

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES, ANO, PAÍS	OBJETIVO	DESENHO DE ESTUDO	AMOSTRA/ PARTICIPANTES	PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	INSTRUMENTOS USADOS	RESULTADOS
<i>“The desire for death in Portuguese home-care palliative patients: Retrospective analysis of the prevalence and associated factors”</i>	Julião, M., et al., 2021 ²⁹ Portugal	Avaliar a prevalência de desejo de morte e suas associações, surgidas no cenário de uma unidade de cuidados paliativos domiciliários.	Quantitativo retrospectivo	Utentes (N=122) Numa unidade de cuidados paliativos domiciliários	Aplicação de uma folha de documentação holística centrada na pessoa doente/família, #4D2S (com quatro domínios principais: 1. Bem-estar físico; 2. Bem-estar social e ocupacional; 3. Bem-estar psicológico; 4. Bem-estar espiritual) com a avaliação de todas as entradas de desejo de morte registadas no banco de dados anónimo. De outubro de 2018 a abril de 2020	Instrumento #4D2S	20,5% com o desejo de morte (96% destes com falta de vontade de viver, 100% deprimidos, a maioria ansiosos – 76,9% na Única Questão para Ansiedade (SQA) 62,5% na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), 97,7% um fardo para os outros); O desejo de morte leve a moderado não mantido consistentemente ao longo do tempo; Apenas três em 122 (2,5%) declaram estar constantemente obcecados com a morte (destes dois sentiram-se um fardo); Quanto menor a pontuação do Palliative Performance Status (PPS), maior o desejo de morte; A depressão é um dos principais fatores de sustentação do desejo de morte; Quanto maior a avaliação dos itens, sonolência e falta de ar, na Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), no que concerne à sonolência, falta de ar e escassez de bem-estar, maior o desejo de morte; 45,9% relataram estar deprimidos. Apenas 24,9% referem não estar deprimidos; 15,6% sentiam-se muito ansiosos; Quanto maior o desejo de morte, maior a falta de vontade de viver, maior a sensação de sobrecarga e mais frequente a não adaptação à doença; Após controlo do ESAS três fatores mantiveram relação com o desejo de morte elevado: a pontuação reduzida do PPS, sentir-se um fardo e a escassez de bem-estar do ESAS.
<i>“Prevalence and factors associated with will-to-live in patients with advanced disease: results from a Portuguese retrospective study”</i>	Julião, M. et al., 2021 ³⁰ Portugal	Avaliar a prevalência da Vontade de Viver e suas associações numa unidade de cuidados paliativos domiciliários.	Quantitativo retrospectivo	Utentes (N=112) Numa unidade de cuidados paliativos domiciliários	Aplicação do instrumento #4D2S com a análise dos processos clínicos dos utentes. De outubro de 2018 a setembro de 2020	Instrumento #4D2S	60,7% com Vontade de Viver Forte, mantendo significado de fim de vida; Apenas 30,4% dos doentes têm uma Vontade de Viver Fraca; A Vontade de Viver Fraca associa-se a depressão, ansiedade, dor, escassez de bem-estar, a não se ter adaptado a uma condição terminal, a sofrimento psicológico, turbulência emocional e sentir-se um fardo para os outros.
<i>“Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence underlying factors, and associated coping strategies”</i>	Bovero, A. et al., 2018 ³² Itália	Investigar o sofrimento existencial relacionado à dignidade (SE-RD), em pessoas doentes com cancro em fim de vida da seguinte forma: descrever a sua prevalência, em relação à desmoralização e outras variáveis sócio-demográficas e clínicas; explorar a estrutura interna da subescala “Sofrimento Existencial” do Inventário de Dignidade do Paciente (PDI-IT), para destacar os possíveis fatores subjacentes do SE-RD; analisar quais estratégias de enfrentamento foram associadas ao SE-RD.	Misto transversal	Utentes (N=207) com cancro em fim de vida com expectativa de vida igual ou inferior a 4 meses numa unidade de internamento	Avaliação do processo clínico dos utentes e aplicação de medidas de autorrelato (PDI-IT, Escala de Desmoralização, Brief-COPE). De novembro de 2015 a dezembro de 2017	PDI-IT, Escala de Desmoralização, Brief-COPE	60,3% consideraram o SE-RD como um problema (um em cada cinco como um problema major, 18,8%); Desmoralização superior nas pessoas que consideraram o Sofrimento Existencial como um problema major; Fontes de preocupação existencial: não poder desempenhar papéis importantes, perda de controlo sobre a vida; sentir-se um fardo; O SE-RD é crucial para a preservação de bem-estar das pessoas doentes à beira da morte; Os mais jovens são mais vulneráveis; Um quinto dos participantes com alto risco de sofrimento; Os participantes que conseguiram dar um novo significado para a sua situação, tirando o melhor proveito dela, tendem a ter um maior nível de bem-estar; Autoculpabilização relaciona-se ao SE-RD; As pessoas doentes que não partilham as suas preocupações são mais propensas a culpar-se aumentando o risco de depressão; A experiência física da terminalidade é indissociável das consequências na identidade pessoal e na relação com os outros.
<i>“Exploring demoralization in end-of-life cancer patients: Prevalence, latent dimensions, and associations with other psychosocial variables”</i>	Bovero, A. et al., 2019 ³³ Itália	Avaliar a prevalência de desmoralização em pessoas doentes com cancro em fim de vida e suas associações com as variáveis médicas e psicossociais. Além disso foram exploradas as dimensões latentes da desmoralização que emergem nesta população distinta.	Misto transversal	Utentes (N=235) com cancro em fim de vida numa unidade de internamento	Colheita de dados através da aplicação de diversos instrumentos por entrevista junto ao leito da pessoa doente. De outubro de 2016 a fevereiro de 2018	Questionário sociodemográfico e clínico; Questão surpresa no Palliative Prognostic Score; Escala de Desmoralização subversão italiana (DS-IT); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – versão italiana (HADS-IT); Inventário de Dignidade do Paciente, versão italiana (PDI-IT); Avaliação Funcional da Terapia de Doenças Crónicas – Bem-estar Espiritual (FACIT-Sp-12); Edmonton Symptom Assessment System – Versão Italiana (ESAS-IT); Escala Visual Analógica (EVA) para dor.	72,8% dos participantes apresentaram média ou elevada desmoralização; Foram identificadas como dimensões da desmoralização, a Angústia Espiritual e Incapacidade de Enfrentar, a Perda de Propósito e de Significado, a Inutilidade, a Sensação de Fracasso e a Disforia; Angústia Emocional e Incapacidade de Enfrentar é o aspeto da desmoralização mais saliente para pessoas doentes em fim de vida; Foi encontrada uma associação significativa entre a gravidade da desmoralização e os Scores da EVA e ESAS (exceção náusea, bem-estar e falta de ar); A desmoralização não apresenta relação com Karnofsky Performance Score, estadio da doença e dor (estudo com condição geral de controlo da dor); As principais características da desmoralização na amostra foram a autoperceção de ser incapaz de enfrentar uma doença progressiva, um sentimento de desânimo, sentir que não vale a pena, preso e triste; Como preditores específicos para a desmoralização em pessoas doentes em fim de vida identificaram-se a baixa autoestima, a conexão social pobre e a sensação geral de vulnerabilidade; 35 pacientes com desmoralização elevada apresentaram também níveis elevados de depressão (apenas dois com baixo nível de sintomatologia depressiva), o que pode explicar-se por depressão não reconhecida e maltratada em estádios anteriores da doença; Existe uma ligação entre dignidade, desmoralização e problemas físicos. Os sintomas físicos podem comprometer o sentido de dignidade do paciente, com sentimentos de dependência ou de ser um fardo, aumentando a angústia existencial e a desmoralização; Subentende-se uma relação protetora do bem-estar espiritual relativamente à desmoralização.
<i>“Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity Inventory and dignity assessment for a patient-centered clinical intervention: A cross-sectional study”</i>	Bovero, A. et al., 2017 ³¹ Itália	Validar uma versão italiana do PDI-IT com uma amostra com expectativa de vida de algumas semanas, Avaliar a relação entre as dimensões da dignidade e um conjunto de variáveis psicossociais e espirituais que inclui estilos de enfrentamento, espiritualidade, sintomatologia ansiosa e depressiva, qualidade de vida e desmoralização.	Misto transversal	Utentes (N=127) de CP internados com expectativa de vida de algumas semanas	Realização de entrevistas semiestruturadas e escalas de avaliação autoaplicáveis. De outubro de 2015 a outubro de 2016	Entrevistas semiestruturadas; Inventário de Dignidade do Paciente – PDI-IT; Escala Visual Analógica – EVA; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS; O inventário de coping breve – Brief-COPE; Avaliação Funcional da Escala de Terapia do Cancro-medida geral – FACT-G; Avaliação Funcional da Terapia da Doença Crónica-Escala de bem-estar Espiritual – FACIT-Sp; Escala de Desmoralização – DS, a Escala de Experiência Espiritual Diária.	A prática religiosa, como recurso de enfrentamento é mais utilizada por doentes com maior sofrimento por sintomas físicos, perda de autonomia e autodeterminação; Quanto menor a dependência menor era a Perda de Propósito/ Significado; A dignidade correlacionou-se significativamente com estilos de enfrentamento, espiritualidade, sintomatologia ansiosa e depressiva, qualidade de vida e desmoralização; Os preditores significativos de perda de dignidade foram a autoculpa, o bem-estar emocional, o bem-estar físico e a depressão; logo, o enfrentamento disfuncional pode ser um fator causador de sofrimento psicológico e existencial; O bem-estar emocional e físico afetam significativamente os scores do PDI-IT; Existe uma ligação entre dignidade, desmoralização e problemas físicos. Um grande número de sintomas físicos pode aumentar o risco de perda do senso de dignidade, o que pode aumentar o risco de desmoralização; A dignidade pode ser considerada ligada a aspetos existenciais e espirituais; A correlação positiva entre a escala PDI-IT e a DS, nos seus scores totais, indicam desânimo (sentimento de desânimo em relação à vida), fracasso (sentimento de perda de valor e orgulho na vida), ausência de sentido (medindo a perda de papel e propósito na vida) e disforia (indicando sintomas de sofrimento psicológico). A correlação positiva significativa entre a DS e o fator “sofrimento psicológico” PDI-IT pode sugerir que ter experiências espirituais diárias e sentir-se perto de Deus são particularmente benéficos para o sofrimento psicológico relacionado à dignidade.
<i>“Non-somatic suffering in palliative care: A qualitative study on patients perspective”</i>	Daneault, D., et al. 2022 ³⁴ Canadá	Compreender melhor a experiência de sofrimento não somático no fim de vida.	Qualitativo	Utentes (N=19) Seguidos por uma equipa de cuidados paliativos domiciliários	Realização de entrevistas semiestruturadas em 19 pessoas doentes.	Entrevistas semiestruturadas	Dada maior importância ao sofrimento não somático do que ao sofrimento somático; O ser que sofre: sofrimento experimentado quando uma pessoa suporta passivamente o que está a acontecer; Quatro dimensões: estupefação, aflição obsessiva, medos e atingir o ponto de rutura, vividos de forma não linear; O ser cuja capacidade de agir é comprometida: a doença a “aprisiona no seu corpo”; A pessoa torna-se incapaz de realizar escolhas simples (como o que comer), logo a doença perturba os planos, com perda de arbítrio, tomando as vidas de alguns participantes sem valor, como incapazes; O Ser em Relacionamento com os Outros: o sofrimento das pessoas que vivem com doenças que ameaçam a vida está alicerçado nas suas interações com os outros, que podem ser suprimidas ou transformadas numa direção que não desejam; por isso o abandono dos que amavam, torna-se num sofrimento quase constante, até nos que referiam não temer a morte; A solidão foi outro aspeto do sofrimento emergente, como se a solidão viesse do próprio sofrimento. Pode emergir da forma como os entes queridos reagem à morte iminente de um dos seus, sentindo-se indesejados nessa fase final; O sofrimento não somático pode ser entendido como uma oscilação entre agir e ser alvo de ação, para o qual é útil integrar a dimensão da relação com o outro; Novo constituinte do sofrimento, no fenómeno atingir o ponto de rutura; O sofrimento é a experiência de não poder continuar assim (estar farto), que se traduz numa alteração de temporalidade, na chegada a um limiar além do qual a pessoa entra num sofrimento que considera intolerável.