

Terapia de Aceitação e Compromisso no contexto de cuidados paliativos: revisão narrativa

Terapia de aceptación y compromiso en el contexto de cuidados paliativos: revisión narrativa

Acceptance and commitment therapy in the context of palliative care: narrative review

Franciele Peloso

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo - RS/Brasil

ORCID: 0000-0002-4663-9569

E-mail: francielepeloso@outlook.com

Priscila Goergen Brust-Renck

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo - RS/Brasil

ORCID: 0000-0001-9891-510X

E-mail: pri.renck@gmail.com

Murilo Ricardo Zibetti

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo - RS/Brasil

ORCID: 0000-0002-8934-5640

E-mail: mugazibetti@gmail.com

Resumo

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) e os cuidados paliativos (CP) parecem coerentes em seus princípios por promoverem qualidade de vida apesar do sofrimento, por focar na aceitação da morte ou de doenças que não podem ser “curadas” e por se estenderem tanto para a população clínica quanto saudável. Pacientes, cuidadores e profissionais da saúde são atingidos pelos desconfortos advindos do contexto de CP. O objetivo do presente estudo de revisão narrativa da literatura foi explorar a produção científica e compreender o estado da arte sobre o emprego do modelo de intervenções da ACT em pacientes, seus cuidadores informais e os profissionais da saúde no contexto de CP. Foi utilizado o método de revisão narrativa e os termos “*palliative care*” AND “*psychological flexibility*” OR “*acceptance and commitment therapy*” foram pesquisados nos bancos de dados *Medline*, *Embase* e *PsycInfo* sem critério de tempo. A pesquisa ocorreu em julho de 2022 e foram encontrados 35 artigos. Estudos tem demonstrado que o processo de aceitação e valores pode beneficiar pacientes com doenças que ameaçam a vida a viver com qualidade até o momento da morte. Morrer com qualidade pode impactar os cuidadores informais, que ainda precisam lidar com o luto. A conexão com valores também pode auxiliar os profissionais da saúde a lidar com os dilemas éticos e decisões morais no contexto de CP. Essa revisão não visa esgotar a temática entre a aplicação da ACT no contexto de CP.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos; Cuidadores; Profissionais da saúde; Terapia de aceitação e compromisso.

Resumen

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) y cuidados paliativos (CP) parecen coherentes en sus principios para promover la calidad de vida a pesar del sufrimiento, centrándose en aceptar la muerte o enfermedades que no pueden “curarse” y extenderse tanto para la población clínica como la sana. Los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud se ven afectados por molestias por el contexto de PC. El objetivo del presente estudio de revisión narrativa de la literatura fue explorar la producción científica y comprender el estado del arte sobre el uso del modelo de

intervenciones de ACT en pacientes, sus cuidadores informales y profesionales de la salud en el contexto de CP. El método de revisión narrativa y los términos “cuidados paliativos” y “flexibilidad psicológica” y “terapia de aceptación y compromiso” se usaron en *Medline*, *Embase* y *PsycInfo* sin criterio de tiempo. La investigación se realizó en julio de 2022 y se encontraron 35 artículos. Los estudios han demostrado que el proceso de aceptación y valores puede beneficiar a los pacientes con enfermedades que amenazan la vida para vivir con calidad hasta el momento de la muerte. Morir con calidad puede afectar a los cuidadores informales, que aún

necesitan lidiar con el duelo. La conexión con los valores también puede ayudar a los profesionales de la salud a lidiar con dilemas éticos y decisiones morales en el contexto de CP. Esta revisión no tiene como objetivo agotar el tema entre la aplicación de ACT en el contexto de CP.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Cuidadores; Profesionales de la salud; Terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and palliative care (CP) seem coherent in their principles for promoting quality of life despite suffering, focusing on accepting death or diseases that cannot be “cured” and extending for both the clinical and healthy population. Patients, caregivers and health professionals are affected by discomforts from the context of CP. The objective of the present narrative review study of literature was to explore scientific production and understand the state of

the art about the use of ACT's interventions model in patients, its informal caregivers and health professionals in the context of CP. The narrative review method and the terms “Palliative Care” and “Psychological Flexibility” or “acceptance and commitment therapy” were used in Medline, Embase and PsycInfo without time criterion. The survey was done in July 2022 and 35 articles were found. Studies have shown that the process of acceptance and values can benefit patients with diseases that threaten life to live with quality until the moment of death. Dying with quality can impact informal caregivers, who still need to deal with mourning. Connection with values can also help health professionals deal with ethical dilemmas and moral decisions in the context of CP. This review does not aim to exhaust the theme between the application of ACT in the context of CP.

Keywords: Palliative care; Caregivers; Health professionals; Acceptance and commitment therapy.

Introdução

A terapia de aceitação e compromisso (do inglês, *acceptance and commitment therapy* – ACT) propõe uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento através do modelo de flexibilidade psicológica. Essa abordagem busca promover o processo de aceitação para aquilo que não se pode mudar em prol de movimentos graduais de aproximação de uma vida que vale a pena ser vivida. A ACT tem se demonstrado efetiva para diferentes contextos, como população em geral e diversas condições clínicas, tanto em nível de psicopatologia quanto de doenças físicas (A-Tjak et al., 2015; Bai, Luo, Zhang, Wu, & Chi, 2020; Hann & McCracken, 2014; Kashdan, Disabato, Goodman, Doorley, & Mcknight, 2020). A literatura aponta que o modelo de flexibilidade psicológica tem impactado especialmente na qualidade de vida dos pacientes.

A prática de Cuidados Paliativos tem como função melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença que ameaça a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Essa abordagem visa a identificação precoce de sintomas, tratamento da dor e outros problemas

físicos, psicossociais e espirituais (Ferrell, Twaddle, Melnick, & Meier, 2018; Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002). A literatura vem apontando que ser paciente ou estar de alguma forma envolvido no cuidado ao doente durante o curso da doença pode acarretar em sofrimento e resultar em taxas altas de depressão, ansiedade, luto antecipatório ou prolongado e altos níveis de estresse nessa população (Davis et al., 2020; Delalibera, Presa, Barbosa, & Leal, 2015; Fisher, Gillanders, & Ferreira, 2021; Gomes & Othero, 2016; Martin & Pakenham, 2022).

Tanto a ACT quanto o CP parecem alinhados em seus princípios de manejar o sofrimento humano, que não pode ser mudado, para que uma vida com maior qualidade seja vivida até o momento da morte. O contexto e a prática de CP, realizada por diferentes profissionais incluindo psicólogos, pode se beneficiar da ACT enquanto abordagem. Diante disso, o objetivo do presente estudo de revisão narrativa da literatura foi explorar a produção científica e compreender o estado da arte sobre o emprego do modelo de intervenções da ACT em pacientes, seus

cuidadores informais e os profissionais da saúde no contexto de CP.

Terapia de Aceitação e Compromisso

A ACT é uma abordagem da terceira geração das Terapias Cognitivo-Comportamentais, também chamada de Terapias Comportamentais Contextuais, que compreende o sofrimento humano como parte da vida, sendo uma reação esperada e racional frente a eventos desafiadores. É uma abordagem comportamental e filosoficamente embasada no contextualismo funcional, que amplia o entendimento do behaviorismo radical proposto por Skinner por focar não só nas consequências do comportamento, mas também no contexto e função do comportamento no ambiente (Hayes, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). A ACT, assim como outras terapias comportamentais contextuais, utiliza como método de investigação a análise funcional do comportamento e é considerada uma abordagem experiencial e baseada em seis processos centrais de mudança (Hayes & Hofmann, 2021). Ainda, especialmente a ACT, utiliza a teoria das molduras relacionais (do inglês *Relational Frame Theory* - RFT) – análise do comportamento verbal- para desenvolver o seu modelo de saúde, a flexibilidade psicológica, em detrimento do seu modelo de psicopatologia, a inflexibilidade ou rigidez psicológica (Barbosa & Murta, 2014; Hayes, 2004).

A Flexibilidade Psicológica é definida como a escolha de mudar ou persistir com classes de comportamentos funcionais quando isso serve a fins valorosos (Hayes et al., 2006). Em outras palavras, a flexibilidade psicológica consiste em ter disposição para sentir e pensar, apesar dos desconfortos, atentando ao momento presente com o fim único de mover a vida para direções significativas ou valorosas. No outro extremo do *continuum* saúde-doença, a inflexibilidade psicológica está no centro do modelo de psicopatologia da ACT, impedindo o sujeito de mover a vida para direções significativas através de dois processos

principais: a fusão cognitiva e a esquiva experiencial (Hayes, 2004).

Tanto a flexibilidade quanto a inflexibilidade psicológica representam extremos de seis processos psicológicos, sendo eles: 1) desfusão *versus* fusão: capacidade de tomar distância dos pensamentos, sem mudar o conteúdo desses pensamentos em prol de ações que levem a uma vida valorosa, em contraponto a fusão é o apego excessivo aos pensamentos e consequentemente comportamentos de esquiva ou fuga, 2) aceitação *versus* esquiva experiencial: capacidade de abertura a pensamentos, sentimentos, sensações corporais considerados desagradáveis em prol de ações que levem a uma vida valorosa, em contraponto a esquiva experiencial visa esquivar/fugir e tentar controlar as experiências internas sem sucesso, 3) momento presente *versus* apego ao passado e futuro: estar presente no ambiente consciente dos pensamentos, sensações, emoções para tomar decisões de acordo com os valores, em contraponto estar apegado ao passado e ao futuro perdendo as oportunidades do momento presente, 4) *self* como contexto *versus self* como conteúdo: tomar perspectiva dos pensamentos, sentimentos e sensações, entendendo que você é o lugar onde esses comportamentos acontecem, mas não é eles, em contraponto o *self* como conteúdo significa não tomar perspectiva, é a junção com pensamentos, emoções, sensações, lembranças, 5) valores *versus* baixa clareza de valores: estar consciente daquilo que é importante, ter clareza dos objetivos em contra ponto, a baixa clareza de valores significa estar afastado daquilo e daqueles que são importantes, e 6) ações com compromisso *versus* impulsividade ou esquiva: ter o compromisso de fazer ações que vão em direção aos valores, mesmo quando há pensamentos, sentimentos, e sensações desagradáveis presentes, em contra ponto a impulsividade ou esquiva de comportamentos que vão de encontro aos valores (Dindo, Van Liew, & Arch, 2017; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006).

Para simplificar o complexo modelo da ACT é possível dividi-lo em três pilares

principais: o pilar da abertura, o pilar da presença e o pilar do compromisso. O pilar da abertura contempla os processos de aceitação/esquiva experiencial e desfusão/fusão. O pilar de presença contempla os processos de momento presente/passado e futuro e self como contexto/self como conteúdo. Já o pilar do compromisso contempla os processos de valores/baixa clareza de valores e ações com compromisso/impulsividade (Luoma, Hayes, & Walser, 2021).

A ACT tem se mostrado como uma intervenção não medicamentosa com evidências de eficácia para a dor crônica e em 2011 passou a ser considerada o único tratamento psicológico com forte suporte científico para o tratamento de dores crônicas pela divisão 12 da *American Psychological Association* (APA, 2021). Diversas revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos já foram realizadas mundialmente sobre ACT e dor crônica (Lin et al., 2019; Trindade et al., 2021) e demonstram que essa intervenção está associada a tamanhos de efeito que variam de pequeno a médio em relação a diminuição da depressão, ansiedade, intensidade da dor e qualidade de vida dos pacientes, mantendo essas melhoras no *follow-up*. A dor crônica é muito comum e tratada em contextos de CP, entretanto, a literatura ainda está lentamente se aproximando de intervenções em ACT dentro desse contexto para trabalhar a dor crônica que pode advir de um processo de morte.

A literatura aponta que a ACT por meio do estímulo a flexibilidade psicológica, tem contribuído para o paciente de dor crônica aceitar/dar abertura para os pensamentos, sentimentos e a sensação física da dor, ajudando-o a se manter no momento presente e fazer escolhas baseadas nos valores, apesar da dor (Dahl, Wilson, Luciano, & Hayes, 2005). O processo de esquiva experiencial da dor, processo divergente ao da aceitação, é muito associado ao aumento do estresse, depressão, ansiedade e complicações nas dores crônicas. Por isso, esse processo de inflexibilidade psicológica é um dos principais alvos das

intervenções da ACT com o objetivo de promover a exposição e aceitação da dor (Lin et al., 2019; Mccracken, 1998). Uma revisão sistemática apontou que o processo de aceitação e o de ações com compromisso são os principais causadores de mudança clínica nesse e em outros contextos (Stockton et al., 2019).

Segundo a teoria da ACT, quando os pacientes consideram a sua dor inaceitável e lutam contra ela, com o objetivo de controlá-la ou eliminá-la, muitas vezes, seus esforços de tempo e energia não geram o resultado esperado, o que termina em mais sofrimento (Majeed, Ali, & Sudak, 2019). Além disso, os seres humanos aprendem por meio da linguagem, a controlar e resolver problemas, entretanto, não há como resolver a dor crônica ou o estar com uma doença que ameaça a continuidade da vida, e, corre-se o risco de não viver uma vida valorosa enquanto se tenta controlar ou se livrar dessas situações (Hayes, 2004). Assim, a ACT tem apresentado para o paciente uma nova possibilidade: abandonar a luta contra a dor, aceitando-a como parte da vida e gastar essa energia da luta nas ações com compromisso de valores. Logo, tratar a dor como uma convidada, mesmo que indesejada, e continuar seguindo em busca de uma vida valorosa pode ser uma opção mais flexível e funcional (Dahl et al., 2005; McCracken, Lance, Vowles, & Eccleston, 2004; McCracken, 1998). Essa abordagem parece fazer muito sentido e estar em coerência com o contexto e a prática de CP.

Cuidados Paliativos

Os CP são orientados para aqueles pacientes que apresentam uma doença grave, progressiva e sem cura que ameaça a continuidade da vida, impactando no bem-estar (Hasson et al., 2020) e é definido como:

abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, além de

outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual (World Health Organization [WHO], 2017)¹.

Essa prática se diferencia da medicina curativa por ter como principal objetivo o cuidado integral, promovendo qualidade de vida não só nos pacientes, mas também nos cuidadores por meio da prevenção e manejo do sofrimento físico, social, espiritual e emocional (Hasson et al., 2020; Matsumoto, 2012). O cuidado aos familiares, considerados cuidadores informais, também se estendem para o período após a morte do paciente com o objetivo de intervir no luto.

O termo “cuidados paliativos” surgiu em 1960 no Reino Unido por meio da prática e pesquisa da enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders ao observar o foco na cura e o esquecimento dos pacientes com câncer, que eram mandados embora por não terem mais tratamento para a doença. Em 1967, Saunders e alguns colegas inauguram o *St. Christopher's Hospice*, o primeiro hospital referência em atendimento clínico, ensino e pesquisa baseados nessa nova filosofia do muito e do pouco tratamento curativo com foco na qualidade de vida dos pacientes com uma doença que ameaça a vida (Clark, 2007; Gomes & Othero, 2016; Matsumoto, 2012). No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde definiu o termo para quinze línguas e recomendou a prática de CP para diversos países. Inicialmente essa prática foi voltada apenas para pacientes com câncer e depois passou a estender-se para outras condições, como aids, demência e doenças cardíacas (Clark, 2007; Sepúlveda et al., 2002).

Idealmente, é recomendado que a abordagem de CP seja iniciada no momento do diagnóstico com avaliação e acompanhamento constante do paciente. Entretanto, particularmente no Brasil, a realidade se distancia desse ideal pela escassez de ambulatórios específicos nos centros de saúde e nos hospitais, bem como, pelo baixo número de profissionais da saúde com formação nessa

abordagem (Silva et al., 2022). Segundo informações do Ministério da Saúde do Brasil (2022), ocorreram 730 mil mortes por doenças crônicas não transmissíveis, totalizando 54,7% dos óbitos registrados no país no ano de 2019. Provavelmente, muitas dessas pessoas passaram pelo processo de morrer e da morte com demasiado sofrimento por não terem acesso às práticas de CP.

A prática de CP não se baseia em protocolos, mas em uma série de princípios, que podem ser descritos com a intenção de: (1) promover o manejo da dor e outros sintomas desagradáveis, (2) afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, (3) não acelerar e não adiar a morte, (4) compreender os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, (5) promover que o paciente viva tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte, (6) oferecer suporte aos cuidados durante a doença do paciente e auxiliar no luto, (7) abordagem multiprofissional para auxiliar tanto os pacientes quanto os familiares, (8) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença e (9) início do tratamento com CP deve ser iniciado o mais rápido possível para compreender e auxiliar nas situações desconfortáveis. Esses princípios regem a conduta do profissional da saúde que atende na área de CP (Ferrell et al., 2018; Matsumoto, 2012).

Por se caracterizar como um cuidado amplo, a equipe de profissionais da saúde na área de CP é multiprofissional e composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e outros. O saber técnico da equipe é essencial, entretanto, não é o único ponto chave, pois a área exige também características próprias do profissional, como bondade, empatia e compassividade. Essas características tornam-se essenciais no manejo do paciente, cuidadores e para a comunicação com a própria equipe multiprofissional (Ferrell et al., 2018; Hasson et al., 2020; Matsumoto, 2012). Diferente dos outros profissionais da equipe

¹ Tradução feita pelos autores.

que lidam somente com o paciente, o profissional da psicologia também é encarregado de prestar cuidados aos cuidadores informais e aos seus colegas profissionais da saúde.

Na prática clínica, o profissional da psicologia embasa o seu trabalho em uma abordagem teórica, o que define a maneira de compreender o ser humano e as intervenções realizadas. Tem-se explorado a ACT no contexto de CP por proporcionar o manejo adaptativo da dor e do sofrimento provenientes de uma doença que ameaça a vida por meio da flexibilidade psicológica. Estudos apontam três motivos especiais pelos quais a ACT e o CP são coerentes em seus princípios: 1) o processo de aceitação ou disposição para o sofrimento é produtivo em situações que não podem ser mudadas, como é o caso de ter ou cuidar de alguém com uma doença que ameaça a vida, 2) ambas as práticas visam aumentar a qualidade de vida ao viver uma vida significativa apesar do sofrimento e 3) a ACT é uma psicoterapia transdiagnóstica que se estende para população saudável e para condições clínicas diversas, como a dor crônica (A-Tjak et al., 2015; Bai et al., 2020; Hann & McCracken, 2014; Kashdan et al., 2020).

É importante ressaltar que a ACT não encoraja a aceitação de dor ou sofrimentos que podem ser melhorados por tratamentos médicos eficazes, mas sim daqueles que são inevitáveis e não se tem controle, como possíveis limitações físicas. As intervenções baseadas na ACT incentivam os pacientes a aceitarem os desconfortos provenientes da vivência de CP com o fim único de manterem ações de compromisso com uma vida significativa no momento presente até o momento da morte. Da mesma forma, a aceitação e a conexão com os valores podem proporcionar aos cuidadores informais e profissionais da saúde o alinhamento com o paciente e com o que realmente importa naquele momento. Ter clareza dos próprios valores e dos valores do paciente pode auxiliar na prática e nas decisões tomadas para o tratamento. Ambas as abordagens partem de

um pressuposto que não existe cura para determinados sofrimentos da experiência humana, porém é possível fazer escolhas para viver de forma significativa até os últimos momentos com a maior qualidade de vida possível diante do contexto apresentado.

Método

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura que tem como particularidade investigar questões mais amplas. Foi feita uma síntese qualitativa, interpretação e análise crítica realizada pelos autores para descrever o “estado da arte” desse tema sob o ponto de vista teórico da ACT (Rother, 2007). Para evitar o máximo de vies possível, o presente estudo utilizou apenas artigos que foram publicados em periódicos que utilizam avaliação por pares. Ainda, prezando pela qualidade, foram selecionados estudos considerados do topo da pirâmide de evidências, como revisões, metanálises e ensaios clínicos randomizados. Para fins de conhecimento, apesar de não ser uma prática das revisões narrativas, foram usadas as bases Medline, Embase e PsycInfo. Foi utilizado uma única combinação de palavras, “*palliative care*” AND “*psychological flexibility*” OR “*acceptance and commitment therapy*”. Os termos foram pesquisados somente em inglês e sem critério de tempo de publicação na tentativa de encontrar o máximo de artigos sobre a temática. A busca foi realizada em julho de 2022 e foram encontrados 35 artigos. Destes quatro foram excluídos por não abordarem o contexto de cuidados paliativos.

Resultados e Discussão

CP e ACT para os pacientes com uma doença que ameaça a vida

Pacientes em CP costumam lidar com muitas experiências negativas relacionadas com o fim da vida, como sintomas de depressão, ansiedade e luto antecipado. Estima-se que de 20% a 40% dos pacientes em CP apresentam depressão e 14% apresentam ansiedade e, muitas vezes, essas condições não são identificadas ou tratadas pela equipe, pois

são confundidas com emoções esperadas nessa situação (Kredentser & Chochinov, 2020; Martin & Pakenham, 2022). Dentre os desconfortos desse momento estão a dificuldade de aceitar o diagnóstico, perda de funções corporais, fracasso em controlar a dor, novos limites do corpo, medo da morte, dignidade na hora de morrer, medo de sobrecarregar pessoas queridas e a perda de contato com os valores e o sentido da vida (Bail, Traeger, Pirl, & Bakitas, 2018).

Um estudo sobre considerações e diretrizes para pacientes com doenças terminais em CP aponta que morrer com dignidade é um dos tópicos que os profissionais da saúde precisam priorizar na prática de CP. A avaliação da dignidade na hora de morrer implica em três níveis, sendo eles: sintomas da doença (o quanto tem causado *distress* psicológico e prejuízos no nível de independência do paciente), repertório de preservação da dignidade (se o paciente ainda se reconhece, nível de esperança, autonomia e ações que consegue manter para preservar a sua dignidade) e dignidade social (relacionamentos sociais saudáveis e problemáticos) (Kredentser & Chochinov, 2020). Parece que a ACT através dos seu modelo de flexibilidade psicológica pode auxiliar os pacientes em CP a enfrentar esse momento da morte e do morrer com a maior abertura, compromisso, qualidade de vida e dignidade no momento presente. Intervenções em ACT prezam a autonomia do paciente de maneira que respeita os seus desejos e aquilo que é valioso de maneira idiossincrática (Dindo et al., 2017).

Diante de tantos sofrimentos, já se encontra bem consolidado na literatura que pessoas em CP e com dores crônicas apresentam maior taxa de pensamentos suicida, tentativa e morte relacionada ao suicídio (McCracken et al., 2018; Robinson, Kissane, Brooker, Hempton, & Burney, 2017). Na abordagem comportamental contextual, que inclui a ACT, o suicídio é entendido como parte de uma classe de comportamentos que tem como fim evitar experiências indesejadas de sofrimento e diante disso, o suicídio vem sendo

relacionado à inflexibilidade psicológica. Um estudo com 424 adultos com dor crônica testou a relação existente entre flexibilidade psicológica e pensamento suicida e obteve como resultado que os seis componentes do modelo se associaram negativamente com o pensamento suicida. Aceitação e ações com compromisso foram os processos que mais explicaram o modelo preditivo (McCracken et al., 2018). Outro estudo no contexto de pensamento suicida em pacientes em CP aponta o propósito de vida como um fator protetivo para o risco de suicídio e recomenda terapias centradas no significado para esses pacientes (Robinson et al., 2017).

Em estudos o modelo de flexibilidade psicológica, especialmente, o processo de aceitação, tem sido associado negativamente com pensamento suicida, sintomatologia depressiva, ansiedade, *distress*, luto antecipatório e associada positivamente com qualidade de vida nesses pacientes (Davis et al., 2017; Hulbert-Williams, Norwood, et al., 2021; Martin & Pakenham, 2022; McCracken et al., 2018). O processo de aceitação também já foi correlacionado positivamente com mobilidade física dos pacientes em CP o que, conseqüentemente, pode afetar nas ações com compromissos (Low et al., 2012). Os resultados desses estudos apontam que a ACT parece dar conta de uma série de sintomas comuns aos pacientes paliativos e impactar, especialmente, na sua qualidade de vida, que é o principal objetivo do tratamento em CP. Logo, a ACT por promover a flexibilidade psicológica principalmente através dos processos de aceitação e ações de compromisso com os valores, pode ser considerada uma abordagem recomendada para esses pacientes.

Já a inflexibilidade psicológica, modelo de psicopatologia da ACT, tem sido associada negativamente à qualidade de vida em pacientes em CP (Brown, Roush, Marshall, Jones, & Key, 2020). Lutar contra a doença e os desconfortos advindos dela está associado a mais depressão, ansiedade e dor física nesses pacientes, o que demonstra que evitar ou controlar o sofrimento não é uma solução, mas

sim parte do problema (Kredentser & Chochinov, 2020; McCracken et al., 2004). Pacientes em CP com taxas mais altas de inflexibilidade psicológica tendem a evitar pensamentos e emoções sobre o momento, apresentam pouca conexão com o momento presente, evitam ativar sua rede de suporte social (ex. pedir ajuda e esquiva de interações sociais) e têm menor adesão ao tratamento (González-Fernández & Fernández-Rodríguez, 2018; Li et al., 2021). Esses comportamentos podem resultar negativamente no tratamento da condição clínica, aumentar o tempo de hospitalização, diminuir a qualidade de vida e proporcionar o afastamento de pessoas importantes para o doente (González-Fernández & Fernández-Rodríguez, 2018; Li et al., 2021).

Assim como toda a área de CP, os estudos de ACT com esse grupo de pacientes se concentra na área da oncologia. Uma revisão sistemática conduzida por (Li et al., 2021) com o objetivo de verificar o efeito da ACT na saúde dos pacientes com câncer terminal foi realizada com seis estudos envolvendo 261 participantes (cinco ensaios clínicos randomizados e um estudo com desenho pré-teste e pós-teste). Os resultados apontaram que a aplicação de protocolos da ACT teve tamanhos de efeitos de moderados a grandes na melhora na ansiedade, sono, depressão, sofrimento psicológico e qualidade de vida no pós-intervenção, quando comparada com abordagens tradicionais. Foram recomendadas intervenções de quatro a oito sessões de ACT, sendo que quatro sessões parecem suficientes e com alta taxa de adesão para gerar esses resultados. Não foram encontrados nesses estudos alterações na percepção de dor após as intervenções na amostra de câncer terminal (Li et al., 2021).

Outro estudo que montou um protocolo de ACT para pacientes com câncer terminal (Hulbert-Williams et al., 2019) e testou sua efetividade (Hulbert-Williams, Norwood, et al., 2021) em cinco sessões dessa abordagem apontou que os pacientes tiveram boa adesão. No estudo qualitativo os pacientes relataram consciência da sua condição de saúde e a

ameaça constante à vida que a doença traz, notando com curiosidade e sem julgamentos os pensamentos e sentimentos advindos desse momento. Também a prática de *mindfulness* nessa intervenção parece ter sido importante para os pacientes entrarem em contato com o momento presente, sem apresentar ruminções quanto ao passado ou preocupações e medos quanto ao futuro.

Uma revisão sistemática identificou que os mecanismos de mudança da ACT ocorrem especialmente através da aceitação e ações com compromisso (Stockton et al., 2019). Os estudos em pacientes com doenças que ameaçam a vida parecem corroborar esses achados ao apontar como principais processos de intervenção o pilar de abertura e de compromisso. A aceitação ou abertura para o que não se pode mudar, abre espaço para o paciente interromper a luta contra o que não se tem controle, como é o caso dos pensamentos sobre a morte e a dor. Aceitar essas experiências é diferente de gostar ou desejá-la, mas representa uma opção por aquilo que se tem controle. Essa abertura também parece proporcionar ao paciente em CP a consciência no momento presente do seu processo de adoecimento e morte, sem julgamento, abrindo espaço para decisões sobre como gostaria de morrer e com quem/como gostaria de passar os últimos momentos de sua vida (Brown et al., 2020; Kent, Hochard, & Hulbert-Williams, 2019; McCracken et al., 2018; Vilaradaga et al., 2020).

O pilar do Compromisso promove reflexão sobre a finitude da vida e desperta clareza de valores e uma reavaliação do que foi vivido para esses pacientes. É esperado que aqueles que viveram uma vida menos conectada e compromissada com aquilo que era realmente importante para eles, sintam maior luto antecipatório, medo da morte e sofrimento (Davis et al., 2015; Nnate, 2021). Apesar do futuro ser incerto para alguém que tenha uma doença que ameaça a vida, a clareza de valores, a compreensão do significado da sua vida e ações com compromisso com o que ainda há tempo de realizar, parecem ser fatores

protetivos e que trazem qualidade de vida para os pacientes nesse momento (Davis et al., 2016; Martin & Pakenham, 2022). Apesar das limitações emocionais e físicas existentes, a conexão com os valores e as ações com compromisso podem auxiliar o paciente a escolher com quem e onde gostaria de passar esses últimos momentos, o que gostaria de deixar ou falar para essas pessoas, como gostaria de morrer e até que ponto quer levar a vida e evitar a morte (Davis et al., 2017; Low et al., 2012). Ter uma doença que ameaça a vida e estar em CP, não impede, necessariamente, o paciente de agir conforme os seus valores de vida para viver os últimos momentos com coragem e morrer com dignidade e compaixão pela vida que foi vivida.

ACT para cuidadores informais no contexto de CP

Por cuidadores informais entende-se amigos ou familiares do paciente com uma doença que ameaça a vida que não são remunerados para o fim de cuidar e tem o papel de acompanhar o doente durante todo o processo de doença e proximidade com a morte. É por tempo indeterminado que os cuidadores prestam seus cuidados, que envolvem acompanhar internações e manejar medicações em casa para o doente. Os cuidadores frequentemente têm a responsabilidade de auxiliar nas decisões do paciente e levar adiante as vontades dele durante o tratamento e após a morte, como decisão do local de enterro e o que fazer com os pertences do falecido (Hudson, Remedios, & Thomas, 2010; Sercu et al., 2018). Devido a todo o cuidado especial investido antes, durante o tratamento e após a morte do paciente, os cuidadores podem apresentar elevado nível de sofrimento psicológico (*distress*), depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e luto prolongado (Davis et al., 2020; Delalibera et al., 2015; McGuire, Grant, & Park, 2012).

Além do sofrimento relacionado aos cuidados, os cuidadores ainda precisam lidar com reorganização familiar, problemas financeiros, de relacionamento e mudanças de

papéis indesejadas, como por exemplo, parar de trabalhar para focar no cuidado ao doente (Hudson et al., 2010). Ainda, conflitos entre o cuidador e o paciente, podem agravar todos esses sintomas e sofrimentos. A prática de CP busca promover o diálogo flexível e o consenso quando ambos desejam a resolução do conflito (Matsumoto, 2012). Ao proporcionar maior qualidade de vida ao paciente com uma doença que ameaça a vida, os CP também podem impactar em menor sofrimento e maior qualidade de vida para os cuidadores. O cuidador é preparado para o que está por vir e recebe acompanhamento durante o período de cuidado ao paciente e no processo de luto após a morte, que é um momento fundamental para prevenir o luto prolongado (Matsumoto, 2012; Prigerson & MacIejewski, 2014).

Uma revisão sistemática de 109 estudos, conduzida por McGuire et al. (2012), mostrou que os cuidadores de pacientes em CP em geral são do sexo feminino, tem meia idade e são esposas ou filhas mais velhas do paciente. Ainda, apenas 15% dos cuidadores beneficiaram-se das intervenções oferecidas que focavam em compartilhamento de experiência em grupos e psicoeducação sobre a doença. Apenas 5% dos 109 estudos revisados mensuraram os cuidadores em relação a depressão, sobrecarga, estresse e qualidade de vida (McGuire et al., 2012). Outra revisão corrobora com esses dados e ainda aponta que o tipo de doença, histórico de conflito com o paciente, falta de apoio de outros familiares, ser jovem, baixa escolaridade, condições financeiras baixas e ser do sexo feminino são fatores de risco para o desenvolvimento de maior sofrimento psicológico e luto prolongado em cuidadores (Alam, Hannon, & Zimmermann, 2020).

O manejo emocional e de estresse relacionado ao luto tem sido um dos principais tópicos explorados nas intervenções psicológicas de CP para os cuidadores, pois somente grupos de compartilhamentos e psicoeducação sobre o manejo da doença do paciente não parecem ser efetivos (Alam et al., 2020; McGuire et al., 2012). O luto

antecipatório é compreendido como o que acontece antes da morte propriamente dita e tem os mesmos componentes do luto, como a dor emocional, e é considerado fator de risco para o luto prolongado. Luto prolongado é definido por durar por mais de seis meses e se caracteriza como uma psicopatologia por trazer prejuízos funcionais significativos à vida da pessoa que o sofre (Prigerson et al., 2009; Prigerson & MacIejewski, 2014).

A inflexibilidade psicológica, especialmente a esQUIVA experiencial tem se mostrado como um preditor da maior presença de luto prolongado, enquanto os valores e ações com compromisso reduzem o luto prolongado (Davis et al., 2015; Eisma et al., 2015). Uma revisão sistemática sobre o uso da ACT para cuidadores enlutados no contexto de CP encontrou evidências de benefícios, especialmente em relação à aceitação de emoções dolorosas advindas desse momento (Jones, Methley, Boyle, Garcia, & Vseteckova, 2021). Ainda, a flexibilidade psicológica teve um papel protetivo contra psicopatologias nos enlutados, o que pode prevenir o luto prolongado ou traumático. A revisão ainda aponta a necessidade de estudos mais robustos sobre a relação da ACT com o luto.

Até o momento, foi desenvolvido um protocolo de atendimento (Davis et al., 2019) e um estudo clínico randomizado (Davis et al., 2020) com 106 familiares cuidadores de pacientes em CP que testou uma intervenção em ACT. A intervenção foi realizada por meio de um livro de autoajuda com o objetivo de aumentar a aceitação e ações com compromisso desses cuidadores enquanto visava a reduzir o luto e o sofrimento psicológico (ansiedade, estresse e depressão). A análise qualitativa do estudo permitiu que os cuidadores dessem um *feedback* sobre a intervenção que relataram que o suporte fornecido pelo livro os auxiliou no manejo das emoções, pensamentos e busca pela compreensão de um propósito de vida. Já os dados quantitativos demonstraram em um pequeno efeito de eficácia na aceitação, valores, luto e sofrimento psicológico dos

cuidadores no período de luto e cuidado do doente.

As intervenções em ACT são focadas para compreender e dar abertura para dor do luto tanto antecipatório quanto o luto prolongado. A ACT focará as intervenções na abertura aos desconfortos de ver uma pessoa querida no final da vida, abertura para as emoções desconfortáveis que são sentidas nesse momento, compromisso com o ente querido e aquilo que é importante para o cuidador, por exemplo, honrar os pedidos do doente pós sua morte. O processo de luto é um processo constituído por diversos sofrimentos. A ACT traz a premissa de que o sofrimento faz parte da vida humana, entretanto, ela também distingue dor e sofrimento. A dor é algo irreparável, como a dor do luto, já o sofrimento é aquilo que nossa mente vai acrescentando a essa dor, como ficar preso ao passado com o doente, ter pensamentos de que não fez o suficiente, sentir arrependimento, culpa, raiva de si mesmo. Nesse sentido, a ACT irá trabalhar com o momento presente, abertura aos sentimentos e pensamentos desconfortáveis, tudo em prol de auxiliar os cuidadores a continuarem motivados a seguirem as suas vidas apesar de toda a dor emocional (Harris, 2021).

Cuidado ao profissional da saúde na área de CP

Profissionais da saúde nessa área podem enfrentar decisões que englobam dilemas éticos, como por exemplo, escolher alternativas de tratamento indesejáveis ou a imposição de métodos fúteis ao paciente que prolonga o sofrimento (Nnate, 2021). As decisões éticas podem ser estressantes, especialmente, quando há divergência entre profissional, paciente e cuidador informal. Uma revisão sistemática estimou que as taxas de estresse elevado e *burnout* variam de 3 a 66% nas amostras de profissionais da saúde no contexto de CP, especialmente para aqueles que trabalham em ambientes gerais (Dijxhoorn, Brom, Van Der Linden, Leget, & Raijmakers, 2021). No Brasil são poucos os hospitais que

têm área e equipes especializadas de CP o que pode resultar em altas taxas de sofrimento para esses profissionais (Matsumoto, 2012; Silva et al., 2022).

Existem alguns fatores de proteção ao *burnout* para o profissional da saúde na área de CP, como comunicação efetiva com pacientes e familiares, aceitação da morte, construção de sentido sobre a vida, clareza dos valores pessoais (Fisher et al., 2021; Pereira & Carvalho, 2011). Alguns estudos já buscaram compreender a relação existente entre flexibilidade psicológica, qualidade de vida no trabalho e estresse em profissionais da saúde. Os resultados apontam uma associação positiva entre o modelo de flexibilidade psicológica da ACT com engajamento no trabalho, qualidade de vida (satisfação por compaixão) e negativa com estresse percebido, esgotamento e fadiga por compaixão em profissionais da saúde. Além disso, os processos de aceitação, momento presente e valores foram preditores indiretos do bem-estar no trabalho (Garner & Golijani-Moghaddam, 2021; Holmberg, Kemani, Holmström, Öst, & Wicksell, 2020; Kent et al., 2019).

Nesse sentido, intervenções baseadas na flexibilidade psicológica da ACT podem contribuir por abordar tantos processos de aceitação do sofrimento e da morte, atenção ao momento presente, clareza de valores e ações com compromisso para os profissionais da saúde. Apesar de promissor, até o presente momento foi encontrado apenas um estudo misto que teve como objetivo testar um programa baseado em ACT de comunicação clínica para 116 profissionais da saúde na área de CP para câncer (Hulbert-Williams, Hulbert-Williams et al., 2021). Os resultados afirmam a satisfação com o programa e a relevância para o trabalho desses profissionais. No *follow-up* de duas semanas 73% dos profissionais responderam positivamente a esse questionamento e após três meses da intervenção 46% dos profissionais concordaram que ainda mantinham as habilidades de comunicação aprendidas no programa e que sua prática tinha mudado de

maneira positiva. Os profissionais da saúde não tiveram alterações significativas em relação aos seus escores na flexibilidade psicológica total após o treinamento.

Conclusão

A presente revisão narrativa da literatura teve como objetivo explorar a produção científica e compreender o estado da arte sobre o emprego do modelo de intervenções da ACT em pacientes, seus cuidadores informais e os profissionais da saúde no contexto de CP. Optou-se por abordar pacientes, cuidadores informais e profissionais da saúde para vislumbrar o panorama geral de pesquisas em ACT no CP em diferentes perspectivas de sofrimento nesse contexto. Diante dos artigos encontrados e revisados, priorizou-se ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises que apontam a intersecção potente entre os princípios da ACT e do CP. Ambas as abordagens se assemelham na perspectiva do sofrimento humano muitas vezes não conseguir ser interrompido ou curado, mas que a vida continua e pode ser vivida com a maior qualidade possível. Essa coerência suscita investigações no sentido de desenvolver o CP baseado em intervenções de flexibilidade psicológica da ACT. Pesquisas que relacionam ou aplicam protocolos do modelo de flexibilidade psicológica da nesse contexto têm se mostrado em crescimento nos últimos anos e obtido resultados interessantes, como demonstrado na revisão realizada.

Na perspectiva de pacientes com uma doença que ameaça a vida, a ACT parece auxiliar especialmente por apresentar o processo de aceitação dos desconfortos emocionais e físicos advindos dessa condição. Ainda, a ACT sugere que com a aceitação torna-se possível investir energia naquilo que realmente ainda é possível fazer com o que se tem, em prol de viver uma vida significativa até o último momento. Os cuidadores são impactados positivamente quando os pacientes em CP recebem um tratamento e manejo adequado de sua condição. Isso contribui para

o manejo do luto e a ACT ressignifica a dor da perda por contextualizar que o sofrimento só aparece quando algo importante foi perdido. Aceitar a perda, compreender essa dor e engajar-se em (re)encontrar sentido na vida fará parte do desenvolvimento de flexibilidade psicológica para os cuidadores informais. Já para os profissionais da saúde no contexto de CP a ACT pode ser uma intervenção promissora por focar nos valores dos profissionais da saúde, o que pode ajudar no manejo do estresse nas decisões morais que essa área tão delicada e intensa demanda.

As expectativas dos autores de que é possível e adequado utilizar intervenções em ACT no contexto de CP foram apontadas pela literatura devido à coerência ética entre essas abordagens. É notável a dificuldade de aplicar intervenções com pacientes que tem uma doença que ameaça a vida devido a condição da doença e limitações físicas, cognitivas existentes. Entretanto, os autores salientam a importância de fazer essas intervenções a nível ambulatorial, quando ainda há consciência do paciente e, conseqüentemente, escolha de como ele gostaria de viver a sua vida. Esse manejo preventivo tende a impactar positivamente para cuidadores formais e informais. Para isso, torna-se necessário a consolidação e maior reconhecimento, incluindo de profissionais da saúde, da área de CP dentro dos hospitais e fora.

A medicina curativa ocupa um espaço central e a medicina paliativa, muitas vezes infelizmente, ainda é compreendida como uma oposição e o momento o qual “nada mais pode ser feito”. Os autores querem marcar que no momento de CP ‘pouco’ pode ser feito pela doença, mas muito pode ser feito pelo humano, seja ele paciente, cuidador ou profissional da saúde.

Ainda é escassa a literatura e não há uma integração satisfatória do trabalho do psicólogo embasado na ACT no contexto de CP. Mostra-se necessário e de importância investir nesta discussão para que se estabeleça, de maneira efetiva e clara, o papel de atuação dos psicólogos no contexto da CP atuando pela abordagem da ACT em nível de prevenção para cuidadores e intervenção frente os processos de doença. Ainda, a presente revisão não visa esgotar o tema, mas notou-se que a literatura está mais ascendente nos estudos que relacionam ACT no contexto do CP, especialmente em pacientes com câncer terminal. Para cuidadores informais e profissionais da saúde os estudos parecem mais escassos. Diante disso, reafirma-se a importância de continuar investigando o diálogo existente entre essa abordagem psicológica que visa a vivência de uma vida valorosa apesar dos desconfortos e a prática de CP.

Referências

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 926–936.
- https://doi.org/10.1200/JCO.19.00018
- APA. (2021). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain - Society of Clinical Psychology*. American Psychological Association (APA) - Division 12. <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-chronic-pain/>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis.

- Journal of Affective Disorders*, 260, 728–737.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.09.040>
- Bail, J. R., Traeger, L., Pirl, W. F., & Bakitas, M. A. (2018). Psychological Symptoms in Advanced Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 241–251.
<https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2018.06.005>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75–85.
<https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Brown, S. L., Roush, J. F., Marshall, A. J., Jones, C., & Key, C. (2020). The Intervening Roles of Psychological Inflexibility and Functional Impairment in the Relation between Cancer-related Pain and Psychological Distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 100–107. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09838-8>
- Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol*, 8, 430–438.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). Valuing and Pain. In J. Dahl, K. G. Wilson, C. Luciano, & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain* (1st ed., pp. 76–98). New Harbinger Publications.
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. B. (2015). Acceptance and valued living as critical appraisal and coping strengths for caregivers dealing with terminal illness and bereavement. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 359–368.
<https://doi.org/10.1017/S1478951514000431>
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. B. (2016). Prediction of individual differences in adjustment to loss: Acceptance and valued-living as critical appraisal and coping strengths. *Death Studies*, 40(4), 211–222.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1122677>
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. B. (2019). An acceptance and commitment therapy self-help intervention for carers of patients in palliative care: Protocol of a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 685–704.
<https://doi.org/10.1177/1359105316679724>
- Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C. B., & Barclay, G. D. (2017). Is Higher Acceptance Associated With Less Anticipatory Grief Among Patients in Palliative Care? *J Pain Symptom Manage*, 54(1), 120–125.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.012>
- Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C. B., Barclay, G. D., Bourne, J., & Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322–339.
<https://doi.org/10.1177/1359105317715091>
- Delalibera, M., Presa, J., Barbosa, A., & Leal, I. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2731–2747. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>
- Dijxhoorn, A.-F., Brom, L., Van Der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review Anne-Floor Q Dijxhoorn. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26.

- <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., Lancee, J., & Stroebe, M. S. (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729–748. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2015.05.007>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Fisher, S., Gillanders, D., & Ferreira, N. (2021). The experiences of palliative care professionals and their responses to work-related stress: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1111/BJHP.12565>
- Garner, E. V., & Golijani-Moghaddam, N. (2021). Relationship between psychological flexibility and work-related quality of life for healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 98–112. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.06.007>
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155–166. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- González-Fernández, S., & Fernández-Rodríguez, C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. *Behavioral Medicine*, 45(3), 255–269. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1452713>
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2014.10.001>
- Harris, R. (2021). *When life hits hard: how to transcend grief, crisis and loss with Acceptance and Commitment Therapy* (1st ed.). New Harbinger Publications.
- Hasson, F., Nicholson, E., Muldrew, D., Bamidele, O., Payne, S., & Mcilpatrick, S. (2020). International palliative care research priorities: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 19(16), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0520-8>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/WPS.20884>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Holmberg, J., Kemani, M. K., Holmström, L., Öst, L. G., & Wicksell, R. K. (2020). Psychological Flexibility and Its

- Relationship to Distress and Work Engagement Among Intensive Care Medical Staff. *Frontiers in Psychology*, *11*, 3010. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.603986/BIBTEX>
- Hudson, P. L., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, *9*(17). <http://www.centreforpallcare.org>.
- Hulbert-Williams, N. J., Hulbert-Williams, L., Patterson, P., Suleman, S., & Howells, L. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT)-enhanced communication skills: development and evaluation of a novel training programme. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *0*, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002786>
- Hulbert-Williams, N. J., Norwood, S. F., Gillanders, D., Finucane, A. M., Spiller, J., Strachan, J., ... Swash, B. (2021). Brief Engagement and Acceptance Coaching for Hospice Settings (the BEACHeS study): results from a Phase I study of acceptability and initial effectiveness in people with non-curative cancer. *BMC Palliative Care*, *20*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12904-021-00801-7/FIGURES/3>
- Hulbert-Williams, N. J., Norwood, S., Gillanders, D., Finucane, A., Spiller, J., Strachan, J., ... Swash, B. (2019). Brief Engagement and Acceptance Coaching for Community and Hospice Settings (the BEACHeS Study): Protocol for the development and pilot testing of an evidence-based psychological intervention to enhance wellbeing and aid transition into palliative care. *Pilot Feasibility Stud*, *5*, 104. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0488-4>
- Jones, K., Methley, A., Boyle, G., Garcia, R., & Vseteckova, J. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Managing Grief Experienced by Bereaved Spouses or Partners of Adults Who Had Received Palliative Care. *Illness Crisis and Loss*, *0*(0), 1–18. <https://doi.org/10.1177/10541373211000175>
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & Mcknight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, *32*(9), 829–850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kent, W., Hochard, K. D., & Hulbert-Williams, N. J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science*, *14*, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.004>
- Kredentser, M. S., & Chochinov, H. M. (2020). Psychotherapeutic Considerations for Patients With Terminal Illness. *Am J Psychother*, *73*, 137–143. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190048>
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *115*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103876>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & Mccracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic Reviews*, *8*(140). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>

- Low, J., Davis, S., Drake, R., King, M., Tookman, A., Turner, K., Serfaty, M., ... Jones, L. (2012). The role of acceptance in rehabilitation in life-threatening illness. *J Pain Symptom Manage*, 43(1), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.020>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2021). Os seis processos centrais da ACT e seus respectivos processos. In J. B. Luoma, S. C. Hayes, & R. D. Walser (Eds.), *Aprendendo ACT: manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para terapeutas* (2nd ed., pp. 27–51). Sinopsys Editora.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2019). Psychotherapeutic interventions for chronic pain: Evidence, rationale, and advantages. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(2), 140–149. <https://doi.org/10.1177/0091217418791447>
- Martin, C. L., & Pakenham, K. I. (2022). The role of psychological flexibility in palliative care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.004>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2nd ed., pp. 23–30). Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).
- McCracken, L. M., Patel, S., & Scott, W. (2018). The role of psychological flexibility in relation to suicidal thinking in chronic pain. *European Journal of Pain*, 22(10), 1774–1781. <https://doi.org/10.1002/EJP.1273>
- McCracken, Lance M, Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- Mccracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain : Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27. https://doi.org/10.15064/jjpm.38.6_441
- McGuire, D. B., Grant, M., & Park, J. (2012). Palliative care and end of life: The caregiver. *Nursing Outlook*, 60(6), 351–356.e20. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.08.003>
- Nnate, D. A. (2021). Treatment withdrawal of the patient on end of life: An analysis of values, ethics and guidelines in palliative care. *Nursing Open*, 8(3), 1023–1029. <https://doi.org/10.1002/NOP2.777>
- Pereira, S. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000121>
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2014). Predicting Prolonged Grief Disorder: Caregiver Prodrome Turns Bereaved Survivor Syndrome. Commentary on Thomas et al. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 516–517. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2013.10.002>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Hempton, C., & Burney, S. (2017). The Relationship Between Poor Quality of Life and Desire to Hasten Death: A Multiple Mediation Model Examining the Contributions of Depression, Demoralization, Loss of Control, and Low Self-worth. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 243–249.

- <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2016.08.013>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 5–6. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>
- Saúde, M. da. (2022). *Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil*. Governo Federal. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96.
- Sercu, M., Beyens, I., Cosyns, M., Mertens, F., Deveugele, M., & Pype, P. (2018). Rethinking End-of-Life Care and Palliative Care: Learning From the Illness Trajectories and Lived Experiences of Terminally Ill Patients and Their Family Carers. *Qualitative Health Research*, 28(14), 2220–2238. <https://doi.org/10.1177/1049732318796477>
- Silva, T. S. S., Pedreira, R. B. S., Lima, E. R., Santos, L. dos Reis, T. T., Rocha, M. P. da, ... Silva, R. S. da. (2022). Challenges of the multidisciplinary team in palliative care in Brazil: integrative review. *Research, Society and Development*, 11(6), e18511628904–e18511628904. <https://doi.org/10.33448/RSD-V11I6.28904>
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332–362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., ... Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 22(11). <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2021.04.003>
- Vilardaga, J. C. P., Winger, J. G., Teo, I., Owen, L., Sutton, L. M., Keefe, F. J., & Somers, T. J. (2020). Coping Skills Training and Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Management: Feasibility and Acceptability of a Brief Telephone-Delivered Protocol for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(2), 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.005>
- World Health Organization [WHO]. (2017). Definition of Palliative Care [Internet]. Geneva: World Health Organization. Recuperado de www.who.int/cancer/palliative/definicion/en

Dados sobre os autores:

- *Franciele Cristiane Peloso*: Psicóloga (UNISINOS), especialista em Terapias Comportamentais Contextuais baseada em Processos (CEFI) e mestranda em Psicologia Clínica (UNISINOS). Membro da Association for Contextual Behavioral Science (ACBS mundial e Brasil). Interesse em temáticas que envolvam terapias comportamentais contextuais, análise comportamental clínica, terapia de aceitação e compromisso em contexto de saúde (dor crônica e cuidados paliativos), valores, mindfulness, regulação emocional.
- *Priscila Goergen Brust-Renck*: Possui graduação em Psicologia (2007) e mestrado em Psicologia com concentração em Cognição Humana (2010) pela PUCRS. Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento (2015) na Cornell University nos Estados Unidos, por onde também possui mestrado (2011). Realizou pós-doutorado na área de decisão médica (2015-2017) vinculado ao Núcleo Interinstitucional de Bioética (UFRGS, HCPA, PUCRS, UniRitter) e na área de análise do processo decisório em saúde (2017-2020) no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFRGS. Atualmente é professora assistente do Curso de Psicologia e do Curso de Medicina da Unisinos. Integra o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma Universidade, onde coordena o Laboratório de Pesquisa em Cognição e Saúde - LAPECS. É pesquisadora colaboradora do Laboratory for Rational Decision Making da Cornell University e do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental da USP. É membro da Society for Judgment and Decision Making, da Society for Medical Decision Making, da Psychonomic Society, e da American Psychological Association. Tem experiência de colaboração interdisciplinar e atua nas áreas de Psicologia da Saúde, Psicologia Cognitiva Experimental, Psicologia do Desenvolvimento, Pesquisa Translacional, Metodologia de Pesquisa e Estatística.
- *Murilo Ricardo Zibetti*: Graduado (2010), Mestre (2013) e Doutor (2017) em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia, do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Alimentos, bem como, dos cursos de graduação de psicologia e de medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua prioritariamente em pesquisas que envolvem avaliação cognitiva, avaliação psicológica (adaptação e validação de instrumentos), reabilitação neuropsicológica e a interlocução com a fisiologia. Também tem atuado em avaliação a quadros psiquiátricos sob uma perspectiva dimensional e transdiagnóstica. É especialista em Neuropsicologia (Conselho Federal de Psicologia) e possui formação em reabilitação neuropsicológica realizada pelo Centro Paulista de Neuropsicologia ligado a Universidade Federal do Estado de São Paulo (CPN-UNIFESP). Possui experiência de ensino na graduação e em programas de pós graduação em Avaliação Psicológica, Neuropsicológica e Reabilitação Cognitiva. Além disso, tem atuação clínica nas áreas de avaliação e reabilitação neuropsicológica.

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.
