678
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	1.41	1.37	0.17	.311
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	0.42	0.70	0.12	.555
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	0.11	0.80	0.03	.891
Estadio cancro[c]	-0.10	0.78	-0.03	.899
Localização cancro: Bexiga[b]	1.30	1.32	0.19	.331
Localização cancro: Colon[b]	-0.79	0.87	-0.16	.372
Localização cancro: Gástrico[b]	0.42	1.46	0.06	.775
Localização cancro: Rim[b]	2.26	1.99	0.19	.266
Localização cancro: Pulmão[b]	1.84	0.94	0.31	.061
Localização cancro: Linfoma[b]	-0.17	1.37	-0.02	.904
Localização cancro: Ovário[b]	-0.08	1.83	-0.01	.967
Localização cancro: Próstata[b]	1.01	1.44	0.15	.492
Localização cancro: SNC[b]	-6.39	2.51	-0.55	.017
Localização cancro: Útero[b]	1.48	1.86	0.13	.433
Quimioterapia[b]	-0.26	0.89	-0.06	.776
Comorbilidade[b]	-0.38	0.70	-0.11	.590
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.44	0.68	0.13	.527
Seguimento atual [b]	0.14	0.63	0.04	.824
Depressão (HADS T1)	0.02	0.09	0.05	.822
Ansiedade (HADS T1)	0.00	0.11	-0.01	.986
Termómetro *distress* (T1)	0.13	0.14	0.22	.363

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B;* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 1.41, p = .194; R^2 = .546, R^2 ajustado = .159, d = 1.62; ; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.

Tabela M – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial no T2 como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	9.65	2.65		.001
Idade	0.03	0.04	0.14	.459
Género[a]	0.31	1.28	0.06	.809
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	-1.56	1.64	-0.13	.351
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	-0.47	0.84	-0.09	.578
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-1.11	0.96	-0.20	.256
Estadio cancro[c]	-0.03	0.94	0.00	.978
Localização cancro: Bexiga[b]	0.37	1.58	0.04	.818
Localização cancro: Colon[b]	-0.25	1.05	-0.03	.813
Localização cancro: Gástrico[b]	-1.86	1.75	-0.18	.297
Localização cancro: Rim[b]	1.25	2.38	0.07	.603
Localização cancro: Pulmão[b]	0.04	1.13	0.00	.971
Localização cancro: Linfoma[b]	0.77	1.64	0.06	.643
Localização cancro: Ovário[b]	-1.75	2.19	-0.10	.432
Localização cancro: Próstata[b]	-1.02	1.73	-0.10	.561
Localização cancro: SNC[b]	6.84	3.01	0.40	.031
Localização cancro: Útero[b]	-1.50	2.23	-0.09	.508
Quimioterapia[b]	0.18	1.07	0.03	.871
Comorbilidade[b]	-1.04	0.84	-0.21	.225
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.14	0.82	-0.03	.865
Seguimento atual [b]	-0.05	0.76	-0.01	.945
Depressão (HADS T1)	0.05	0.11	0.08	.648
Ansiedade (HADS T1)	-0.38	0.14	-0.70	.009
Termómetro *distress* (T1)	-0.14	0.17	-0.16	.409

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 2.72, p = .007; R^2 = .699, R^2 ajustado = .442, d = 1.85; ; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.

Tabela N – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	7.81	1.81		<.001
Idade	0.04	0.03	0.28	.111
Género[a]	-0.19	0.88	-0.05	.827
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	1.18	1.13	0.12	.305
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	0.05	0.58	0.01	.938
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-0.38	0.66	-0.09	.567
Estadio cancro[c]	-0.61	0.64	-0.15	.350
Localização cancro: Bexiga[b]	-0.38	1.08	-0.05	.730
Localização cancro: Colon[b]	-1.04	0.72	-0.18	.158
Localização cancro: Gástrico[b]	0.53	1.20	0.07	.663
Localização cancro: Rim[b]	2.00	1.63	0.15	.230
Localização cancro: Pulmão[b]	1.59	0.77	0.23	.050
Localização cancro: Linfoma[b]	0.33	1.13	0.03	.771
Localização cancro: Ovário[b]	-2.79	1.50	-0.21	.074
Localização cancro: Próstata[b]	-0.28	1.19	-0.04	.814
Localização cancro: SNC[b]	-4.67	2.06	-0.35	.032
Localização cancro: Útero[b]	3.16	1.53	0.24	.049
Quimioterapia[b]	-0.78	0.73	-0.17	.293
Comorbilidade[b]	-1.30	0.57	-0.34	.032
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.88	0.56	0.23	.127
Seguimento atual [b]	-0.51	0.52	-0.13	.340
Depressão (HADS T1)	-0.02	0.07	-0.05	.740
Ansiedade (HADS T1)	-0.18	0.09	-0.43	.064
Termómetro *distress* (T1)	-0.10	0.12	-0.15	.377

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 3.74, p = .001; R^2 = .761, R^2 ajustado = .558, d = 1.63; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.

Tabela O – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	7.31	2.52		.007
Idade	0.06	0.04	0.32	.128
Género[a]	-1.39	1.22	-0.29	.265
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	-1.90	1.57	-0.18	.236
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	-0.72	0.80	-0.16	.381
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-0.65	0.91	-0.13	.485
Estadio cancro[c]	-0.42	0.90	-0.09	.646
Localização cancro: Bexiga[b]	1.26	1.51	0.14	.411
Localização cancro: Colon[b]	0.52	1.00	0.08	.605
Localização cancro: Gástrico[b]	1.55	1.67	0.17	.362
Localização cancro: Rim[b]	3.99	2.27	0.26	.090
Localização cancro: Pulmão[b]	2.08	1.08	0.27	.064
Localização cancro: Linfoma[b]	1.25	1.57	0.12	.430
Localização cancro: Ovário[b]	-3.34	2.09	-0.22	.123
Localização cancro: Próstata[b]	-0.62	1.65	-0.07	.709
Localização cancro: SNC[b]	-2.40	2.87	-0.16	.410
Localização cancro: Útero[b]	0.86	2.13	0.06	.688
Quimioterapia[b]	-0.58	1.02	-0.11	.570
Comorbilidade[b]	-0.90	0.80	-0.21	.270
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.96	0.78	0.22	.231
Seguimento atual [b]	-0.57	0.72	-0.13	.441
Depressão (HADS T1)	-0.05	0.10	-0.10	.627
Ansiedade (HADS T1)	-0.22	0.13	-0.45	.104
Termómetro *distress* (T1)	-0.11	0.16	-0.14	.514
HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; B: Coeficiente de regressão não estandardizado; EP B: Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R2: Coeficiente de determinação; d: estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 2.14, p = .030; R^2 = .646, R^2 ajustado = .345, d = 1.88; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela P – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – Significado/Paz como variável dependente (n = 51; análise *intent to treat*)

Variável dependente: FACIT – Sentido/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	15.43	7.06		.038
Idade	0.16	0.10	0.38	.131
Género[a]	0.99	3.42	0.09	.775
Grau de escolaridade: Sem grau[b]	-3.07	4.38	-0.12	.490
Grau de escolaridade: Escola primária[b]	-0.61	2.25	-0.06	.788
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-1.59	2.55	-0.14	.538
Estadio cancro[c]	-0.29	2.51	-0.03	.907
Localização cancro: Bexiga[b]	0.64	4.22	0.03	.881
Localização cancro: Colon[b]	-1.62	2.80	-0.10	.568
Localização cancro: Gástrico[b]	-3.68	4.68	-0.17	.438
Localização cancro: Rim[b]	3.06	6.36	0.09	.634
Localização cancro: Pulmão[b]	3.75	3.01	0.20	.223
Localização cancro: Linfoma[b]	-4.48	4.38	-0.17	.316
Localização cancro: Ovário[b]	-6.09	5.86	-0.17	.308
Localização cancro: Próstata[b]	-5.36	4.62	-0.25	.256
Localização cancro: SNC[b]	-11.20	8.03	-0.31	.174
Localização cancro: Útero[b]	3.27	5.95	0.09	.587
Quimioterapia[b]	0.43	2.85	0.03	.882
Comorbilidade[b]	-1.79	2.24	-0.17	.431
Antecedentes psiquiátricos[b]	1.38	2.19	0.13	.535
Seguimento atual [b]	-0.63	2.02	-0.06	.758
Depressão (HADS T1)	0.09	0.28	0.07	.763
Ansiedade (HADS T1)	-0.56	0.36	-0.50	.131
Termómetro *distress* (T1)	-0.05	0.45	-0.03	.911

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; SNC: Sistema Nervoso Central; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (23, 27) = 1.20, p = .326; R^2 = .505, R^2 ajustado = .082, d = 2.40; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.

Tabela Q – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	4.01	1.78		.034
Idade	0.04	0.02	0.31	.111
Género[a]	-0.56	0.82	-0.15	.501
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	0.66	0.47	0.24	.175
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	0.99	0.72	0.28	.182
Estadio cancro[c]	-1.86	0.65	-0.68	.009
Localização cancro: Colon[b]	0.74	0.89	0.20	.413
Localização cancro: Gástrico[b]	0.23	1.50	0.03	.879
Localização cancro: Pulmão[b]	2.08	0.81	0.46	.017
Localização cancro: Tiroide[b]	-0.46	1.48	-0.05	.758
Quimioterapia[b]	0.44	0.68	0.13	.519
Comorbilidade[b]	-0.44	0.40	-0.16	.279
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.17	0.51	-0.06	.734
Seguimento atual[b]	-0.71	0.48	-0.25	.155
Depressão (HADS T1)	0.24	0.11	0.50	.035
Ansiedade (HADS T1)	-0.15	0.09	-0.29	.125
Termómetro *distress* (T1)	-0.10	0.11	-0.16	.359
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (16, 23) = 2.41, p = .027; R^2 = .626, R^2 ajustado = .366, d = 2.15; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela R – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.99	2.57		.012
Idade	-0.01	0.03	-0.03	.884
Género[a]	0.53	1.18	0.13	.656
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	-0.15	0.67	-0.05	.825
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	-1.79	1.03	-0.45	.096
Estadio cancro[c]	-0.58	0.94	-0.19	.539
Localização cancro: Colon[b]	0.72	1.28	0.17	.579
Localização cancro: Gástrico[b]	1.59	2.15	0.16	.468
Localização cancro: Pulmão[b]	0.88	1.17	0.17	.457
Localização cancro: Tiroide[b]	3.32	2.13	0.34	.133
Quimioterapia[b]	-0.78	0.98	-0.20	.434
Comorbilidade[b]	-0.05	0.57	-0.02	.928
Antecedentes psiquiátricos[b]	1.19	0.73	0.38	.114
Seguimento atual[b]	-0.63	0.69	-0.20	.372
Depressão (HADS T1)	-0.21	0.15	-0.39	.190
Ansiedade (HADS T1)	-0.08	0.13	-0.13	.570
Termómetro *distress* (T1)	0.11	0.15	0.16	.460
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d:* estatística Durbin-Watson; F (16, 23) = 0.92, p = .558; R^2 = .391, R^2 ajustado = -.033, d = 2.04; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela S – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	4.57	2.84		.122
Idade	0.04	0.04	0.22	.352
Género[a]	-0.31	1.31	-0.06	.817
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	-0.34	0.75	-0.10	.654
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	0.04	1.15	0.01	.974
Estadio cancro[c]	0.95	1.04	0.27	.369
Localização cancro: Colon[b]	-0.03	1.41	-0.01	.983
Localização cancro: Gástrico[b]	2.54	2.39	0.23	.298
Localização cancro: Pulmão[b]	2.95	1.29	0.51	.032
Localização cancro: Tiroide[b]	-0.32	2.36	-0.03	.894
Quimioterapia[b]	0.94	1.08	0.21	.394
Comorbilidade[b]	0.09	0.63	0.03	.883
Antecedentes psiquiátricos[b]	-1.32	0.81	-0.37	.115
Seguimento atual[b]	-0.07	0.76	-0.02	.923
Depressão (HADS T1)	-0.10	0.17	-0.16	.574
Ansiedade (HADS T1)	0.00	0.15	0.00	.992
Termómetro *distress* (T1)	0.10	0.17	0.13	.557
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d* = estatística Durbin-Watson; F (16, 23) = 1.08, p = .420; R^2 = .430, R^2 ajustado = .034, d = 1.59; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela T – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.01	1.21		<.001
Idade	0.03	0.02	0.30	.096
Género[a]	-0.55	0.56	-0.20	.334
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	0.43	0.32	0.22	.190
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	0.70	0.49	0.27	.167
Estadio cancro[c]	0.00	0.44	0.00	.991
Localização cancro: Colon[b]	0.34	0.60	0.13	.574
Localização cancro: Gástrico[b]	1.36	1.02	0.22	.195
Localização cancro: Pulmão[b]	0.54	0.55	0.17	.332
Localização cancro: Tiroide[b]	-0.10	1.01	-0.02	.921
Quimioterapia[b]	0.16	0.46	0.06	.736
Comorbilidade[b]	-0.35	0.27	-0.18	.202
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.52	0.34	0.26	.141
Seguimento atual[b]	-0.09	0.33	-0.04	.785
Depressão (HADS T1)	-0.11	0.07	-0.33	.136
Ansiedade (HADS T1)	-0.08	0.06	-0.22	.201
Termómetro *distress* (T1)	-0.07	0.07	-0.16	.332
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; *B:* Coeficiente de regressão não estandardizado; *EP B:* Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R^2: Coeficiente de determinação; *d* = estatística Durbin-Watson; F (16, 23) = 2.85, p = .011; R^2 = .664, R^2 ajustado = .431, d = 2.23; [a]0 = feminino, 1 = masculino. [b]0 = não, 1 = sim. [c]0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela U – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	9.29	2.43		.001
Idade	-0.02	0.03	-0.10	.543
Género[a]	-1.96	1.12	-0.34	.092
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	1.19	0.64	0.29	.074
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	1.67	0.98	0.30	.101
Estadio cancro[c]	-0.70	0.88	-0.16	.438
Localização cancro: Colon[b]	-0.23	1.21	-0.04	.851
Localização cancro: Gástrico[b]	2.51	2.04	0.19	.229
Localização cancro: Pulmão[b]	0.74	1.10	0.11	.511
Localização cancro: Tiroide[b]	0.20	2.02	0.01	.922
Quimioterapia[b]	-1.54	0.92	-0.28	.110
Comorbilidade[b]	-0.87	0.54	-0.20	.120
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.20	0.69	-0.05	.776
Seguimento atual[b]	-1.04	0.65	-0.24	.125
Depressão (HADS T1)	0.05	0.14	0.07	.708
Ansiedade (HADS T1)	-0.20	0.13	-0.25	.128
Termómetro *distress* (T1)	-0.10	0.14	-0.10	.500
F (16, 23) = 3.570, p = .003; R^2 = .713, R^2 ajustado = .513, d = 2.20 HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; B: Coeficiente de regressão não estandardizado; EP B: Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R2: Coeficiente de determinação; d = estatística Durbin-Watson; F (16, 23) = 3.570, p = .003; R^2 = .713, R^2 ajustado = .513, d = 2.20; a0 = feminino, 1 = masculino. b0 = não, 1 = sim. c0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela V – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – Significado/Paz como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: FACIT – Sentido/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.02	6.91		.393
Idade	0.26	0.09	0.51	.012
Género[a]	1.60	3.18	0.11	.621
Grau de escolaridade: Ensino secundário[b]	2.16	1.82	0.21	.248
Grau de escolaridade: Ensino superior[b]	1.93	2.79	0.14	.495
Estadio cancro[c]	-2.59	2.52	-0.25	.315
Localização cancro: Colon[b]	1.82	3.44	0.13	.602
Localização cancro: Gástrico[b]	3.13	5.80	0.10	.595
Localização cancro: Pulmão[b]	2.36	3.14	0.14	.461
Localização cancro: Tiroide[b]	6.55	5.75	0.20	.267
Quimioterapia[b]	-2.78	2.63	-0.21	.301
Comorbilidade[b]	-2.05	1.54	-0.20	.195
Antecedentes psiquiátricos[b]	3.03	1.96	0.29	.135
Seguimento atual[b]	0.53	1.86	0.05	.777
Depressão (HADS T1)	-0.16	0.41	-0.09	.698
Ansiedade (HADS T1)	-0.43	0.36	-0.22	.244
Termómetro *distress* (T1)	-0.26	0.41	-0.11	.534
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; QT: Quimioterapia; B: Coeficiente de regressão não estandardizado; EP B: Erro padrão; β: Coeficiente de regressão estandardizado; R2: Coeficiente de determinação; d = estatística Durbin-Watson F (16, 23) = 2.27, p = .036; R^2 = .612, R^2 ajustado = .342, d = 1.96; a0 = feminino, 1 = masculino. b0 = não, 1 = sim. c0 = localizado, 1 = avançado.				

Tabela W – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral no T2 como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.47	1.47		<.001
Idade	0.04	0.02	0.27	.046
Estadio cancro[a]	-0.35	0.53	-0.08	.517
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.18	0.49	0.05	.721
Depressão (HADS T1)	0.05	0.08	0.11	.525
Ansiedade (HADS T1)	-0.19	0.08	-0.45	.024
Termómetro *distress* (T1)	-0.10	0.11	-0.15	.382
F (6, 44) = 4.55, p = .001; R^2 = .383, R^2 ajustado = .299, d = 1.62				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; β = Coeficiente de regressão estandardizado, R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela X – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico no T2 como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	2.02	1.54		.194
Idade	0.05	0.02	0.35	.032
Estadio cancro[a]	0.36	0.55	0.10	.522
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.40	0.52	0.12	.440
Depressão (HADS T1)	-0.01	0.08	-0.02	.931
Ansiedade (HADS T1)	0.02	0.08	0.04	.850
Termómetro *distress* (T1)	0.12	0.12	0.20	.326
F (6, 44) = 1.20, p = .323; R^2 = .141, R^2 ajustado = .024, d = 1.65				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, β = Coeficiente de regressão estandardizado,; R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela Y – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial no T2 como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	12.98	1.78		<.001
Idade	-0.05	0.03	-0.26	.043
Estadio cancro[a]	-0.37	0.64	-0.07	.569
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.07	0.60	-0.02	.902
Depressão (HADS T1)	0.09	0.10	0.15	.355
Ansiedade (HADS T1)	-0.34	0.10	-0.61	.001
Termómetro *distress* (T1)	-0.20	0.14	-0.23	.147
F (6, 44) = 6.49, p < .001; R^2 = .470, R^2 ajustado = .397, d = 1.75				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, β = Coeficiente de regressão estandardizado, R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela Z – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial no T2 como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.09	1.41		<.001
Idade	0.05	0.02	0.32	.015
Estadio cancro[a]	-0.29	0.51	-0.07	.567
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.28	0.47	0.07	.563
Depressão (HADS T1)	-0.03	0.08	-0.07	.685
Ansiedade (HADS T1)	-0.19	0.08	-0.44	.022
Termómetro *distress* (T1)	-0.04	0.11	-0.06	.694
F (6, 44) = 5.64, p < .001; R^2 = .435, R^2 ajustado = .357, d = 1.56				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, β = Coeficiente de regressão estandardizado, R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AA – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte no T2 como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.85	1.75		<.001
Idade	0.04	0.02	0.21	.134
Estadio cancro[a]	-0.31	0.63	-0.06	.627
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.33	0.59	0.08	.572
Depressão (HADS T1)	-0.00	0.09	-0.00	.988
Ansiedade (HADS T1)	-0.19	0.10	-0.39	.060
Termómetro *distress* (T1)	-0.12	0.14	-0.16	.367
F (6, 44) = 3.68, p = .005; R^2 = .334, R^2 ajustado = .243, d = 1.85				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, β = Coeficiente de regressão estandardizado, R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AB – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – dimensão significado/paz como variável dependente (n = 51) (análise *intent to treat*)

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	10.07	4.29		.023
Idade	0.18	0.06	0.43	.005
Estadio cancro[a]	1.52	1.54	0.13	.329
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.24	1.44	0.02	.868
Depressão (HADS T1)	0.09	0.23	0.08	.684
Ansiedade (HADS T1)	-0.33	0.24	-0.29	.172
Termómetro *distress* (T1)	-0.13	0.33	-0.07	.699
F (6, 44) = 2.95, p = .016; R^2 = .287, R^2 ajustado = .190, d = 2.12				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, β = Coeficiente de regressão estandardizado, R^2 = Coeficiente de determinação, *d* = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AC – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.06	1.19		<.001
Idade	0.04	0.02	0.30	.039
Estadio cancro[a]	-1.20	0.44	-0.44	.011
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.03	0.38	0.01	.935
Depressão (HADS T1)	0.12	0.09	0.25	.222
Ansiedade (HADS T1)	-0.17	0.09	-0.33	.060
Termómetro *distress* (T1)	-0.13	0.10	-0.22	.174
F (6, 33) = 4.29, p = .003; R^2 = .438, R^2 ajustado = .336, d = 2.40				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AD – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.08	1.67		.005
Idade	0.01	0.03	0.04	.809
Estadio cancro[a]	-0.30	0.62	-0.10	.635
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.87	0.53	0.28	.112
Depressão (HADS T1)	-0.15	0.13	-0.28	.272
Ansiedade (HADS T1)	-0.01	0.12	-0.02	.933
Termómetro *distress* (T1)	0.11	0.14	0.16	.410
F (6, 33) = 0.82, p = .563; R^2 = .130, R^2 ajustado = -.028, d = 1.96				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AE – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	4.84	1.76		.009
Idade	0.04	0.03	0.24	.147
Estadio cancro[a]	1.85	0.65	0.52	.008
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.45	0.56	-0.13	.429
Depressão (HADS T1)	-0.16	0.14	-0.26	.258
Ansiedade (HADS T1)	-0.10	0.13	-0.15	.453
Termómetro *distress* (T1)	0.14	0.14	0.18	.332
F (6, 33) = 2.01, p = .092; R^2 = .268, R^2 ajustado = .135, d = 1.80				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AF – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.85	0.74		<.001
Idade	0.02	0.01	0.25	.053
Estadio cancro[a]	0.15	0.28	0.08	.595
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.68	0.24	0.34	.007
Depressão (HADS T1)	-0.16	0.06	-0.48	.009
Ansiedade (HADS T1)	-0.10	0.05	-0.28	.066
Termómetro *distress* (T1)	-0.07	0.06	-0.16	.235
F (6, 33) = 7.48, p < .001; R^2 = .576, R^2 ajustado = .499, d = 2.08				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AG – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	8.87	1.86		<.001
Idade	-0.01	0.03	-0.03	.852
Estadio cancro[a]	-1.88	0.69	-0.44	.010
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.31	0.59	0.07	.608
Depressão (HADS T1)	-0.03	0.14	-0.04	.847
Ansiedade (HADS T1)	-0.15	0.14	-0.19	.268
Termómetro *distress* (T1)	-0.20	0.15	-0.21	.188
F (6, 33) = 4.18, p = .003; R^2 = .432, R^2 ajustado = .328, d = 1.52				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AH – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – dimensão Significado/paz como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	10.60	4.48		.024
Idade	0.19	0.07	0.39	.009
Estadio cancro[a]	-2.22	1.67	-0.21	.192
Antecedentes psiquiátricos[b]	3.65	1.43	0.35	.015
Depressão (HADS T1)	-0.30	0.35	-0.17	.397
Ansiedade (HADS T1)	-0.40	0.33	-0.20	.233
Termómetro *distress* (T1)	-0.16	0.36	-0.07	.655
F (6, 33) = 4.53, p = .002; R^2 = .452, R^2 ajustado = .352, d = 1.63				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson.

[a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AI – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio geral em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.93	1.92		.004
Idade	0.06	0.03	0.33	.042
Estadio cancro[a]	-0.62	0.73	-0.13	.400
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.09	0.68	0.02	.901
Depressão (HADS T1)	0.09	0.11	0.17	.406
Ansiedade (HADS T1)	-0.20	0.11	-0.46	.068
Termómetro *distress* (T1)	-0.14	0.17	-0.18	.430
F (6, 31) = 4.49, p = .002; R^2 = .465, R^2 ajustado = .362, d = 1.74				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AJ – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio físico em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	-0.13	2.03		.950
Idade	0.08	0.03	0.50	.011
Estadio cancro[a]	0.97	0.77	0.22	.221
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.67	0.72	0.17	.360
Depressão (HADS T1)	0.02	0.11	0.04	.868
Ansiedade (HADS T1)	-0.05	0.11	-0.14	.644
Termómetro *distress* (T1)	0.27	0.18	0.39	.149
F (6, 31) = 1.68, p = .160; R^2 = .245, R^2 ajustado = .099, d = 1.95				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AL – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio psicossocial em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	15.48	2.20		<.001
Idade	-0.08	0.03	-0.37	.011
Estadio cancro[a]	-1.27	0.84	-0.20	.141
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.17	0.78	-0.03	.826
Depressão (HADS T1)	0.06	0.12	0.09	.621
Ansiedade (HADS T1)	-0.29	0.12	-0.49	.027
Termómetro *distress* (T1)	-0.41	0.20	-0.39	.051
F (6, 31 = 7.52, p < .001; R^2 = .593, R^2 ajustado = .514, d = 1.70				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AM – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio existencial em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.69	1.87		.005
Idade	0.06	0.03	0.35	.023
Estadio cancro[a]	-0.48	0.71	-0.10	.502
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.38	0.66	0.08	.570
Depressão (HADS T1)	-0.04	0.11	-0.07	.735
Ansiedade (HADS T1)	-0.19	0.10	-0.43	.078
Termómetro *distress* (T1)	-0.08	0.17	-0.10	.634
F (6, 31) = 5.29, p = .001; R^2 = .506, R^2 ajustado = .410, d = 1.57				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AN – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a qualidade de vida – domínio suporte em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.55	2.36		.009
Idade	0.05	0.03	0.25	.141
Estadio cancro[a]	-0.53	0.90	-0.09	.559
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.32	0.83	0.06	.700
Depressão (HADS T1)	-0.01	0.13	-0.01	.960
Ansiedade (HADS T1)	-0.17	0.13	-0.34	.200
Termómetro *distress* (T1)	-0.19	0.21	-0.21	.391
F (6, 31) = 3.29, p = .013; R^2 = .389, R^2 ajustado = .271, d = 1.90				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AO – Regressão linear múltipla para o grupo de intervenção (PGCS) com a FACIT – dimensão Significado/paz em T2 como variável dependente (n = 38) (análise *per protocol*)

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.26	5.77		.286
Idade	0.24	0.08	0.51	.006
Estadio cancro[a]	2.03	2.20	0.15	.363
Antecedentes psiquiátricos[b]	1.04	2.04	0.08	.616
Depressão (HADS T1)	0.18	0.32	0.12	.591
Ansiedade (HADS T1)	-0.43	0.32	-0.35	.194
Termómetro *distress* (T1)	-0.11	0.52	-0.05	.836
F (6, 31) = 2.87, p = .024 R^2 = .357, R^2 ajustado = .233, d = 2.29				

Nota. B = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AP – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio geral em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio geral T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.10	1.21		<.001
Idade	0.04	0.02	0.29	.050
Estadio cancro[a]	-1.22	0.45	-0.44	.011
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.00	0.38	-0.00	.997
Depressão (HADS T1)	0.10	0.09	0.22	.280
Ansiedade (HADS T1)	-0.15	0.09	-0.29	.090
Termómetro *distress* (T1)	-0.12	0.10	-0.20	.216
F (6, 33) = 4.11, p = .003; R^2 = .427, R^2 ajustado = .323, d = 2.47				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AQ – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio físico em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio físico T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	5.11	1.68		.005
Idade	0.01	0.03	0.05	.799
Estadio cancro[a]	-0.31	0.62	-0.10	.628
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.87	0.53	0.28	.109
Depressão (HADS T1)	-0.14	0.13	-0.26	.280
Ansiedade (HADS T1)	-0.02	0.12	-0.04	.865
Termómetro *distress* (T1)	0.11	0.14	0.16	.415
F (6, 33) = 0.82, p = .564; R^2 = .130, R^2 ajustado = -.029, d = 1.96				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AR – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio psicossocial em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio psicossocial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	4.85	1.76		.010
Idade	0.04	0.03	0.23	.155
Estadio cancro[a]	1.83	0.66	0.52	.009
Antecedentes psiquiátricos[b]	-0.47	0.56	-0.13	.405
Depressão (HADS T1)	-0.17	0.13	-0.28	.218
Ansiedade (HADS T1)	-0.09	0.13	-0.12	.509
Termómetro *distress* (T1)	0.15	0.14	0.19	.299
F (6, 33) = 1.99, p = .095; R^2 = .266, R^2 ajustado = .133, d = 1.79				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AS – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio existencial em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio existencial T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	6.89	0.74		<.001
Idade	0.02	0.01	0.24	.062
Estadio cancro[a]	0.14	0.28	0.07	.629
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.67	0.24	0.34	.008
Depressão (HADS T1)	-0.16	0.06	-0.49	.006
Ansiedade (HADS T1)	-0.10	0.05	-0.26	.070
Termómetro *distress* (T1)	-0.07	0.06	-0.15	.286
F (6, 33) = 7.43, p < .001; R^2 = .575, R^2 ajustado = .497, d = 2.13				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AT – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a qualidade de vida – domínio suporte em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: Qualidade de vida – domínio suporte T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	8.97	1.86		<.001
Idade	-0.01	0.03	-0.03	.827
Estadio cancro[a]	-1.90	0.69	-0.45	.010
Antecedentes psiquiátricos[b]	0.29	0.59	0.07	.620
Depressão (HADS T1)	-0.03	0.14	-0.04	.854
Ansiedade (HADS T1)	-0.16	0.13	-0.20	.226
Termómetro *distress* (T1)	-0.20	0.15	-0.21	.195
F (6, 33) = 4.28, p = .003; R^2 = .437, R^2 ajustado = .335, d = 1.54				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Tabela AU – Regressão linear múltipla para o grupo controlo (CAU) com a FACIT – dimensão significado/paz em T2 como variável dependente (n = 40)

Variável dependente: FACIT – Significado/Paz T2				
	B	*EP B*	β	*p*
Constante	10.86	4.47		.021
Idade	0.19	0.07	0.38	.008
Estadio cancro[a]	-2.29	1.66	-0.22	.179
Antecedentes psiquiátricos[b]	3.62	1.41	0.34	.015
Depressão (HADS T1)	-0.29	0.34	-0.16	.400
Ansiedade (HADS T1)	-0.44	0.32	-0.22	.183
Termómetro *distress* (T1)	-0.14	0.36	-0.06	.692
F (6, 33) = 4.64, p = .002; R^2 = .457, R^2 ajustado = .359, d = 1.67				

Nota. *B* = Coeficiente de regressão não estandardizado, *EP* = Erro padrão, β = Coeficiente de regressão estandardizado, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, R^2 = Coeficiente de determinação, d = estatística Durbin-Watson. [a]0 = localizado, 1 = avançado. [b]0 = não, 1 = sim.

Figura H – Process of therapeutic changes in Meaning Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis (Da Ponte et al., 2020)

Palliative and Supportive Care

cambridge.org/pax

Process of therapeutic changes in Meaning-Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis

Guida da Ponte, M.D., PSYCHIATRIST[1,2], Sílvia Ouakinin, M.D., PH.D., PSYCHIATRIST[2,3], Jorge Espírito Santo, M.D., ONCOLOGIST[4], Inês Amorim, M.SC., CLINICAL PSYCHOLOGIST[5], Zita Gameiro, M.D., PSYCHIATRIST[1], Mindi Fitz-Henley, M.B.B.S., PSYCHIATRY RESIDENT[6] and William Breitbart, M.D., PSYCHIATRIST[7]

[1]Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Barreiro, Portugal; [2]Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisboa, Portugal; [3]University Clinic of Medical Psychology and Psychiatry, Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisboa, Portugal; [4]Oncology Unit, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Barreiro, Portugal; [5]Algarve Cancer Association, Faro, Portugal; [6]Department of Psychiatry, University Hospital of the West Indies, Kingston, Jamaica and [7]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY, USA

Original Article

Cite this article: da Ponte G, Ouakinin S, Santo JE, Amorim I, Gameiro Z, Fitz-Henley M, Breitbart W (2020). Process of therapeutic changes in Meaning-Centered Group Psychotherapy adapted to the Portuguese language: A narrative analysis. *Palliative and Supportive Care*, 1–9. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Received: 23 October 2019
Accepted: 13 December 2019

Keywords:
Adaptation; Meaning-Centered Psychotherapy; Narrative analysis; Portuguese language; Therapeutic changes

Author for correspondence:
Guida da Ponte,
Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Avenida Movimento das Forças Armadas, 2830-003 Barreiro, Portugal.
E-mail: guidadaponte@gmail.com

Abstract

Objective. The aim was to understand the processes of therapeutic changes in Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) in a Portuguese sample.
Method. Adult cancer patients with distress motivated to participate in MCGP were identified; descriptive and narrative analyses were performed on the session content.
Results. The sample had 24 participants (mean age: 63.43 years); the majority were females (75%), with a median academic degree (54%). Breast cancer was most frequent (67%) at the localized stage (71%). The narrative analysis defined seven categories according to the MCGP themes. In "Moments with Meaning (MwM)," the most relevant dimensions were related to interpersonal relations, the moment of diagnosis, and personal achievements. This category established relations with almost all other categories, as did the category "historical sources of meaning (SoM)." The category "identity before and after cancer diagnosis" was only related to "attitudinal SoM" and "transitions." Historical SoM had two dimensions, "past" and "present and future" legacies, in which prominent topics related to family, childhood, achieved goals, and values to pass to others explored. Attitudinal SoM established relations only with the category "creative SoM," in which "courage" and "responsibility" were the main dimensions, which were also related to "MwM," "historical," and "attitudinal SoM." Experiential SoM, with the main dimension "love," was related to "MwM" and "historical SoM." Transitions only established relations with "historical SoM" and "identity before and after cancer."
Significance of results. The findings that "MwM" and "historical SoM" were the categories which established a solid pattern of relations suggest that these are the main psychotherapy topics that can have more influence for the participants; one explanation is that these categories imply a concrete way of thinking, which is easier to understand. This process of therapeutic changes must be integrated in a cultural context, as it is well known to have an impact upon the "meaning" of life.

Introduction

Meaning-Centered Psychotherapy (MCP) is a therapeutic modality that addresses the relevance of spiritual well-being and the role of meaning in face of an existential crisis. It is a short-term intervention with robust evidence of efficacy, developed by William Breitbart (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2010, 2015; Applebaum et al., 2015; Da Ponte et al., 2018b). MCP was developed to help patients with advanced cancer to sustain or enhance a sense of meaning, peace, and purpose in their lives, even in the end of life (Breitbart et al., 2010, 2015; Applebaum et al., 2015; Van der Spek et al., 2016; Da Ponte et al., 2018b).

Breitbart et al. highlighted the central role of meaning as protective against depression, hopelessness, and desire for hastened death (Breitbart et al., 2000, 2010, 2012; Nelson et al., 2002; McClain et al., 2003; Da Ponte et al., 2018b). Also, patients who experience a stronger meaning after a cancer diagnosis have a higher psychological well-being, less distress, and better adjustment and quality of life (QoL) (Tomich, 2002; Lee et al., 2004; Lee, 2008; Park et al., 2008; van der Spek et al., 2013, 2016; Devoldre et al., 2015; Da Ponte et al., 2018b).

MCP is mainly grounded on Viktor Frankl's work (Spiegel and Bloom, 1981; Frankl, 1992; Kissane et al., 2003; van der Spek et al., 2016; Da Ponte et al., 2018b). For Frankl, human

© Cambridge University Press 2020

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Table 1. Meaning-Centered Group Psychotherapy — four sessions version (duration: 1.5 h; weekly periodicity)

Sessions	Themes	Content and exercises
1	Moments with meaning; cancer and meaning	Introduction: identity before and after cancer: *who am I? How has cancer affected your answers?*
2	Historical sources of meaning	Life as a legacy: that was given (*memories, relations, traditions … with meaning*), *how* we live (*roles and activities with meaning*) and give;
3	Attitudinal, creative and experiential sources of meaning	To confront cancer limitations; Creativity, courage, and responsibility: *what are your responsibilities? What and who are you responsible for?* Love, beauty, and humor: *connecting with life;* *Life legacy*
4	Transitions: reflections and hopes for the future	*Life legacy* Reflection of group lessons: *do you better understand the sources of meaning? Can you use them in daily life?*

beings have the freedom to find meaning in their existence and to choose their attitude facing suffering (Frankl, 1975, 1992; Breitbart, 2002; van der Spek et al., 2013; Applebaum et al., 2015; Da Ponte et al., 2018b). Meaning, or having a sense that life has a meaning, involves the conviction that one is fulfilling a unique role and purpose in a life that comes with a responsibility to live up to one's full potential (Breitbart, 2002).

MCP was first developed in a group format (Meaning-Centered Group Psychotherapy — MCGP) in 2002. It is a manualized eight-week intervention with 1.5-h sessions, which utilizes a combination of experiential exercises and discussion focused around meaning and advanced cancer (Breitbart, 2002). The first randomized control trial evidenced benefits in enhancing spiritual well-being and a sense of meaning that persisted, which may have grown, after treatment ended (Breitbart, 2002). Further studies suggested that more severe forms of despair may respond better to existential approaches (Breitbart et al., 2015).

Individual MCP (IMCP) emerged in Breitbart et al. (2012) to avoid attrition in the group format. IMCP follows the same framework of MCGP, and it had shown efficacy in improving spiritual well-being, a sense of meaning, overall QoL, physical symptom distress, anxiety, and desire for hastened death (Breitbart et al., 2012, 2018). However, IMCP showed no significant differences at the 2-month follow-up, which may reflect the unique benefits of a group-based intervention in this population, such as a sense of universality and belonging, a feeling of helping oneself by helping others, and seeing how others have coped successfully (Breitbart, 2002; Breitbart et al., 2012).

After the expansion of MCP for advanced cancer and in the assumption that MCP was applicable for a human being facing suffering, other versions were developed.

MCP for Cancer Caregivers (MCP-C) emerged in Applebaum et al. (2015) to address existential concerns experienced by cancer caregivers. Evidence showed its efficacy especially in prolonged grief disorder (Breitbart, 2002; Chochinov et al., 2006; Applebaum et al., 2015, 2018; Da Ponte et al., 2018b). Applebaum et al. (2018) adapted MCP-C for a self-administered web-based program as a way to provide a flexible support program; this modality had a potential to improve the sense of meaning and purpose among caregivers and to protect against burden (Antoni et al., 2001; Applebaum et al., 2018).

van der Spek et al. (2013, 2014) adapted MCGP for Cancer Survivors (MCGP-CS), with the goal of sustaining (or enhancing) a sense of meaning or purpose to cope better with cancer consequences (Tedeschi and Calhoun, 2004; Ussher et al., 2005; Henoch & Danielson, 2009; van der Spek et al., 2013, 2014). MCGP-CS proved to be effective in improving personal meaning, psychological well-being, and mental adjustment in cancer survivors in the short term and in reducing psychological distress and depressive symptoms in the long term (van der Spek et al., 2016).

Meaning-Centered Grief Therapy for parents who had lost a child was developed by Lichtenthal and Breitbart (2015); meaning reconstruction was the key to help manage prolonged grief symptoms. Studies supported its feasibility, acceptability, and effectiveness (Neimeyer, 2000; Lichtenthal, 2010; Lichtenthal et al., 2011, 2013, 2019; Lichtenthal and Breitbart, 2015).

MCP-palliative care was developed by Rosenfeld et al. (2017) as a brief intervention for enhancing meaning at the end of life (LeMay, 2008). The pilot study showed its feasibility and acceptability, and the potential to help cope better with the challenges of confronting death and dying (Rosenfeld et al., 2017).

Vos and Vitali (2018) conducted a meta-analysis to determine the effects of MCP on improving QoL and reducing psychological stress; this study revealed that immediate effects were larger for general QoL than for meaning in life, hope and optimism, self-efficacy, and social well-being and that increases in meaning in life predicted decreases in psychological stress.

Da Ponte et al. (2017) adapted the MCGP manual to Portuguese. The difficulties raised were about the comprehensibility of existential issues and "meaning" (of life), which seemed culturally determined. The pilot study of MCGP validation to the Portuguese language showed several dropouts, which could jeopardize the feasibility of the study, so the authors adapted MCGP to a four session version (Table 1). Preliminary results demonstrated benefits in increasing spiritual well-being and QoL and in decreasing depression and anxiety (Da Ponte et al., 2018a).

The goal of the present article is to analyze the content of an MCGP-4 session version, carried out in a Portuguese sample, to:

- identify what was easier to reach for the participants, or which topic the psychotherapy may have more influence;
- understand the process of MCGP itself, in particular, the possible association between the techniques and any therapeutic changes.

Methods

The study was conducted in the Oncology Unit of Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, after the approval of the

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Table 2. Sample socio-demographic and clinical characterizations

Sample (*n*)	24
Gender (*n*, %)	
Male	6 (25)
Female	18 (75)
Age	
Mean	63.434
Maximum	77
Minimum	40
Academic degree (*n*, %)	
Primary school	9 (38)
Middle school	1 (4)
High school	13 (54)
Graduation	1 (4)
Employment (*n*, %)	
Retired	19 (79)
Employed	1 (4)
Unemployed	2 (9)
Sick leave	2 (8)
Marital status (*n*, %)	
Married	15 (62)
Widowed	4 (17)
Divorced	3 (13)
n/a	2 (8)
Cancer location (*n*, %)	
Breast	16 (67)
Stomach	2 (8)
Bladder	3 (13)
Lung	1 (4)
Colon	2 (8)
Cancer stage (*n*, %)	
Localized	17 (71)
Advanced	7 (29)
Type of treatment (*n*, %)	
Surgery	20 (83.33)
CT	14 (58.33)
RT	11 (45.83)
HT	8 (33.33)
In the current moment under CT (*n*, %)	5 (20.83)
Personal psychiatric history (*n*, %)	15 (62.5)
Current psychiatric/psychological follow-up (*n*, %)	17 (70.83)
Reasons for psychiatric/psychological follow-up (*n*, %)	
Anxiety	8 (34)
Depression, anxiety	6 (25)
Depression	1 (4)
Other	2 (8)
n/a	7 (29)

CT: chemotherapy; HT: hormonal therapy; n/a: not applicable; RT: radiotherapy

limitations, 4.2. Attitude in face of limitations since cancer diagnosis; 5.1. Courage, 5.2. Responsibilities; 5.3. Unfinished issues; 6.1. Love, 6.2. Beauty, 6.3. Humor; 7.1. Life project, 7.2. Changes in seeing life and illness, 7.3. Better understanding of the SoM, 7.4. Hopes for the future). When the themes or subthemes of the sessions were developed, they were then assigned topics — according to the Edwards (2016) methodology — into categories: 1. MwM, 2. Identity before and after cancer diagnosis, 3. Historical SoM, and 6. Experiential SoM. The relationship pattern established among the different categories is shown in Figure 2.

Category 1 — moments with meaning

In this category, 10 dimensions emerged (Table 3): 1. wedding, 2. births, 3. deaths in family, 4. illness diagnosis in the family, 5. war, 6. family moments, 7. moments with friends, 8. pets, 9. the moment of cancer diagnosis, and 10. personal achievements.

The most discussed dimensions were "births," "illness diagnosis in family," "family moments," "moments with friends," "the moment of cancer diagnosis," and "personal achievements." In dimensions "births" and "moments with friends," the participants gave examples of positive experiences, remembering "the miracle" of birth and "laughing with friends." In "moments in family," they shared the feeling of being "the only one," as being valued by those they love, and the support they received in moments of fragility, like those after cancer treatments. The dimension "impact of an illness diagnosis in the family" was described as an intense moment of suffering, as important or more than the moment of the diagnosis of their own cancer — "when my son was diagnosed with cancer" — or as a moment of happiness when family members recover. Another dimension that raised some powerful sentences was "the moment of cancer diagnosis": "it was like I was waiting for something bad, and when I had the diagnosis, I was relieved"; "someone had told me that I had asked to have cancer; maybe I had." In "personal achievements," the examples reflected goals reached, such as the first trip to New York, or gaining financial independence. The dimensions "wedding," "war," and "pets" were less explored, but they were described as moments of responsibility, to others or itself, and love.

In terms of patterns of relations, the category "MwM" established relationships with almost all other categories, particularly with the category "historical SoM" (Figure 2). In fact, the relation with this last category was established more than once, showing the importance of this pattern. MwM were present when participants shared their "childhood" (dimension "past legacy" — category "historical SoM") and "achieved goals" and "values to pass to others" (dimension "present and future legacy") (Table 3). MwM were also present in the categories "creative" and "experiential SoM." In the first, the relation is bilateral and, inclusively, occurred more than once; when participants shared their marriage or going to war, these were also moments of "responsibility" and "courage." The relation with "experiential SoM" was established when participants shared their moments of "love" for family or pets or experiencing the "beauty" of "nature."

Category 2 — identity before and after cancer

Identity before and after cancer diagnosis was divided into dimensions "identity before cancer diagnosis" and "identity after cancer diagnosis" (Table 3). In the dimension "identity before cancer

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Table 3. Narrative analysis of MCGP session content

Categories	1. Moments with meaning[a]	2. Identity before and after cancer diagnosis[a]	3. Historical sources of meaning[a]	4. Attitudinal sources of meaning[a]	5. Creative sources of meaning[a]	6. Experiential sources of meaning[a]	7. Transitions[a]
Dimensions	1.1. Wedding	2. Identity before[b]	3.1. Past legacy[b]	4.1. Attitude in face of past limitations[b]	5.1. Courage[b]	6.1. Love[b]	7.1. Life project[b]
	1.2. Births	2.1.1. Positive characteristics[c]	3.1.1. Family relations[c]	4.2. Attitude in face of limitations since cancer diagnosis[b]	5.2. Responsibilities[b]	6.1.1. Family love[c]	7.2. Changes in seeing life and illness[b]
	1.3. Deaths in family	2.1.2. Negative characteristics[c]	3.1.2. Traditions[c]		5.3. Unfinished issues[b]	6.1.2. Pets[c]	7.3. Better understanding of the sources of meaning[b]
	1.4. Illness diagnosis in the family	2.1. Identity after[b]	3.1.3. Childhood[c]			6.1.3. Religion[c]	7.4. Hopes for the future[b]
	1.5. War	2.2.1. Negative changes[c]	3.1.4. Education[c]			6.2. Beauty[b]	
	1.6. Family moments	2.2.2. The identity remains[c]	3.1.5. Values[c]			6.2.1. Nature[c]	
	1.7. Moments with friends	2.2.3. Value what really matters[c]	3.1.6. Family name[c]			6.3. Humor[b]	
	1.8. Pets	2.2.4. Focus on the body[c]	3.2. Present and future legacy[b]				
	1.9. The moment of cancer diagnosis		3.2.1. Achieved goals[c]				
	1.10. Personal achievements		3.2.2. Values to pass[c]				

[a]Sessions' themes.
[b]Sessions' sub-themes.
[c]Topics.

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

diagnosis," there were two main topics that emerged: what the participants felt as their "positive" and "negative characteristics" before cancer. In "positive characteristics," participants described themselves as "normal, cheerful, being in a good mood, without financial or family problems" or "someone at peace with life." As "negative characteristics," they mentioned their difficulty in living life to its fullest, as "a person that doesn't have time for anything" or "I overvalued things and I was always anxious." In "identity after cancer diagnosis," there were two topics that, although they were not time consuming, generated negative feelings — what participants felt as cancer negative consequences in their personality ("negative changes") and in their body ("focus on the body"), considering themselves as "more depressed, more pessimistic and more nervous than before; less independent, less active."

But, the topics most present were "the identity remains" and "value what really matters," as participants felt that "I didn't change, the fundamental is here but with some physical changes" or "nothing has changed, just my health"; "I'm the same person, but I value life more; now I have time for myself" and "I learned to enjoy every day."

Identity before and after cancer only established relations with "attitudinal SoM" and "transitions" (Figure 2). When participants shared "identity before" ("negative characteristics") and "after cancer diagnosis" ("the identity remains" and "value what really matters"), they were also exploring their "attitude in face of limitations before and after cancer diagnosis"; when participants shared their "life project" and "changes in seeing life and illness" (category "transitions"), they were referring to "identity before and after cancer."

Category 3 — historical sources of meaning

Historical SoM had two dimensions, according to the session content: "past legacy" and "present and future legacy" (Table 3). In the dimension "past legacy," the topics mainly explored were "family relations" and "childhood," as participants remembered the love and care they received, independently of adverse conditions — "my childhood was hard … I had to start working early to help at home"; "my parents got a divorce when I was 6 years old." Other topics explored, but without the same importance, were "traditions," "education," and "family name" — participants shared moments of spending Christmas with family, the transmission of values like respect and solidarity, and the transmission of their name from one generation to another. In the dimension "present and future legacy," the two main topics were "achieved goals" and "values to pass (to others)," with the examples being the goal of being a good parent or a competent professor, and transmission of values such as integrity and respect, to their children and grandchildren.

Historical SoM were similar to MwM, as it was a category with many interactions (Figure 2), establishing relations with the categories "MwM," "creative," and "experiential SoM" and "transitions." The dimension "past legacy," namely the topic "childhood," constituted "MwM," such as the dimension "present and future legacy," especially the topic "achieved goals"; this last dimension, on the other hand, was related to "responsibility," in "creative SoM." Categories "historical" and "experiential SoM" were connected by the dimension "love" ("experiential sources") that was present on "past legacy" (historical SoM) — topics "family relations," "traditions," or "family name." The dimension "present and future legacy," namely the topic "values to pass," was related to dimensions "life project" and "changes in seeing life and illness" in the category "transitions."

Category 4 — attitudinal sources of meaning

In "attitudinal SoM," the two main dimensions (Table 3) were "attitude in face of past limitations" and "attitude in face of limitations since cancer diagnosis." In terms of "past limitations," the most frequent examples were family deaths and separations, and financial losses: "my divorce was the most horrible thing that happened to me"; "I have had serious economic difficulties; I was alone and I had to start all over again." In terms of "attitude in face of limitations since cancer diagnosis," participants shared the effort "to play with the situation (cancer)," while others embraced new projects, such as trying painting classes, "I thought that I couldn't do so many things … to devalue obstacles and finding solutions."

Attitudinal SoM (Figure 2) established relations with the category "creative SoM," through its dimension "identity before and after cancer diagnosis."

Category 5 — creative sources of meaning

In "creative SoM," moments of "courage" and "responsibility" were the main dimensions (Table 3). Participants shared moments in life when they needed to have "courage" to "be the mother of a child with ADHD," "take the driving license test" or to make hard decisions, e.g. "going to the Navy," or "to ask for a divorce and knowing that I would raise my daughters alone." In "responsibility," participants shared the responsibility to their children, pets, and also for themselves and their disease. The third dimension, "unfinished issues," was less explored but nonetheless mentioned examples of wishes of traveling.

In terms of patterns established, "creative SoM" was an important category, relating especially to "MwM," and also to "historical" and "attitudinal SoM" (Figure 2). The dimension "courage" was present in the dimension "past legacy" of "historical SoM" when participants described their childhood memories. The dimensions "courage" and "responsibility" were present in participants' life decisions or in their personal achievements. Courage was also present in "attitude in face of past limitations and since cancer diagnosis," in category "attitudinal SoM."

Category 6 — experiential sources of meaning

In experiential SoM, dimensions were classified according to the session content, in "love," "beauty," and "humor" (Table 3). Love and beauty were more prominent in terms of relationships, topics emerged of "family love," "pets," and "religion." In "beauty," the main examples were related to nature, as "listening to the sea; the smell of flowers in the spring." The dimension "humor" was not as explored, but some participants considered that "dark humor is the best; I joked about the catheter (for CT), calling it a little bomb."

Experiential SoM were related to "MwM" and "historical SoM" (Figure 2). The most frequent dimension of this category was "love" that was present in moments of love for family, friends, or pets, and in traditions or family name (dimension "past legacy" — category "historical SoM").

Category 7 — transitions

In this category, the most important dimensions were "changes in seeing life and illness" and "hopes for the future" (Table 3). In the first, participants reflected how MCGP helped them "to live life to

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

its fullest" and the benefits of identifying themselves with other group members, feeling that there they are not alone. In "hopes for the future," all participants had the "hope to live more years." Dimensions "life project" and "better understanding and use of the SoM" were not so explored. Life project examples were "making a photo album" or "to be at peace and not to have conflicts."

Transitions were related to categories "historical SoM" and "identity before and after cancer diagnosis" (Figure 2). Life project was a dimension that, by its nature, was related to the "past, present and future legacies" (historical SoM). The dimension "changes in seeing life and illness" (transitions) established a connection with "identity before and after cancer diagnosis," especially in its dimension "to value what really matters."

Discussion

The perception of both mental and physical disability and their diagnostic value strongly vary in different social and cultural groups (Kim and Schulz, 2007; Sutkevičiūtė et al., 2017). In our study, examples of "MwM" were the socially expected norms (i.e. "wedding," "births," or "deaths in family").

In the dimension "identity after cancer diagnosis" (category "identity before and after cancer diagnosis"), some participants felt like cancer caused "negative changes" in their personality, which, after the psychotherapeutic work, turned out to be "value what really matters." Despite this, there was a difficulty to change the association between physical capacity (focus on the body) and personality as, for some of the participants, the body was their identity. This was also reported in the study of Leng et al. (2019), which described the main changes occurring post diagnosis: "shift in occupational goals, physical pain, physical appearance, and a shift from independence to dependence and interdependence."

Gil et al. (2018) studied the new issues that arose when applying adapted MCGP to Spanish-speaking advanced cancer patients (Fraguell et al., 2017). The "emergent themes" were classified as threat, benefit of group therapy, sadness, uncertainty, loss of social role, and the importance of a patient's current routine (Gil et al., 2018). The most widespread feeling verbalized by participants was threat, which overlapped with the study of van der Spek et al. (2013) in Dutch patients, where "threat to identity" was one of the main factors related to meaning. In the case of our study, "threat to identity" was approached in a superficially way in "identity before and after cancer."

Creative SoM established a pattern between its dimension "courage" and the category "MwM," given that most examples of moments of life with particular meaning were moments of courage. The other finding was in the dimension "responsibility," where participants felt responsible for themselves and their disease, in accordance with the westernized model of patient autonomy (Leng et al., 2018).

In conformity to others studies, as in ours, it was easy for participants to provide examples for "experiential SoM" when asked to list three ways in which they connect with life, namely through the sources of love and beauty (van der Spek et al., 2013; Fraguell et al., 2017; Leng et al., 2018). In the dimension "love," the theme of religion came up as participants reported their relationship with God — this can be explained by the Portuguese catholic culture (Table 2).

In the category "transitions," the sharing of experiences with other participants who are coping with the same illness supports the benefit of the model of identification in group therapy (Breitbart, 2002; Kissane et al., 2007; Breitbart et al., 2012, 2015; Limonero et al., 2014; Fraguell et al., 2017).

As already mentioned, the patterns established among the categories (Figure 2) were very clear; "MwM" and "historical SoM" were essential themes for participants. The authors interpret this finding, considering that these categories imply a concrete way of thinking and, therefore, simple to understand; also, it was evident that the dimension "past legacy," in "historical SoM," gave an opportunity to share effortlessly and, in the majority, pleasant memories. Basically, it was around these two categories that psychotherapy worked. Another example was the dimension "courage" of "creative SoM," which used moments from the "past, present, and legacies" (historical SoM) and "limitations before and after cancer diagnosis" (category "attitudinal SoM") as mechanisms for reaching and/or enhancing meaning. However, other studies have shown different results. Fraguell et al. (2017) and Rosenfeld et al. (2018) demonstrated strong evidence that improvement due to MCGP is mediated by the acceptance of cancer diagnosis and prognosis, despite the sense of a crisis that often accompanies the knowledge of these aspects. Lethborg et al. (2019) investigated the therapeutic processes used in Meaning and Purpose therapy (Lethborg et al., 2012), a type of psychotherapy with focus on meaning, and possible associations between the intervention and therapeutic changes; the common patterns emerged showed an increase focus on meaning and, at the same, a decrease on suffering. Although this cannot be directly compared to the results of our study, it is evident the similarity to our patterns of association between the categories "MwM" and "historical SoM" and all the other categories.

Although one of the limitations of this study can be the narrative analysis itself, because it used the session themes as categories and sub-themes as dimensions, this has decreased the subjectivity of codification and further diminished by the multi-layered analytical task carried out by both participants and therapist and independent contributors. Another limitation of this study was the use of the qualitative analysis to establish the relations among the categories; however, due to the diversity of variables, the use of the quantitative analysis would be impossible.

Our narrative analysis concluded that "MwM" and "historical SoM" were more impactful for the participants, constituting the MCGP processes of changes in our Portuguese sample. However, the authors point out that these results are certainly influenced by the Portuguese culture, which is inclusively supported by the conclusions of MCGP adaptation to the Portuguese language (Da Ponte et al., 2018a), as well as the vast literature about the influence of the culture on the concept of "meaning" of life.

Acknowledgments. The authors recognize the collaboration of Ofélia da Ponte, Family doctor, MD, Family Health Unit Golfinho, Faro, Algarve Administration of Health, Portugal; Humberto Santos, General Practitioner, Family Health Unit Castelo, Sesimbra, Portugal; and Joana Gomes, Department of Psychiatry and Mental Health, Doctor Nélio Mendonça, Funchal, Portugal.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

References

Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, *et al.* (2001) Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology* **20**(1), 20–32.

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Applebaum AJ, Kulikowski JR and Breitbart W (2015) Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): Rationale and overview. *Palliative and Supportive Care* **13**(6), 1631–1641.

Applebaum AJ, Buda KL, Schofield E, *et al.* (2018) Exploring the cancer caregiver's journey through web-based meaning-centered psychotherapy. *Psycho-Oncology* **27**(3), 847–856.

Breitbart W (2002) Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* **10**(4), 272–280.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, *et al.* (2000) Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* **284**(22), 2907–2911.

Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, *et al.* (2010) Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* **19**(1), 21–28.

Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, *et al.* (2012) Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology* **30**(12), 1304–1309.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, *et al.* (2015) Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology* **33**(7), 749–754.

Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, *et al.* (2018) Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer* **124**(15), 3231–3239.

Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, *et al.* (2006) Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine* **9**(3), 666–672.

Da Ponte G, Ouakinin S and Breitbart W (2017) Adaptation of meaning centered psychotherapy to Portuguese language. In: *Abstract Manual of the America Psychosomatic Society, 75th Annual Scientific Meeting*, Seville, Spain, A27.

Da Ponte G, Ouakinin S and Breitbart W (2018a) Adaptation of meaning centered psychotherapy to Portuguese population. In: *Presented at 1st International Congress of Psycho-Oncology*, Lisbon, Portugal.

Da Ponte G, Santo JE, Santos H, *et al.* (2018b) Meaning centered psychotherapy: The state of the art. *Current Psychiatry Reviews* **14**(3), 152–159.

Devoldre I, Davis MH, Verhofstadt LL, *et al.* (2015) Empathy and social support provision in couples: Social support and the need to study the underlying processes. *The Journal of Psychology* **144**(3), 259–284.

Edwards SL (2016) Narrative analysis: How students learn from stories of practice. *Nurse Researcher* **23**(3), 18–25.

Fraguell C, Limonero N and Gil F (2017) Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care* **16**(3), 317–324.

Frankl V (1975) *Man's Search for Ultimate Meaning*. New York, NY: Plenum Press.

Frankl VF (1992) *Man's Search for Meaning*, 4th ed. Boston, MA: Beacon Press.

Gil F, Fraguell C, Benito L, *et al.* (2018) Meaning-centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility. *Palliative and Supportive Care* **16**(6), 643–647.

Henoch I and Danielson E (2009) Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psycho-Oncology* **18**(3), 225–236.

Kim Y and Schulz R (2007) Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosom Medicine* **69**(3), 283–291.

Kissane DW, Bloch S, Smith GC, *et al.* (2003) Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology* **12**(6), 532–546.

Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, *et al.* (2007) Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology* **1**(16), 277–286.

Lee V (2008) The existential plight of cancer: Meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Supportive Care in Cancer* **16**(7), 779–785.

Lee V, Cohen SR, Edgar L, *et al.* (2004) Clarifying "meaning" in the context of cancer research: A systematic literature review. *Palliative and Supportive Care* **2**, 291–303.

LeMay K (2008) Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review* **28**, 472–493.

Leng J, Lui F, Chen A, *et al.* (2018) Adapting meaning-centered psychotherapy in advanced cancer for the Chinese immigrant population. *Journal of Immigrant and Minority Health* **20**(3), 680–686.

Leng J, Lui F, Huang X, *et al.* (2019) Patient perspectives on adapting meaning-centered psychotherapy in advanced cancer for the Chinese immigrant population. *Supportive Care in Cancer* **27**(9), 3431–3438.

Lethborg C, Schofield P and Kissane D (2012) The patient experience of undertaking meaning and purpose 'MaP' therapy in the setting of advanced cancer. *Palliative and Supportive Care* **4**(10), 177–188.

Lethborg C, Kissane DW and Schofield P (2019) Meaning and Purpose (MaP) therapy I: Therapeutic processes and themes in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care* **17**(1), 13–20.

Lichtenthal WG (2010) Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. *Death Studies* **34**(6), 475–499.

Lichtenthal WG and Breitbart W (2015) The central role of meaning in adjustment to the loss of a child to cancer: Implications for the development of meaning- centered grief therapy. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* **9**(1), 46–51.

Lichtenthal WG, Applebaum A and Breitbart W (2011) Using mixed methods data to adapt meaning-centered psychotherapy for bereaved parents. In: *International Psycho-Oncology Society 13th World Congress*. Antalya, Turkey.

Lichtenthal WG, Currier JM and Keesee NJ (2013) Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology* **66**(7), 791–812.

Lichtenthal WG, Catarozoli C, Masterson M, *et al.* (2019) An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative and Supportive Care* **17**(1), 2–12.

Lieblich A and Tuval-Mashiach RZ (1998) *Narrative Research: Reading Analysis, and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Limonero JT, Tomás-Sábado J and Gómez-Romero MJ (2014) Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young Spanish sample. *The Journal of Psychology* **17**, E34.

McClain CS, Rosenfeld B and Breitbart W (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* **361** (9369), 1603–1607.

Neimeyer R (2000) Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies* **24**(6), 541–558.

Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, *et al.* (2002) Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* **43**(3), 213–220.

Park CL, Edmondson D, Fenster JR, *et al.* (2008) Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **76**(5), 863–875.

Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, *et al.* (2017) Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative Medicine* **31**(2), 140–146.

Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, *et al.* (2018) Why is meaning-centered group psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients. *Psychooncology* **27**(2), 654–660.

Spiegel D and Bloom JR (1981) Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. *Archives General Psychiatry* **38**, 527–533.

Sutkevičiūtė M, Stančiukaitė M and Bulotienė G (2017) Individual meaning-centered psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica* **24**(1), 67–73.

Tedeschi RG and Calhoun LG (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* **15**, 1–18.

Tomich PL (2002) Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology* **11**(2), 154–169.

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S1478951519001110X

Ussher J, Kirsten L and Butow P (2005) What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine* **62**, 2565–2576.

van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan C, *et al.* (2013) Meaning making in cancer survivors: A focus group study. *PLoS One* **8**(9), 22–26.

van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, *et al.* (2014) Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* **14**(1), 14–22.

van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, *et al.* (2016) Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine* **47**(11), 1990–2001.

Vos J and Vitali D (2018) The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative and Supportive Care* **16**(5), 608–632.

Downloaded from https://www.cambridge.org/core. Syracuse University Libraries, on 26 Jan 2020 at 09:39:30, subject to the Cambridge Core terms of use, available at https://www.cambridge.org/core/terms. https://doi.org/10.1017/S147895151900110X

Tabela AW – Frequências das categorias e dimensões de acordo com as sessões (e respetivos temas)

Frequência de cada categoria (e dimensão) por sessão (e respetivo tema)									
	Sessão 1		**Sessão 2**	**Sessão 3**			**Sessão 4**		
Categorias (e dimensões e tópicos)	**Tema 1. McS**	**Tema 2. Identidade[°]**	**Tema 3. Fontes Históricas[b]**	**Tema 4. Fontes de Atitude[c]**	**Tema 5. Fontes Criativas[d]**	**Tema 6. Fontes Experienciais[e]**	**Tema 7. Transições**	**Tema 8. *Feedback* pessoal**	**Total**
Categoria 1. McS	n/a	5	144	36	23	14	1	0	223
Dimensão 1.1. Casamento	n/a	0	0	0	0	0	0	0	
Dimensão 1.2. Nascimentos	n/a	0	2	0	0	3	0	0	
Dimensão 1.3. Falecimentos na família	n/a	0	0	10	0	0	0	0	
Dimensão 1.4. Diagnóstico de doença em familiares	n/a	2	0	2	0	0	0	0	
Dimensão 1.5. Guerra	n/a	0	0	0	0	0	0	0	
Dimensão 1.6. Momentos com a família	n/a	1	71	6	0	1	0	0	
Dimensão 1.7. Momentos com os amigos	n/a	1	1	0	0	0	0	0	
Dimensão 1.8. Animais de estimação	n/a	0	0	0	0	0	0	0	

Dimensão 1.9. O momento do diagnóstico de cancro	n/a	0	0	0	0	0	0	0	
Dimensão 1.10. Conquistas pessoais	n/a	1	72	24	23	10	1	0	
Categoria 2. Cancro e Identidade	0	n/a	0	0	2	0	46	0	48
Dimensão 2.1. Identidade antes do diagnóstico de cancro	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Tópico 2.1.1. Caraterísticas positivas	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Tópico 2.1.2. Caraterísticas negativas	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Dimensão 2.2. Identidade depois do diagnóstico de cancro	0	n/a	0	0	2	0	46	0	
Tópico 2.2.1. Mudanças negativas	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Tópico 2.2.2. A identidade permanece	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Tópico 2.2.3. Valorizar o que realmente interessa	0	n/a	0	0	2	0	46	0	
Tópico 2.2.4. Foco no corpo	0	n/a	0	0	0	0	0	0	
Categoria 3. Fontes Históricas[a]	53	0	n/a	0	15	5	2	0	75

Dimensão 3.1. Legado passado	32	0	n/a	0	2	5	0	0	
Tópico 3.1.1. Relações familiares	30	0	n/a	0	0	5	0	0	
Tópico 3.1.2. Tradições	0	0	n/a	0	0	0	0	0	
Tópico 3.1.3. Infância	2	0	n/a	0	0	0	0	0	
Tópico 3.1.4. Educação	0	0	n/a	0	0	0	0	0	
Tópico 3.1.5. Valores	0	0	n/a	0	2	0	0	0	
Tópico 3.1.6. Nome de família	0	0	n/a	0	0	0	0	0	
Dimensão 3.2. Legados presente e futuro	21	0	n/a	0	13	0	2	0	
Tópico 3.2.1. Objetivos atingidos	21	0	n/a	0	13	0	2	0	
Tópico 3.2.2. Valores a trasmitir	0	0	n/a	0	0	0	0	0	
Categoria 4. Fontes de Atitude[b]	6	0	2	n/a	0	0	0	0	8
Dimensão 4.1. Atitude face a limitações passadas	2	0	2	n/a	0	0	0	0	
Dimensão 4.2. Atitude face a limitações desde o diagnóstico de cancro	4	0	0	n/a	0	0	0	0	
Categoria 5. Fontes Criativas[c]	7	0	3	5	n/a	0	25	0	15

Dimensão 5.1. Coragem	3	0	1	5	n/a	0	12	0	
Dimensão 5.2. Responsabilidades	4	0	2	0	n/a	0	13	0	
Dimensão 5.3. Assuntos inacabados	0	0	0	0	n/a	0	0	0	
Categoria 6. Fontes Experienciais[d]	22	0	3	0	0	n/a	0	0	25
Dimensão 6.1. Amor	22	0	3	0	0	n/a	0	0	
Tópico 6.1.1. Amor da família	15	0	3	0	0	n/a	0	0	
Tópico 6.1.2. Animais de estimação	7	0	0	0	0	n/a	0	0	
Tópico 6.2.1. Natureza	0	0	0	0	0	n/a	0	0	
Dimensão 6.2. Beleza	0	0	0	0	0	n/a	0	0	
Dimensão 6.3. Humor	8	0	8	0	0	n/a	0	0	
Categoria 7. Transições	0	51	1	13	2	0	n/a	99	166
Dimensão 7.1. Projeto de vida	0	0	0	0	0	0	n/a	0	
Dimensão 7.2. Mudanças na forma como encara a vida e a doença	8	35	7	7	2	0	n/a	10	
Dimensão 7.3. Melhor entendimento das fontes de significado	0	16	0	6	0	0	n/a	89	
Dimensão 7.4. Esperanças para o futuro	0	0	0	0	0	0	n/a	0	

Categoria 8. *Feedback* pessoal	0	0	0	0	0	0	0	n/a	0
Dimensão 8.1. *Feedback* positivo	0	0	0	0	0	0	0	n/a	
Tópico 8.1.1. Sentimentos	0	0	0	0	0	0	0	n/a	
Tópico 8.1.2. Mudanças positivas	0	0	0	0	0	0	0	n/a	
Dimensão 8.2. *Feedback* negativo	0	0	0	0	0	0	0	n/a	
Tópico 8.2.1. Mudanças negativas	0	0	0	0	0	0	0		
McS: Momentos com Significado; n/a: não aplicável; [a]Fontes Históricas do Significado; [b]: Fontes de Atitude do Significado; [c]: Fontes Criativas de Significado; [d]: Fontes Experienciais do Significado									

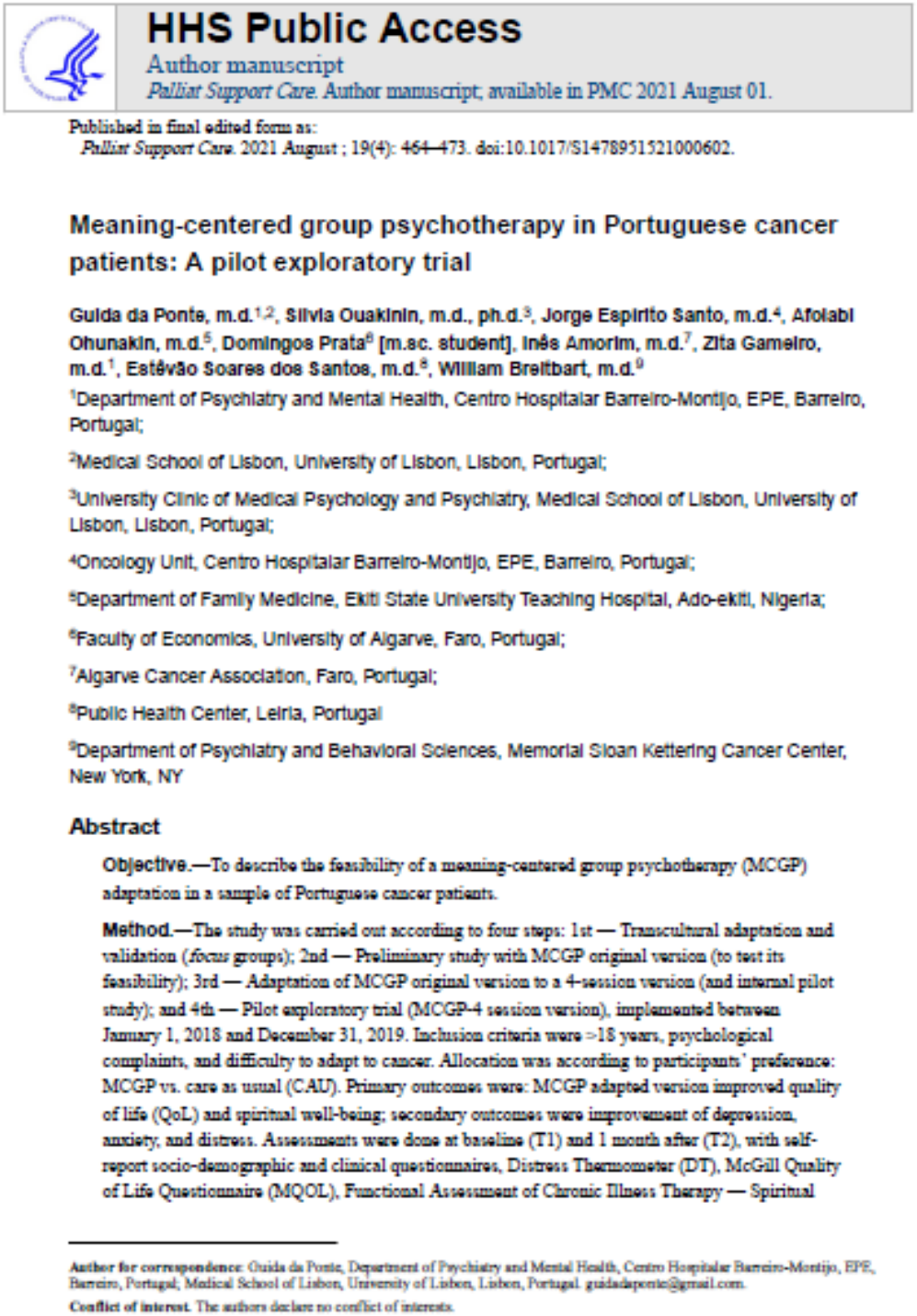
Tabela AW – Análises de moderação (n = 51; análise *intent to treat)*

	Coeficiente (*EP*)	***t***	***p***	***Bootstrapping***	
				Limite inferior	**Limite superior**
Modelo 1 (F (3, 47) = 3.08, p = .036; R^2 = 0.16)					
Depressão T1	0.00 (0.10)	0.00	1.000	-0.200	0.200
3 ou mais sessões	1.68 (1.03)	1.63	.110	-0.396	3.754
Depressão T1 x 3 ou mais sessões	-0.20 (0.12)	1.69	.097	-0.445	0.038
Modelo 2 (F (3, 47) = 9.37, p <.001; R^2 = 0.37)					
Ansiedade T1	0.00 (0.14)	0.00	1.000	-0.275	0.275
3 ou mais sessões	2.55 (1.51)	1.69	.098	-0.492	5.582
Ansiedade T1 x 3 ou mais sessões	-0.25 (0.15)	-1.75	.087	-0.546	0.038
Modelo 3 (F (3, 47) = 6.59, p <.001; R^2 = 0.30)					
Distress T1	0.00 (0.16)	0.00	1.000	-0.311	0.311
3 ou mais sessões	2.26 (1.14)	1.98	.054	-0.037	4.558
Distress T1 x 3 ou mais sessões	-0.40 (0.18)	-2.24	.030	-0.763	-0.041
Modelo 4 (F (3, 47) = 3.98, p = .013; R^2 = 0.20)					
Depressão T1	0.00 (0.10)	0.00	1.000	-0.209	0.209
3 ou mais sessões	1.96 (1.08)	1.82	.075	-0.209	4.137
Depressão T1 x 3 ou mais sessões	-0.24 (0.13)	-1.93	.060	-0.496	0.010
Modelo 5 (F (3, 47) = 8.53, p < .001; R^2 = 0.35)					
Ansiedade T1	0.00 (0.15)	0.00	1.000	-0.300	0.300
3 ou mais sessões	2.64 (1.65)	1.61	.115	-0.670	5.955
Ansiedade T1 x 3 ou mais sessões	-0.26 (0.16)	-1.67	.102	-0.583	0.054
Modelo 6 (F (3, 47) = 6.08, p = .001; R^2 = 0.28)					
Distress T1	0.00 (0.17)	0.00	1.000	-0.338	0.338
3 ou mais sessões	2.35 (1.24)	1.90	.064	-0.144	4.841
Distress T1 x 3 ou mais sessões	-0.42 (0.20)	-2.15	.036	-0.811	-0.028
Modelo 7 (F (3, 47) = 2.74, p = .054; R^2 = 0.15)					
Depressão T1	0.01 (0.12)	0.78	.938	-0.228	0.246
2ª sessão	1.47 (1.18)	1.24	.220	-0.911	3.850
Depressão T1 x 2ª sessão	-0.19 (0.13)	-1.44	.157	-0.463	0.077
Modelo 8 (F (3, 47) = 9.64, p <.001; R^2 = 0.38)					
Ansiedade T1	0.03 (0.15)	0.18	.855	-0.265	0.319
2ª sessão	2.70 (1.70)	1.59	.118	-0.709	6.109

Ansiedade T1 x 2ª sessão	-0.28 (0.15)	-1.85	.071	-0.590	0.025
Modelo 9 (F (3, 47) = 5.18, p = .004; R^2 = 0.25)					
Distress T1	0.02 (0.29)	0.05	.962	-0.560	0.587
2ª sessão	1.87 (2.03)	0.92	.361	-2.206	5.947
Distress T1 x 2ª sessão	-0.35 (0.30)	-1.17	.247	-0.948	0.250
Modelo 10 (F (3, 47) = 3.39, p = .026; R^2 = 0.18)					
Depressão T1	0.00 (0.12)	-0.02	.987	-0.252	0.248
2ª sessão	1.57 (1.25)	1.26	.215	-0.943	4.075
Depressão T1 x 2ª sessão	-0.21 (0.14)	-1.51	.138	-0.498	0.071
Modelo 11 (F (3, 47) = 8.45, p < .001; R^2 = 0.35)					
Ansiedade T1	0.00 (0.16)	-0.02	.981	-0.325	0.317
2ª sessão	2.39 (1.86)	1.29	.205	-1.350	6.139
Ansiedade T1 x 2ª sessão	-0.26 (0.17)	-1.55	.129	-0.597	0.078
Modelo 12 (F (3, 47) = 4.80, p = .005; R^2 = 0.23)					
Distress T1	0.00 (0.31)	0.01	.993	-0.618	0.623
2ª sessão	1.82 (2.19)	0.83	.410	-2.590	6.232
Distress T1 x 2ª sessão	-0.35 (0.32)	-1.09	.279	-1.000	0.295

MO: Média das Ordens; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; FACIT:Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Figura I – Meaning Centered Group Psychotherapy in portuguese cancer patients: a pilot exploratory trial (Da Ponte et al., 2021)



Author Manuscript
Author Manuscript
Author Manuscript
Author Manuscript

HHS Public Access
Author manuscript
Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Published in final edited form as:
Palliat Support Care. 2021 August ; 19(4): 464–473. doi:10.1017/S1478951521000602.

Meaning-centered group psychotherapy in Portuguese cancer patients: A pilot exploratory trial

Guida da Ponte, m.d.[1,2], **Silvia Ouakinin, m.d., ph.d.**[3], **Jorge Espirito Santo, m.d.**[4], **Afolabi Ohunakin, m.d.**[5], **Domingos Prata**[6] **[m.sc. student]**, **Inês Amorim, m.d.**[7], **Zita Gameiro, m.d.**[1], **Estêvão Soares dos Santos, m.d.**[8], **William Breitbart, m.d.**[9]

[1]Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Barreiro, Portugal;

[2]Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal;

[3]University Clinic of Medical Psychology and Psychiatry, Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal;

[4]Oncology Unit, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Barreiro, Portugal;

[5]Department of Family Medicine, Ekiti State University Teaching Hospital, Ado-ekiti, Nigeria;

[6]Faculty of Economics, University of Algarve, Faro, Portugal;

[7]Algarve Cancer Association, Faro, Portugal;

[8]Public Health Center, Leiria, Portugal

[9]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY

Abstract

Objective.—To describe the feasibility of a meaning-centered group psychotherapy (MCGP) adaptation in a sample of Portuguese cancer patients.

Method.—The study was carried out according to four steps: 1st — Transcultural adaptation and validation (*focus* groups); 2nd — Preliminary study with MCGP original version (to test its feasibility); 3rd — Adaptation of MCGP original version to a 4-session version (and internal pilot study); and 4th — Pilot exploratory trial (MCGP-4 session version), implemented between January 1, 2018 and December 31, 2019. Inclusion criteria were >18 years, psychological complaints, and difficulty to adapt to cancer. Allocation was according to participants' preference: MCGP vs. care as usual (CAU). Primary outcomes were: MCGP adapted version improved quality of life (QoL) and spiritual well-being; secondary outcomes were improvement of depression, anxiety, and distress. Assessments were done at baseline (T1) and 1 month after (T2), with self-report socio-demographic and clinical questionnaires, Distress Thermometer (DT), McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy — Spiritual

Author for correspondence: Guida da Ponte, Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Barreiro, Portugal; Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Lisbon, Portugal. guidadaponte@gmail.com.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), Hospital Anxiety and Depression Scale, and its subscales (HADS — HADS-D, HADS-A).

Results.—In the 1st step, and through *focus* groups, the manual was reformulated and tested. The preliminary study (2nd step) with MCGP original version showed a high number of dropouts which could jeopardize the study and, after reframing the sessions content, MCGP was adapted to a 4-session version, and its feasibility was tested by an internal pilot study (3rd step). The pilot exploratory trial (4th step) had 91 participants. Most socio-demographic and clinical characteristics between the groups (51: MCGP; 40: CAU) had no statistically significant differences. A comparison between the two groups at T2 showed that the MCGP group scored significantly higher in the general ($U = 552.00$, $P < 0.001$), and existential ($U = 727.50$, $P = 0.018$) domains and total score ($U = 717.50$, $P = 0.015$) of QoL, and CAU presented statistical higher levels in DT ($U = 608.50$, $P = 0.001$). Comparing the groups between T1 and T2, the MCGP group had a statistically significant improvement in the general ($Z = -3.67$, $P < 0.001$) and psychosocial ($Z = -2.89$, $P = 0.004$) domains and total score ($Z = -2.71$, $P = 0.007$) of QoL, and a statistically significant decrease in DT ($Z = -2.40$, $P = 0.016$). In terms of group effects, the MCGP group presented increased general ($b = 1.42$, $P < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.179$), and support ($b = 0.80$, $P = 0.045$, $\eta_p^2 = 0.048$) domains and total score ($b = 0.81$, $P = 0.013$, $\eta_p^2 = 0.073$) of QoL (small to elevated dimensions), and decreased levels of depression ($b = -1.14$, $P = 0.044$, $\eta_p^2 = 0.048$), and distress ($b = -1.38$, $P = 0.001$, $\eta_p^2 = 0.127$) (small to medium dimensions), compared with CAU. At T2, participants who attended ≥3 sessions ($n = 38$) had a statistically significant higher score in the general domain ($U = 130.50$, $P = 0.009$) of QoL, comparing with those who attended 1 or 2 sessions ($n = 13$).

Significance of results.—This study supports the benefits of an MCGP adapted version in improving QoL and psychologic well-being. More studies are necessary to address the limitations of this pilot exploratory trial, as its small sample size.

Keywords

Cancer; Meaning-centered group psychotherapy adaptation; Portuguese; Quality-of-life benefits

Introduction

Spiritual well-being and a sense of meaning are important influences for quality of life (QoL) in patients with advanced cancer (Field and Cassel, 1997; Sinclair et al., 2006).

The importance of the existential care lead to the emergence of meaning-focused interventions (Breitbart, 2002; Chochinov et al., 2005; Puchalski, 2013) in advanced cancer patients or terminally ill (Yalom and Greaves, 1977; Spiegel et al., 1981; Edelman et al., 1999; Edmonds et al., 1999; Classen et al., 2001; Kissane et al., 2003, 2007; Lee et al., 2006; Breitbart et al., 2010; Chochinov et al., 2011). In response to this need, Breitbart and his investigation group developed meaning-centered psychotherapy (MCP) to help patients with advanced cancer sustain or enhance a sense of meaning and purpose in their lives, even as they approach the end of life (Breitbart, 2000, 2002; Greenstein and Breitbart, 2000; Breitbart et al., 2010, 2015; Van der Spek et al., 2013; Applebaum et al., 2015). MCP was

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

first developed in a group format (meaning-centered group psychotherapy — MCGP), which is a manualized eight-week intervention (each session: 1.5 h) that utilizes a combination of didactics, experiential exercises and discussion (Breitbart, 2002). The first randomized control trial (RCT) showed benefits in enhancing spiritual well-being and a sense of meaning (Breitbart et al., 2010). Further studies suggested that more severe forms of despair respond better to existential interventions (Breitbart et al., 2015).

The goal of this study is to describe the feasibility of an MCGP adaptation in a sample of Portuguese cancer patients. The outcomes were: MCGP adapted version improves QoL and spiritual well-being (primary), and the levels of depression, anxiety, and distress (secondary).

Methods

Procedures

This study was implemented according to four steps. Transcultural adaptation and validation of MCGP standardized manual to the Portuguese language was carried out through *focus* groups (1st step). The preliminary study with the original version of MCGP (2nd step) revealed a high number of dropouts, which could jeopardize the study, and led to the 3rd step — adaptation of MCGP original version to a 4-session version (maintaining the same periodicity and duration of the original version), and internal pilot study (to test its feasibility), which followed the same methodology as the 4th step, except regarding the care as usual (CAU) group. A pilot exploratory trial (4th step — Figure 1) had two arms, according to allocation criteria: MCGP vs. CAU. MCGP was led by a therapist (psychiatrist) and attended by another health professional for training purposes, and after participants' consent.

It was carried out two assessments (T1 — MCGP: before the 1st session vs. CAU: 1st moment; T2 — MCGP: after the last session vs. CAU: 1 month after T1) with socio-demographic and clinical questionnaires and self-report instruments to measure QoL, spiritual, and psychological well-being: Distress Thermometer (DT; Ouakinin et al., 2015; National Comprehensive Cancer Network, 2017), McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL; Cohen et al., 1997; Duarte et al., 2010), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy — Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12; FACIT Group, 2011; Pereira and Santos, 2011), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; subscales: depression [HADS-D] and anxiety [HADS-A]; Zigmond and Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007). After each session, the therapist completed "*Checklist* of therapist adherence," a self-report to assess if the goals of each session were achieved (Breitbart and Poppito, 2014).

Participants

Participants with cancer were recruited at a district hospital (*Centro Hospitalar Barreiro-Montijo*) and two cancer associations (*Portuguese League Against Cancer* and *Algarve Cancer Association*) in Portugal, between January 1, 2018 and December 31, 2019. To ensure reliability, the inclusion criteria of this convenience sample (>18 years, psychological complaints, as depressed mood and anxiety, and difficulty to adapt to cancer) satisfied the

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

following assumptions: to replicate previous methodologies; to consist in a formal indication for existential psychotherapies (Teixeira, 2006; Breitbart and Alici, 2014; Julião, 2014; Van der Spek et al., 2014; Van Lankveld et al., 2018); and to use *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP) — a dimensional psychopathological classification (Kotov et al., 2017; Conway et al., 2019) — to facilitate symptoms recognition by the recruiters (medical oncologists and psychologists). The authors assumed that *screening* of distress it would not be a good measure to inclusion criteria, as high levels of distress do not necessarily correspond to maladaptive responses, as these are determined by a complex process of mental adjustment (Moyer et al., 2009; Croy, 2010; Van Lankveld et al., 2018). Exclusion criteria were: cognitive deficits that interfere in the capacity to give informed consent, psychotic symptoms or substance abuse (Julião, 2014). The allocation was according to participants preference to be included in MCGP vs. CAU (Applebaum et al., 2012). The participants were contacted, within 1 month after having expressed their availability, when it was reached a minimum of 5 per group (Applebaum et al., 2012), and it was considered dropout when they participate in less than 3 sessions (this cut-off ensures the "same dose" of treatment, it is the ideal to verify differences in the outcomes keeping and, at the same time, maintain a conservative approach) (Breitbart et al., 2015). For participants with current psychiatric/psychologic follow-up, their therapists were informed.

MCGP has no known risks, and its structure provides space for participants personal feedback (Breitbart and Poppito, 2014). The study was approved by the Institutional Ethical Committees, and the Portuguese National Commission of Data Protection, in accordance with the principles embodied in the Declaration of Helsinki.

Statistical analysis

For the internal pilot study (3rd step) and the *checklist* of therapist adherence, it was performed a descriptive analysis. For the pilot exploratory trial (4th step), it was carried out a sample characterization, using descriptive analyses and chi-square test. For group comparisons, parametric and nonparametric tests were used (Wilcoxon test, Mann–Whitney, and Student's *t*-tests). Analysis of group effects in primary and secondary outcomes used ANCOVA (independent variables: MCGP and CAU; dependent variables: 2nd assessment; covariate: 1st assessment; six covariables were identified to control possible confounding influences — age, gender, cancer stage, current chemotherapy [CT] treatments, personal psychiatric history, and current follow-up). Primary outcomes were QoL (MQOL total score and all domains) and spiritual well-being (FACIT total score and both dimensions). Secondary outcomes were depression (HADS-D), anxiety (HADS-A), and distress (DT). ANCOVA analysis demonstrated homogeneous variances for all variables; the assumption of slope homogeneity showed that there was not significant interaction between each dependent variable and the covariate, except for the support domain of QdV ($P = 0.022$). The groups had a similar dimension, so ANCOVA was robust to the analysis of these assumptions. The effect dimension was calculated using partial eta2 ([η_p^2]; small effect size: $\eta_p^2 = 0.01$, medium: $\eta_p^2 = 0.06$, high: $\eta_p^2 = 0.14$). Also, it was done a comparison analysis (T1 and T2) of spiritual and psychological between the participants who attended 1 or 2 sessions and those who attended 3 or all sessions.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Intent to treat analysis was performed, and missing values were inputted according to the expectation–maximization method. Analysis used SPSS, version 25, and values $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

1st step: Transcultural adaptation and validation

Transcultural adaptation and validation was performed by four *focus* groups, led by the therapist, to evaluate the manual comprehensibility (Goes, 2007; Pasquali, 2009; Epstein et al., 2015; Medeiros et al., 2015). The first two *focus* groups discussed the manual content (1st group: cancer patients; 2nd: mental health professionals without experience in MCP), and the results were discussed in the 3rd group, constituted by experts. The findings showed the necessity to clarify some of MCP core concepts (Figure 2), which seemed culturally determined and independent from the educational level (Da Ponte et al., 2017). The manual's reformulation was tested in another *focus* group, with cancer patients, and it was verified the substantial improvement of its comprehensibility.

2nd step: Preliminary study (MCGP original version — 8 sessions)

Of the initial sample ($n = 11$), six dropped out (the main reason was time consumption by the hospital, at the expense of participants' personal life), and the majority of these did not complete the 2nd assessment.

3rd step: Adaptation of MCGP original version to a 4-session version (and internal pilot study)

Because of dropouts in the preliminary study that could jeopardized the investigation, and after consulting previous adaptations of MCGP to different settings (Breitbart et al., 2010, 2012, 2015, 2018; Van der Spek et al., 2014, 2016; Lichtenthal et al., 2015; Rosenfeld et al., 2017), the participants preference for some themes (in the first steps of the study), and discussing with the author, MCGP was adapted to a 4-session version (Table 1). This consisted of a combination of sessions 1 and 2 ("Moments with Meaning" and "Cancer and Meaning") and sessions 5, 6, and 7 (Attitudinal, Creative, and Experiential Sources of Meaning) of the original version in single sessions (respectively); similarly to the original version, and because of its importance described in previous studies, "Historical Sources of Meaning" occupied an entire session (Breitbart et al., 2010, 2012, 2015, 2018; Van der Spek et al., 2014, 2016; Lichtenthal et al., 2015; Rosenfeld et al., 2017). Based on therapist training in MCP and available support material (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 2016), it was designed a short manual with the goals and exercises of each session, which conserved the same structure as MCGP original version: after a brief presentation of the therapist and the participants (session 1), session's themes were presented, experiential exercises were distributed and participants were asked to write their answers; the remaining time consisted of didactic discussions and participants' feedback.

Of the initial sample ($n = 15$), one-third of participants dropped out. The findings showed improvements in spiritual well-being (FACIT-Sp-12 total score: T1 — 32.54 vs. T2 — 33.77; FACIT-Sp-12 dimension meaning/peace: T1 — 32.54 vs. T2 — 33.77), levels of

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), Hospital Anxiety and Depression Scale, and its subscales (HADS — HADS-D, HADS-A).

Results.—In the 1st step, and through *focus* groups, the manual was reformulated and tested. The preliminary study (2nd step) with MCGP original version showed a high number of dropouts which could jeopardize the study and, after reframing the sessions content, MCGP was adapted to a 4-session version, and its feasibility was tested by an internal pilot study (3rd step). The pilot exploratory trial (4th step) had 91 participants. Most socio-demographic and clinical characteristics between the groups (51: MCGP; 40: CAU) had no statistically significant differences. A comparison between the two groups at T2 showed that the MCGP group scored significantly higher in the general ($U = 552.00$, $P < 0.001$), and existential ($U = 727.50$, $P = 0.018$) domains and total score ($U = 717.50$, $P = 0.015$) of QoL, and CAU presented statistical higher levels in DT ($U = 608.50$, $P = 0.001$). Comparing the groups between T1 and T2, the MCGP group had a statistically significant improvement in the general ($Z = -3.67$, $P < 0.001$) and psychosocial ($Z = -2.89$, $P = 0.004$) domains and total score ($Z = -2.71$, $P = 0.007$) of QoL, and a statistically significant decrease in DT ($Z = -2.40$, $P = 0.016$). In terms of group effects, the MCGP group presented increased general ($b = 1.42$, $P < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.179$), and support ($b = 0.80$, $P = 0.045$, $\eta_p^2 = 0.048$) domains and total score ($b = 0.81$, $P = 0.013$, $\eta_p^2 = 0.073$) of QoL (small to elevated dimensions), and decreased levels of depression ($b = -1.14$, $P = 0.044$, $\eta_p^2 = 0.048$), and distress ($b = -1.38$, $P = 0.001$, $\eta_p^2 = 0.127$) (small to medium dimensions), compared with CAU. At T2, participants who attended ≥3 sessions ($n = 38$) had a statistically significant higher score in the general domain ($U = 130.50$, $P = 0.009$) of QoL, comparing with those who attended 1 or 2 sessions ($n = 13$).

Significance of results.—This study supports the benefits of an MCGP adapted version in improving QoL and psychologic well-being. More studies are necessary to address the limitations of this pilot exploratory trial, as its small sample size.

Keywords

Cancer; Meaning-centered group psychotherapy adaptation; Portuguese; Quality-of-life benefits

Introduction

Spiritual well-being and a sense of meaning are important influences for quality of life (QoL) in patients with advanced cancer (Field and Cassel, 1997; Sinclair et al., 2006).

The importance of the existential care lead to the emergence of meaning-focused interventions (Breitbart, 2002; Chochinov et al., 2005; Puchalski, 2013) in advanced cancer patients or terminally ill (Yalom and Greaves, 1977; Spiegel et al., 1981; Edelman et al., 1999; Edmonds et al., 1999; Classen et al., 2001; Kissane et al., 2003, 2007; Lee et al., 2006; Breitbart et al., 2010; Chochinov et al., 2011). In response to this need, Breitbart and his investigation group developed meaning-centered psychotherapy (MCP) to help patients with advanced cancer sustain or enhance a sense of meaning and purpose in their lives, even as they approach the end of life (Breitbart, 2000, 2002; Greenstein and Breitbart, 2000; Breitbart et al., 2010, 2015; Van der Spek et al., 2013; Applebaum et al., 2015). MCP was

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

depression (HADS-D: T1 — 6.5 vs. T2 — 2.6), anxiety (HADS-A: T1 — 8.67 vs. T2 — 6.2), distress (DT: T1 — 4.56 vs. T2 — 3.75), and QoL (MQOL total score: T1 — 6.18 vs. T2 — 6.99; MQOL existential domain: T1 — 6.87 vs. T2 — 7.91).

4th step: Pilot exploratory trial (MCGP-4 session version)

Sample description—Socio-demographic and clinical characteristics of the sample are represented in Table 2. Of the 91 participants, 51 (56%) participated in MCGP and 40 (44%) in CAU. The mean age of the sample was 61.04 years (*SD*: ±11.42; MCGP: 59.57; CAU: 62.93), and the majority was female, married, and retired. In terms of clinical characteristics, breast cancer was the most frequent (MCGP: 51% vs. CAU: 70.0%), as it was the located stage (74.5% vs. 60%); most of participants were submitted to surgical (72.5% vs. 92.5%) and CT (64.7% vs. 82.5%) treatments and had physical comorbidities (62.7% vs. 60.0%). Although most of socio-demographic and clinical characteristics between the groups had no statistically significant differences, a more significant proportion of MCGP participants lived in a rural area and a lesser proportion lived in the suburbs of Lisbon, compared with CAU (48.9% vs. 7.9%; 35.6% vs. 71.1%, $\chi^2 = 18.85$, $P < 0.001$); fewer proportion of MCGP participants had done surgery, comparing with CAU (72.5% vs. 92.5%, $\chi^2 = 5.87$, $P = 0.015$), and a higher proportion of MCGP participants had personal psychiatric history (62.7% vs. 37.5%, $\chi^2 = 5.72$, $P = 0.017$), and current follow-up (60.8% vs. 35.0%, $\chi^2 = 5.96$, $P = 0.015$), comparing with CAU. Of the participants that were not on current follow-up, there was a significantly higher percentage of MCGP participants that considered it would be beneficial (82.4% vs. 50.0%, $\chi^2 = 4.71$, $P = 0.030$), comparing with CAU.

Group comparison and group effects—The comparison between groups (Table 3) in T1 showed that there was statistically significant differences in the psychosocial domain of QoL (*mean*: MCGP: 4.83 vs. CAU: 6.70; $U = 566.90$, $P < 0.001$) and anxiety (*mean*: MCGP: 9.33 vs. CAU: 7.00; $U = 646.00$, $P = 0.003$), where the MCGP group scored significantly lower in the psychosocial domain of QoL, and higher in anxiety, comparing with the CAU group. At T2, there was statistically significant differences between the general (*mean*: MCGP: 7.08 vs. CAU: 5.95; $U = 552.00$, $P < 0.001$), physical (*mean*: MCGP: 5.93 vs. CAU: 5.26; $U = 731.50$, $P = 0.018$) and existential (*mean*: MCGP: 6.98 vs. CAU: 6.57; $U = 727.50$, $P = 0.018$) domains and the total score (*mean*: MCGP: 6.64 vs. CAU: 6.24; $U = 717.50$, $P = 0.015$) of QoL, and anxiety (*mean*: MCGP: 8.66 vs. CAU: 7.31; $U = 740.50$, $P = 0.023$), where the MCGP group scored significantly higher. On the other hand, the CAU group presented statistical higher levels in DT (*mean*: MCGP: 4.32 vs. CAU: 5.69; $U = 608.50$, $P = 0.001$), in comparison with the MCGP group. Comparing the groups between T1 and T2, for the MCGP group, there was a statistically significant improvement in the general (*mean*: T1: 5.45 vs. T2: 7.08; $Z = -3.67$, $P < 0.001$) and psychosocial (*mean*: T1: 4.83 vs. T2: 6.20; $Z = -2.89$, $P = 0.004$) domains and total score (*mean*: T1: 5.88 vs. T2: 6.64; $Z = -2.71$, $P = 0.007$) of QoL, and a statistically significant decrease in DT (*mean*: T1: 5.28 vs. T2: 4.32; $Z = -2.40$, $P = 0.016$). In the CAU group, there was a significant statistical decrease in the support domain (*mean*: T1: 6.14 vs. T2: 5.69; $Z = -2.18$, $P = 0.029$) of QoL and a significant statistical increase in DT (*mean*: T1: 4.81 vs. T2: 5.69; $Z = 02.44$, $P = 0.015$).

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

risk of psychopathology (McFarland et al., 2019), but this result needs to be integrated with the rest, namely the number of participants in question (MCGP: 37/51 vs. CAU = 37/40).

The group comparison in the 1st assessment showed that MCGP, compared with the CAU group, presented a reduction of QoL, in its psychosocial domain, and higher levels of anxiety. In the 2nd assessment, the MCGP group, compared with the CAU group, presented higher QoL in its general, physical and existential domains and total score, and, although it was not statistically significant, an improvement in the psychosocial domain of QoL (*mean* T1: 4.83 vs. T2: 6.20). Similarly, the result of higher levels of anxiety in MCGP, comparing with the CAU group, needs to be integrated in the improvement (not statistically significant) of its levels (*mean* T1: 9.33 vs. T2: 8.66). The group comparison between assessments supports the previous findings, as the MCGP group presented better QoL in its general and psychosocial domains and total score. The new finding of higher levels of distress in the MCGP group, comparing with the CAU group, give additional evidence of its benefit in this dimension of psychological well-being.

In terms of group effects, for the primary outcome (MCGP adapted version improves QoL and spiritual well-being), it was verified a group effect, with small to high dimensions, in which the MCGP group, compared with the CAU group, presented a higher QoL (general and support domains, and total score), but not for spiritual well-being. This last data needs to be integrated in former results, namely the mean values of FACIT, and its dimension meaning/peace, at baseline (and also in 2nd assessment), which could mean that there was little space for improvement (MCGP: FACIT total score — T1: 28.48 vs. T2: 27.82; dimension meaning/peace — T1: 18.11 vs. T2: 18.40; FACIT Group, 2011). For the secondary outcome (MCGP adapted version improves levels of depression, anxiety, and distress), it was verified a group effect, with small to medium dimensions, in which the MCGP group improved levels of depression and distress, supporting the former results of group comparison.

It was also verified that participants who attended less sessions had better spiritual well-being at the beginning and, therefore, less need for psychotherapy. The improvement in QoL after psychotherapy in participants who attend more sessions can support the benefit of MCGP in QoL.

In terms of limitations, our pilot exploratory trial did not consist of RCT but an efficacy study, which is considered the more appropriate to study psychosocial interventions, given that it ensures external validity (Croy, 2010). The small sample, its cultural characteristics, and the adaptation in a short version of MCGP, could have conditioned the absence of its proven benefit in spiritual well-being. It is well described the relation between the benefit and duration of psychotherapies (Spiegel, 1978; Spiegel et al., 1981). Our recruitment rate was only possible by the expansion of inclusion criteria and allocation method — the first limitation was overpassed by our methodology (replication of previous studies) and statistical analysis (control of confounding variables) (Van Lankveld et al., 2018). The absence of *screening* for distress at the baseline was admitted, but it followed the assumption that high levels of distress do not necessarily correspond to maladaptive responses, as it is not the intensity but the nature of distress that determines the response (Moyer et al., 2009;

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Croy, 2010; Van Lankveld et al., 2018). The second limitation — allocation according to participants' preference — was also considered, given its relation with prognosis (Deeks et al., 2003). Although this, former studies gave strength to the intervention's efficacy, pointing to the inconsistency between participants' preference and attrition (Applebaum et al., 2012).

The reduction of the number of sessions in this adapted version could represent an advantage in terms of attrition rate (25.5%), taking into account that studies using MGCP original version showed rates between 25.8% and 56.9% (Applebaum et al., 2012; Breitbart et al., 2015).

The *checklist* of the therapist's adherence revealed his difficulty in adhering to all of session 3 goals, namely the completion of exercises. To overpass this limitation, the authors suggest dividing this session into two.

In conclusion, the preliminary results gave evidence for the benefits of the MCGP adapted version in increasing QoL and psychological well-being. The authors believe that there is space to improve the consistency of this study, with a reformulation of the MCGP adapted version and a larger sample.

Acknowledgments.

The authors would like to thanks to the Portuguese League Against Cancer, South Regional Centre, Lisbon, namely its Psycho-Oncology Unit, for their collaboration, in these three main areas: recruitment of the sample, administration of questionnaires to the control group, and logistical support for conducting the study.

References

Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Pessin HA, et al. (2012) Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. Psycho-Oncology 21(11), 1195–1204. [PubMed: 21751295]

Applebaum AJ, Kulikowski JR and Breitbart W (2015) Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): Rationale and overview. Palliative and Supportive Care 13(6), 1631–1641. [PubMed: 26000705]

Breitbart W (2000) Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy intervention in advanced cancer. Supportive Care in Cancer 10, 272–278.

Breitbart W (2002) Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Supportive Care in Cancer 10(4), 272–280. [PubMed: 12029426]

Breitbart W and Alici Y (2014) Psychosocial Palliative Care. New York: Oxford University Press.

Breitbart W and Poppito SR (2014) Meaning Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer. New York: Oxford University Press.

Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. (2010) Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. Psycho-Oncology 19(1), 21–28. [PubMed: 19274623]

Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. (2012) Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients With advanced cancer. Journal of Clinical Oncology 30(12), 1304–1309. [PubMed: 22370330]

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. (2015) Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology 33(7), 749–754. [PubMed: 25646186]

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al. (2018) Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. Cancer 124(15), 3231–3239. [PubMed: 29757459]

Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. (2005) Understanding the will to live in patients nearing death. Psychosomatics 46, 7–10. [PubMed: 15765815]

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. (2011) Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. The Lancet Oncology 12(8), 753–762. [PubMed: 21741309]

Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. (2001) Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. Archives of General Psychiatry 58, 494–501. [PubMed: 11343530]

Cohen SR, Mount BM, Bruera E, et al. (1997) Validity of the McGill quality of life questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. Palliative Medicine 11(1), 3–20. [PubMed: 9068681]

Conway CC, Forbes MK, Forbush KT, et al. (2019) A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. Perspectives on Psychological Science 14(3), 419–436. [PubMed: 30844330]

Croy P (2010) An Investigation of the Outcomes of Psycho-Oncology Interventions. New Zealand: Massey University.

Da Ponte G, Ouakinin S, Breitbart W (2017) Adaptation of meaning centered psychotherapy to Portuguese language. Publication Manual of the America Psychosomatic Society, A27.

Deeks J, Dinnes J, D'Amico R, et al. (2003) Evaluating non-randomised intervention studies. Health Technology Assessment 7(27), 1–173.

Duarte AC, Querido AI and Dixe MA (2010) Validação trancultural da "McGill quality of life questionnaire"- Qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos. International Journal of Developmental and Educational Psychology 4(1), 437–448.

Edelman S, Bell DR and Kidman AD (1999) A group cognitive therapy programme with metastatic breast cancer patients. Psycho-Oncology 8, 295–305. [PubMed: 10474848]

Edmonds CV, Lockwood GA and Cunningham AJ (1999) Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. Psycho-Oncology 8, 74–91. [PubMed: 10202785]

Epstein J, Santo RM and Guillemin F (2015) A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. Journal of Clinical Epidemiology 68(4), 435–441. [PubMed: 25698408]

FACIT Group (2011) FACIT Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. Available at: www.facit.org (retrieved October 11, 2014).

Field MJ and Cassel CK (1997). Approaching Death: Improving Care at the End of Life. Washington, DC: National Academies Press.

Goes PS (2007) Validação de Instrumentos de Pesquisa. Available at: https://docs.ufpr.br/ñirveam/microdasala/aulas/tecnicas_de_pesquisa/validação_odonto.pdf (retrieved July 8, 2014).

Greenstein M and Breitbart W (2000) Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. American Journal of Psychotherapy 54, 486–500. [PubMed: 11109133]

Hambleton RK and Patsula L (1990) Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. Journal of Applied Testing Technology 1(1), 1–30.

Julião M (2014). Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos - Ensaio Clínico Aleatorizado e Controladp. Universidade de Lisboa.

Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al. (2003) Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. Psycho-Oncology 12(6), 532–546. [PubMed: 12923794]

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al. (2007) Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psycho-Oncology 1(16), 277–286.

Kotov R, Waszczuk MA, Krueger RF, et al. (2017) The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. Journal of Abnormal Psychology 126(4), 454–477. [PubMed: 28333488]

Lee V, Cohen SR, Edgar L, et al. (2006) Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. Social Science & Medicine 62, 3133–3145. [PubMed: 16413644]

Lichtenthal WG, Corner GW, Sweeney CR, et al. (2015) Mental health services for parents who lost a child to cancer: If we build them, will they come? Journal of Clinical Oncology 33(20), 2246–2253. [PubMed: 26033819]

McFarland DC, Walsh L, Napolitano S, Morita J, et al. (2019). Suicide in patients with cancer: Identifying the risk factors. Retrieved June 30, 2020, from https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identi-fying-risk-factors.

Medeiros R, Júnior M, Pinto D, et al. (2015) Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência 4, 127–135.

Moyer A, Sohl SJ, Knapp-Oliver SK, et al. (2009) Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. Cancer Treatment Reviews 35(5), 475–484. [PubMed: 19264411]

MSKKC (2016) Meaning Centered Psychotherapy Web Portal. Available at: https://mskcc.cloud-cme.com/ (retrieved February 13, 2017).

National Comprehensive Cancer Network (2017) Distress management - NCCN guidelines. Available at: https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/basic-html/page-1.html# (retrieved December 21, 2019).

Ouakinin S, Eusebio S, Torrado M, et al. (2015) Stress reactivity, distress and attachment in newly diagnosed breast cancer patients. Health Psychology and Behavioral Medicine 3(1), 424–438.

Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, et al. (2007) Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. Psychology Health & Medicine 12(2), 225–235.

Pasquali L (2009) Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP 43, 992–999.

Pereira F and Santos C (2011) Adaptação cultural da functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de fim de vida. Cadernos de Saúde 2(4), 37–45.

Puchalski CM (2013) Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 123(9), 491–497. [PubMed: 24084250]

Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, et al. (2017) Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. Palliative Medicine 31(2), 140–146. [PubMed: 27435603]

Sinclair S, Pereira J and Raffin S (2006) A thematic review of the spirituality literature within palliative care. Journal of Palliative Medicine 9, 464–479. [PubMed: 16629575]

Spiegel DYI (1978) A support group for dying patients. Int J Group Psychother 28(2), 233–245. [PubMed: 631956]

Spiegel D, Bloom JR and Yalom I (1981) Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. Archives of General Psychiatry 38, 527–533. [PubMed: 7235853]

Swaine-Verdier A, Doward LC, Hagell P, et al. (2004) Adapting quality of life instruments. Value in Health 7(1), 27–30.

Teixeira J (2006) Introdução à psicoterapia existencial. Análise Psicológica 3, 289–309.

van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, et al. (2013) Meaning making in cancer survivors: A focus group study. PLoS ONE 8(9), 22–26.

van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, et al. (2014) Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: Protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 14(1), 22. [PubMed: 24467861]

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, et al. (2016) Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. Psychological Medicine 47(11), 1990–2001.

van Lankveld JDM, Fleer J, Schroevers ML, et al. (2018) Recruitment problems in psychosocial oncology research. Psycho-Oncology 27(9), 2296–2298. [PubMed: 29886576]

Yalom ID and Greaves C (1977) Group therapy with the terminally ill. American Journal of Psychiatry 134, 396–400.

Zigmond AS and Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 63, 361–370.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

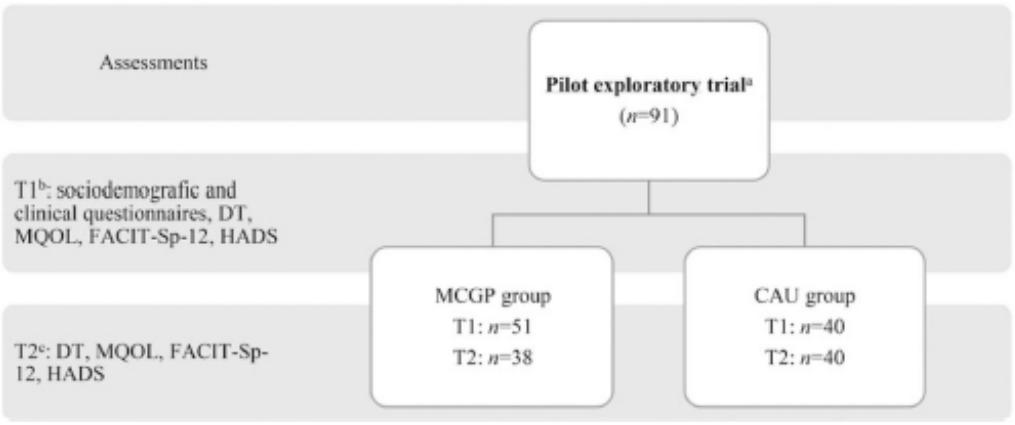


Fig. 1.

Pilot exploratory trial ([a]intent to treat analysis; [b]MCGP: before the 1st session/ CAU: 1st moment; [c]MCGP: after the last session/CAU: 1 month after T1; DT, distress thermometer; FACIT-Sp-12, functional assessment of chronic illness therapy — spiritual well-being scale; HADS, hospital anxiety and depression scale; MCGP, meaning-centered group psychotherapy).

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

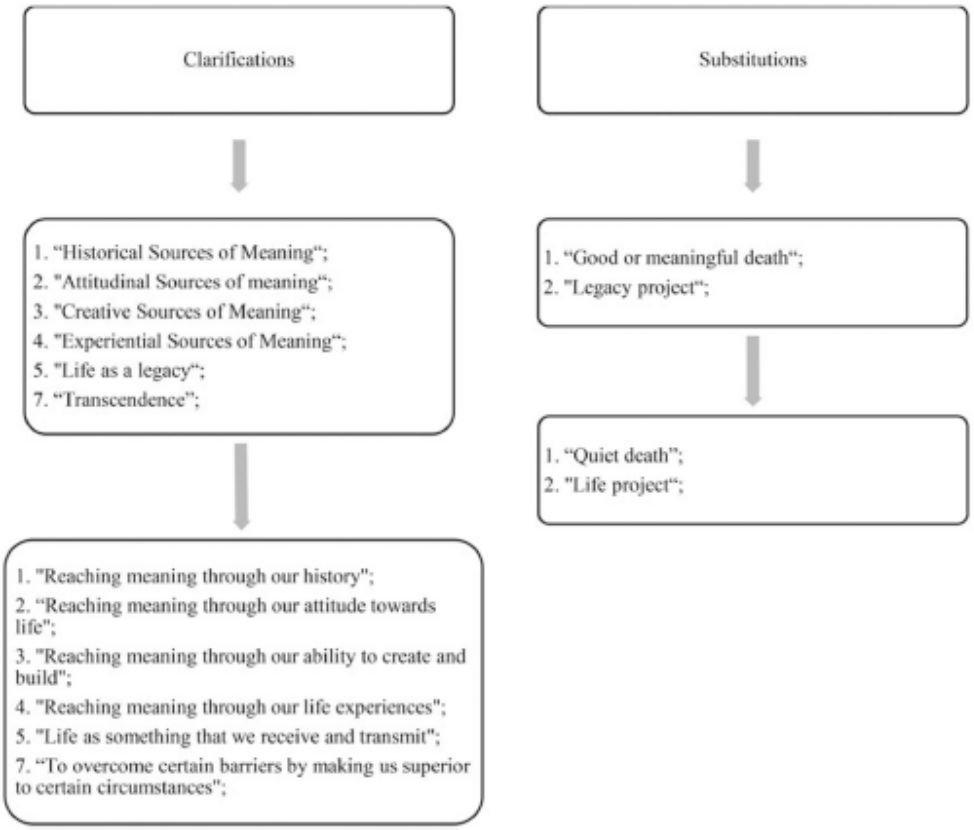


Fig. 2.
Meaning-centered group psychotherapy transcultural adaptation and validation.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Table 1.

Structure of meaning-centered group psychotherapy-4 session version

Sessions	Themes	Content and experiential exercises
1	Moments with Meaning; Cancer and Meaning	Introduction; Identity before and after cancer: *who am I? How cancer affected your answers?*
2	Historical Sources of Meaning	Life as a legacy: that was given (memories, relations, traditions… with meaning), that we live (roles and activities with meaning) and give
3	Attitudinal, Creative and Experiential Sources of Meaning	To confront cancer limitations; Creativity, courage and responsibility: *what are your responsibilities? Are you responsible for what and whom?; and* Love, beauty, and humor: connecting with life; Life legacy
4	Transitions: reflections and hopes for the future	Life legacy; Reflection of group lessons: *do you understand better "sources of meaning"? Can you see them in daily life?*

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Table 2.

Socio-demographic and clinical characteristics of meaning-centered group psychotherapy (MCGP) and care as usual (CAU) groups ($n = 91$)

	MCGP ($n = 51$)		CAU ($n = 40$)			
	n	%	*n*	%	t/χ^2	*P*
Age					−1.40	0.165
Mean	59.57		62.93			
SD	12.04		10.42			
Gender					1.49	0.222
Masculine	13	25.5	6	15.0		
Feminine	38	74.5	34	85.0		
Residence area[#]					16.85	<0.001
Urban area of Lisbon	7	15.6	8	21.1		
Suburban area of Lisbon	16	35.6	27	71.1		
Rural area	22	48.9	3	7.9		
Marital status[#]					3.81	0.283
Single	5	10.0	1	2.6		
Married	34	68.0	25	64.1		
Widow	3	6.0	6	15.4		
Divorced	8	16.0	7	17.9		
Level of education					2.82	0.420
Wo degree	2	3.9	0	0.0		
Primary school	16	31.4	13	32.5		
High school	20	39.2	20	50.0		
University degree	13	25.5	7	17.5		
Professional situation[#]					5.21	0.390
Unemployed	2	3.9	0	0.0		
Student	1	2.0	0	0.0		
Sick leave	3	5.9	0	0.0		
Housekeeper	2	3.9	1	2.6		

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

	MCGP ($n = 51$)		CAU ($n = 40$)			
	n	%	n	%	t/χ^2	P
Employed	16	31.4	13	33.3		
Retired	27	52.9	25	64.1		
Cancer location					12.93	0.298
Bladder	3	5.9	0	0.0		
Breast	26	51.0	28	70.0		
Colon	6	11.8	6	15.0		
Gastric	3	5.9	1	2.5		
Kidney	1	2.0	0	0.0		
Lung	4	7.8	4	10.0		
Lymphoma	2	3.9	0	0.0		
Ovary	1	2.0	0	0.0		
Prostate	3	5.9	0	0.0		
CNS	1	2.0	0	0.0		
Thyroid	0	0.0	1	2.5		
Uterus	1	2.0	0	0.0		
Cancer stage					2.17	0.140
Located	38	74.5	24	60.0		
Advanced	13	25.5	16	40.0		
"Was you submitted to surgery?"					5.87	0.015
Yes	37	72.5	37	92.5		
No	14	27.5	3	7.5		
"Was you submitted to CT?"					3.56	0.059
Yes	33	64.7	33	82.5		
No	18	35.3	7	17.5		
"Was you submitted to RT?"					0.79	0.375
Yes	22	43.1	21	52.5		
No	29	56.9	19	47.5		
"Was you submitted to HT?"					0.66	0.415

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

	MCGP (n = 51)		CAU (n = 40)			
	n	%	n	%	t/χ^2	P
Yes	15	29.4	15	37.5		
Yes	36	70.6	25	62.5		
"Are you under CT treatments in this moment?"					0.07	0.798
Yes	10	19.6	7	17.5		
No	41	80.4	33	82.5		
Other diseases[a]					0.07	0.789
Yes	32	62.7	24	60.0		
No	19	37.3	16	40.0		
"Did you ever went to psychiatrist?"					5.72	0.017
Yes	32	62.7	15	37.5		
No	19	37.3	25	62.5		
"Are you under psychiatric/psychologic follow-up at this moment?"					5.96	0.015
Yes	31	60.8	14	35.0		
No	20	39.2	26	65.0		
"Why are you being followed by a psychiatrist/psychologist?"					5.33	0.378
Anxiety	9	24.3	9	42.9		
Depression	14	37.8	7	33.3		
Anxiety and depression	12	32.4	4	19.0		
Fatigue	0	0.0	1	4.8		
Physical disease	1	2.7	0	0.0		
Other	1	2.7	0	0.0		
"If you aren't being followed by a psychiatrist/psychologist, do you think it would be beneficial?"					4.71	0.030
Yes	14	82.4	14	50.0		
No	3	17.6	14	50.0		

[a]Variable with missing values; CAU, care as usual; CNS, central nervous system; CT, chemotherapy; HT, hormone therapy; RT, radiotherapy; SD, standard deviation; w/o, without.

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Table 3.

Medians, means, standard deviations, and tests of the normal distribution for each group, in the pre- (T1) and in the post-test (T2) (intent to treat analysis)

	MCGP (n = 51)										CAU (n = 40)									
	Pre-test (T1)					Post-test (T2)					Pre-test (T1)					Post-test (T2)				
	Med	M	SD	KS p	SW p	Med	M	SD	KS p	SW p	Med	M	SD	KS p	SW p	Med	M	SD	KS p	SW p
MQOL																				
General	5.00	5.45	2.89	0.010	0.032	7.00	7.08	1.85	<0.001	<0.001	7.00	6.32	1.54	0.001	0.088	6.00	5.95	1.36	0.001	0.079
Physical	5.41	5.49	1.68	<0.001	0.066	5.64	5.93	1.64	<0.001	<0.001	5.41	5.31	0.83	0.012	0.080	5.50	5.26	1.53	<0.001	<0.001
Psychosocial	4.50	4.83	2.57	0.200	0.276	6.54	6.20	2.41	0.001	0.010	6.63	6.70	1.61	0.200	0.577	6.54	6.98	1.76	0.053	0.013
Existential	6.66	6.66	2.30	0.200	0.015	6.80	6.98	1.86	<0.001	<0.001	6.59	6.84	1.29	0.027	0.010	6.50	6.57	0.97	0.076	0.388
Support	6.76	6.76	2.69	0.015	0.002	6.32	6.81	2.12	<0.001	<0.001	6.50	6.14	2.21	0.049	0.005	6.32	5.69	2.11	<0.001	0.002
Total score	5.88	5.88	1.75	0.117	0.149	6.47	6.64	1.73	<0.001	<0.001	6.21	6.41	1.17	0.200	0.092	6.30	6.24	1.11	0.003	<0.001
FACIT																				
Meaning/Peace	19.00	18.14	6.12	0.073	0.031	18.00	18.11	5.02	<0.001	<0.001	19.00	18.40	5.62	0.003	<0.001	18.00	17.85	5.18	0.007	0.043
Faith	10.61	10.59	5.04	0.056	0.043	9.66	9.61	3.80	<0.001	0.001	11.00	10.63	3.61	0.104	0.495	10.00	9.71	3.17	<0.001	0.001
Total score	28.74	28.48	9.60	0.200	0.440	27.87	27.82	7.22	<0.001	<0.001	29.00	29.08	7.35	0.034	0.006	27.87	27.93	5.92	0.001	0.034
HADS																				
Depression	6.72	7.20	4.14	0.008	0.050	6.44	6.19	3.03	<0.001	0.002	7.00	6.09	2.91	0.028	0.068	7.00	6.75	2.78	0.017	0.186
Anxiety	8.30	9.33	4.42	0.167	0.201	8.06	8.66	3.73	<0.001	<0.001	7.00	7.00	2.64	0.003	0.117	8.00	7.31	2.40	0.054	0.237
Distress thermometer																				
Total score	5.00	5.28	2.74	0.008	0.059	4.92	4.32	2.18	<0.001	0.001	5.07	4.81	2.21	<0.001	0.038	4.92	5.69	1.28	<0.001	<0.001

CAU, care as usual; FACIT, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; KS: Kolmogorov–Smirnov; M, mean; Med, median; MCGP, meaning-centered group psychotherapy; MQOL, McGill Quality of Life Questionnaire; SD, Standard Deviation; SW, Shapiro–Wilk.

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript Author Manuscript

Table 4.

Average change scores and standard deviations for all variables by group, covariance analysis, and effect size ($n = 91$)

	MCGP ($n = 51$)		CAU ($n = 40$)					
	M	**SD**	**M**	**SD**	**Difference**	***F***	***P***	η^2_p
MQOL								
General	7.21	0.21	5.79	0.24	1.42	17.89	<0.001	0.179
Physical	5.90	0.23	5.30	0.27	0.60	2.68	0.105	0.032
Psychosocial	6.48	0.31	6.63	0.36	−0.15	0.08	0.782	0.001
Existential	7.05	0.20	6.49	0.23	0.56	3.13	0.081	0.037
Support	6.67	0.25	5.87	0.28	0.80	4.15	0.045	0.048
Total score	6.82	0.20	6.02	0.23	0.81	6.45	0.013	0.073
FACIT								
Meaning/Peace	18.20	0.61	17.74	0.70	0.46	0.22	0.639	0.003
Faith	9.62	0.45	9.71	0.51	−0.09	0.02	0.902	0.000
Total score	27.89	0.81	27.84	0.93	0.05	0.00	0.969	0.000
HADS								
Depression	5.93	0.35	7.07	0.40	−1.14	4.17	0.044	0.048
Anxiety	8.21	0.37	7.88	0.42	0.33	0.32	0.574	0.004
Distress thermometer								
Total score	4.32	0.25	5.70	0.29	−1.38	11.89	0.001	0.127

CAU, Care as usual; FACIT, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; M, mean; MCGP, meaning-centered group psychotherapy; MQOL, McGill Quality of Life Questionnaire; SD, standard deviation; η^2p, eta^2 partial.

Palliat Support Care. Author manuscript; available in PMC 2021 August 01.

Figura J – Comments on the letter: “Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2” - What about existential needs of for those who are without a religion? (Da Ponte et al., 2021)

Journal Pre-proof



Comments on the letter: “*Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2*” - What about existential needs of for those who are without a religion?

Guida da Ponte, Psychiatrist, MD, Sílvia Ouakinin, Psychiatrist, MD, PhD, William Breitbart, MD

PII: S2667-2960(21)00113-0

DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.06.004

Reference: JACLP 1244

To appear in: *Journal of the Academy of Consultation–Liaison Psychiatry*

Received Date: 5 May 2021

Revised Date: 15 June 2021

Accepted Date: 17 June 2021

Please cite this article as: da Ponte G, Ouakinin S, Breitbart W, Comments on the letter: “*Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2*” - What about existential needs of for those who are without a religion?, *Journal of the Academy of Consultation–Liaison Psychiatry* (2021), doi: https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.06.004.

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2021 Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

title of the manuscript:

Comments on the letter: "*Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2*" - What about existential needs of for those who are without a religion?

order of the authors group and affiliation section:

Authors:

Corresponding Author: Guida da Ponte, Psychiatrist, MD,

Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE; Medical School of Lisbon, University of Lisbon, Portugal;

Email: guidadaponte@gmail.com

Sílvia Ouakinin, Psychiatrist, MD, PhD,

Faculty of Psychology, University of Lisbon, Portugal;

Email: souakinin@gmail.com

William Breitbart, MD, Psychiatrist, Palliative Care,

Chairman, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, New York USA;

Email: breitbaw@mskcc.org

Journal Pre-proof

Title:

Comments on the letter: Role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-COV-2: What about existential needs of for those who are without a religion?

Letter to the editor:

Dear Editor, we recently read the letter addressed to you – "*The role of religious and spiritual aid in quarantine hospitalization due to SARS-CoV-2*" – that draws attention to the difficulty of religious patients in practicing their traditions in COVID-19 inpatient units, with the consequent mental distress (1).

While it is understandable that SARS-CoV-2 pandemic is a public health emergency, we fully agree with the authors' statement that the patient´s spiritual well-being has been overlooked, at the expense of other medical aspects of COVID-19, disregarding the biopsychosocial and spiritual approach.

However, this letter raised the question about how to help the patients with no religion, or who have lost their religion. How can we stimulate the psycho-neuro-endocrine mechanisms that enables spiritual well-being, better coping mechanisms and resilience, given that we cannot ignore the religious crisis, driven from acultural movements, in which some western countries are going through?

This is why we would like to highlight the existential (or horizontal) dimension of spirituality, directly linked to meaning of life. Existential distress is a distinct psychological, painful, state that results from a stressor which challenge the fundamental expectations about security, justice, control, certain and hope for a future life (2). It´s operationalized by constructs such as loss of meaning, death anxiety, hopelessness, desire of hastened death, loss of dignity, and demoralization. Although the concept has its origin in existentialist philosophy, which advocates Man´s freedom to make choices, and who is responsible for his own destiny, this approach contributed to a more humanized patient-centered care.

Because management of patients with severe COVID-19 brings a lot of uncertainties, as clinical and biochemical indicators of complications remain unclear, physicians should acknowledge patients' fear of dying, and their wishes and preferences (3). Although

communication can be challenging, being essential to balance hopes and fears with honesty and compassion, physicians play an essential role in recognizing the potential "spiritual diagnosis", and the source of distress.

Also, by coping with their own afraid of death and dying, physicians can integrate compassion into medical care, helping patients to deal with suffering. Viktor Frankl conceptualized suffering as an opportunity to create the necessity of (finding) meaning in life, and that life has always meaning even in face of its finitude (4). This conceptualization of meaning as a state lead to the assumption that meaning of life is a *continuum* and, thus, responsive to interventions. Based in this framework, Breitbart group, at Memorial Sloan Kettering Cancer Center, developed Meaning Centered Psychotherapy to help patients in face of life limitations (and suffering) to (re)connect with meaning of life. Meaning of life is recognized as protective factor against depression and hopelessness, and closely related to other existential syndromes like desire for hastened death, demoralization, and loss of dignity. Although Meaning Centered Psychotherapy was originally developed for cancer patients, in the last years it emerged adaptations to other populations, as palliative care, and the studies evidence that more severe forms of despair can respond better to an existential approach of treatment that traditional interventions (5).

The authors conclude that the patient's perception of their meaning of life has an important role in their spiritual well-being and that an existential approach should be transversally adopted in patient-centered medical care. This approach can be easily put into practice by all the physicians into all patients, independently of the religious beliefs, facilitating doctor-patient relations, allowing a more efficacious screen of the patient's needs (existential, religious, or both), and it can be of extreme value for those patients with severe COVID-19, who need a rapid response.

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Disclosure: The authors disclosed no proprietary or commercial interest in any product mentioned or concept discussed in this article.

1. Mader E, Segal Y, Dori G. The Role of Religious and Spiritual Aid in Quarantine Hospitalization Due To SARS-CoV-2. J Acad Consult Psychiatry. 2021;62:260–261.

2. Trejnowska A, Goodall K, Rush R, Ellison M, McVittie C. The relationship between adult attachment and coping with brain tumour: the mediating role of social support. Psychooncology. 2019;26:57–69.

3. Cheng H. Palliative care for cancer patients with severe COVID-19: the challenge of uncertainty. Support Care Cancer. 2020;8–10.

4. Frankl V. Man's Search for Meaning. 4th edition. Boston, Massachusetts: Beacon Press; 1992.

5. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal W. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. J Clin Oncol [Internet]. 2015;33(7):749–54. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25646186

Journal Pre-proof