



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*FATORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE  
UM LUTO COMPLICADO EM FAMILIARES  
CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Soares Pimentel de Sequeira Dias*

Porto, julho de 2015



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*FATORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE  
UM LUTO COMPLICADO EM FAMILIARES  
CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Soares Pimentel de Sequeira Dias*

Trabalho efetuado sob a orientação de

*Prof.ª Doutora Elisa Veiga*

Porto, julho de 2015

## AGRADECIMENTOS

Aos meus *Avós*, por terem sido o meu maior pilar em todos estes anos, se terem dedicado tanto a mim e terem colocado sempre o meu crescimento enquanto pessoa e futura profissional em primeiro lugar.

À *minha mãe*, por a cada dia me ter dado asas para construir autonomamente o meu caminho e ter depositado confiança em todas as minhas escolhas.

Ao *meu pai*, pelo exemplo que foi para todos os que o conheceram e que ainda hoje é para mim. Sei que és e serás sempre um guia que me ajuda a não desistir e a querer concretizar o que um dia projetaste para mim.

Ao *Diogo*, pela presença, estima e apoio. Obrigada por me teres motivado ao longo destes anos, ajudando-me a encontrar em mim a força para superar todos os momentos difíceis.

Aos meus *restantes familiares* que partilham comigo todas as conquistas e mostram o seu valor imprescindível para o meu crescimento.

Às minhas *companheiras* – *Rosário, Eva, Carla, Kika, Tocas, Pacha e Ju* – que, com a sua forma única e especial, foram contribuindo para a finalização deste percurso.

Ao *Cookie*, por toda a companhia nos dias e noites de dedicação a este estudo.

À *professora Elisa*, por ter sido uma referência para mim como psicóloga e investigadora. Obrigada pelo seu apoio incondicional, por todas as horas de reflexão conjunta e por me ter desafiado a alcançar mais.

Ao *meu orientador de estágio*, também pelo seu acompanhamento ao longo deste caminho que tanto contribuiu para uma primeira experiência de terreno que foi tão importante para este estudo.

Às *participantes* desta investigação, pela genuidade e abertura com que partilharam os seus testemunhos.

Ao *Serviço de Cuidados Paliativos da Unidade Hospitalar* que possibilitou a recolha de dados neste local e reconheceu a pertinência desta investigação.

## RESUMO

Embora o luto complicado afete aproximadamente seis milhões de cuidadores de doentes oncológicos em todo o mundo (Carr & Steel, 2013), este processo de luto em familiares cuidadores destes doentes recebeu ainda pouca atenção empírica contextualizada na nossa realidade e numa abordagem qualitativa.

Neste sentido, procurou-se compreender quais os fatores que, na perspetiva destes cuidadores informais, contribuíram para o desenvolvimento do luto complicado.

Através de uma metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a quatro familiares cuidadoras de doentes oncológicos que vivenciaram um luto complicado. A análise de conteúdo foi orientada pelos princípios da *Grounded Theory*.

Como principais resultados, salienta-se que as participantes apontaram como fatores que contribuíram para o luto complicado a introversão, a intensidade do vínculo com o(a) doente, a consciência do sofrimento do(a) doente, a dificuldade de aceitação da morte, e, a presença de patologias pessoais ou familiares concorrentes à doença paliativa ou à perda. Já o local e modo da morte, e, a conspiração de silêncio com o(a) doente não se revelaram como tendo influenciado o luto.

Na nossa perspetiva, o conhecimento deste tipo de fatores traz contributos para a compreensão dos processos de luto complicado destes cuidadores com implicações no ajustamento das práticas profissionais neste fenómeno.

**Palavras-chave:** Fatores de risco; Luto Complicado; Familiares Cuidadores; Doentes Oncológicos.

## ABSTRACT

Although complicated grief affect about six million caregivers of oncologic patients worldwide (Carr & Steel, 2013), this grief process in family caregivers of these patients has received little empirical attention contextualized in our reality and in a qualitative approach.

Therefore, we aimed to understand what factors influenced the development of a complicated grief from the perspective of these informal caregivers.

Through a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with four family caregivers of oncologic patients that experienced a complicated grief, and were used the principles of *Grounded Theory* for data analysis.

The main conclusions shows that participants pointed as factors that contributed for complicated grief introversion, intensity of attachment to patient, the awareness of patient's suffering, the difficulty of accepting death and the presence of personal and family's pathologies competitors of oncologic disease or loss. The location and way of the death, and the conspiracy of silence with the patient were those that didn't seem to have influence in the grief process.

We believe that the knowledge of such factors brings contributions to understanding complicated grief processes in these caregivers and research community and practitioners' action that, in this way, can promote an adjusted grief process in this population.

**Key-words:** Risk factors; Complicated grief; Family caregivers; Oncologic patients.

## ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	1
2. MÉTODO.....	6
2.1. Introdução.....	7
2.2. Participantes .....	8
2.3. Instrumento.....	9
2.4. Procedimentos de recolha de dados .....	11
2.5. Procedimentos de análise de dados .....	12
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	13
4. CONCLUSÃO .....	24
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
ANEXOS.....	38

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Caracterização das participantes .....	9
--	---

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1** – Guião de Entrevista Semi-estruturada

**ANEXO 2** – Termo de Consentimento Informado

**ANEXO 3** – Sistema Geral de Categorias

**ANEXO 4** – Descrição do Sistema Geral de Categorias

**ANEXO 5** – Categorias Pertinentes Para a Resposta às Questões de Investigação

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**APA** – American Psychiatric Association

**FR** – Fator(es) de Risco

**LC** – Luto Complicado

**PL** – Processo de Luto

**QI** – Questões de Investigação

**SCP** – Serviço de Cuidados Paliativos

# **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O desenvolvimento de um luto complicado (LC), também designado por prolongado, é hoje estimado como podendo afetar cerca de 10 a 20% da população enlutada (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011) e, aproximadamente, seis milhões de cuidadores de doentes oncológicos em todo o mundo (Carr & Steel, 2013).

No caso concreto de familiares de doentes oncológicos, a vivência da prestação de cuidados e a iminência progressiva de perda de um elemento próximo são, cada vez mais, tidas como fortes desencadeadores desta forma de luto (Carr & Steel, 2013; Guldin, Vedsted, Zachariae, Olesen & Jensen, 2012).

Dada a incidência desta problemática, vários autores têm procurado descrever este tipo de luto (e.g., Jacobs, Kasl, Schaeffer & Ostfeld, 1994; Leick & Davidsen-Nielsen, 1991; Parkes, 1996; Worden, 2009).

Uma vez que diferentes investigadores têm vindo a apresentar conceções distintas para um luto que dista de uma reação adaptada à perda e especificado diferentes variações dentro do que se entende por um processo de LC (luto *crónico*, *adiado*, *exagerado*, *mascarado* e *patológico*) (e.g., Parkes, 1996; Worden, 2009), tem sido difícil alcançar uma definição que distinga claramente este processo de luto (PL) de um luto normal (Bonanno & Kaltman, 2001; Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2008).

Ainda assim, é consensual que o LC deve ser reconhecido como uma perturbação psicológica isolada por a frequência, intensidade e duração temporal dos sintomas que o caracterizam diferirem em relação ao que é visto a acontecer em processos de luto normativos (American Psychiatric Association, 2013; Prigerson et al., 1997; Prigerson et al., 1999).

Dentro das múltiplas definições que podem ser consideradas, à luz de Prigerson et al. (1999) e da APA (2013), no conjunto de sintomas que estão, normalmente, associados a esta má adaptação à morte a longo prazo podem distinguir-se a vivência diária, intensa e disruptiva de sintomatologia **cognitiva** (e.g., acentuada dificuldade em aceitar a morte; pensamentos intrusivos sobre o(a) falecido(a); evitar lembrar a realidade da perda; preocupação com circunstâncias da morte; dificuldade em ter lembranças positivas do(a) falecido(a); percepção de que a vida é vazia ou sem significado), **emocional** (e.g., tristeza e dor emocional intensas como saudade, anseio, amargura, irritabilidade, inquietação, revolta, culpa, apatia, choque, e, confusão) e **comportamental** (e.g., dificuldade em dar continuidade à vida; dificuldade em perseguir interesses pessoais; isolamento) associadas à perda, e, uma significativa disfunção social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento do(a) enlutado(a). Relativamente ao seu *timing*, e embora não exista consenso entre vários autores, salienta-se que Prigerson et al. (1999) apontaram que esta sintomatologia tende a

estender-se a um período superior a seis meses, enquanto que a APA (2013) indicou que esta se mantem, no caso de adultos enlutados, pelo menos, 12 meses após a morte. Também este último autor, frisou que é fundamental, que se perceba se estes sintomas constituem uma reação de luto desproporcional ou inconsistente para as normas culturais e religiosas específicas de cada contexto e a idade do(a) enlutado(a), para que se possa considerar a presença de um LC (APA, 2013).

Assim, e reconhecendo que uma perda pode conduzir a processos de luto com estas características, importa que se aprofunde que fatores podem conduzir as pessoas a uma situação de vulnerabilidade para o seu desenvolvimento perante este acontecimento de vida. As circunstâncias passíveis de gerar um LC são designadas por fatores de risco (FR), um conceito que alerta para o facto da sua presença não implicar necessariamente o surgimento desta forma de luto já que também estes podem estar presentes num luto normal, e, será, como referido, a sua intensidade, duração e frequência que determinará a natureza do PL (e.g., Parkes, 1996; Kovács, 2007).

Até aos dias correntes, diversos autores prestaram-se a investigar os fatores que podem complicar PL em geral, pelo que as principais circunstâncias de risco que são apontadas como podendo predispor para este tipo de luto parecem estar associadas: (i) às **características pessoais do(a) enlutado(a)**, isto é, – ao género *feminino* (Prigerson et al., 2002), à *maior idade do(a) enlutado(a)* (Sanders, 1993), às características da sua personalidade como pessimismo, baixa autoestima, baixa confiança noa outros e introversão (Parkes, 1996; 2010; Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogrodniczuk, 2001; Worden, 2009), à existência de *fortes crenças religiosas e/ou espirituais* (Burke, Neimeyer, McDevitt-Murphy, Ippolito & Roberts, 2011), e, à existência de *antecedentes psicopatológicos* (Fujisawa et al. 2010; Twycross, 2003); (ii) a **fatores contextuais**, como – pertencer a uma *minoría étnica* (Burke & Neimeyer, 2013), ter tido *experiências traumáticas* (Raphael & Martinek, 1997; Sanders, 1993), *perdas precoces súbitas e múltiplas* ou história de *lutos não resolvidos* (Neimeyer, Burke, Mackay & Stringer, 2010), existirem *crises familiares* (Kramer, Boelk & Auer, 2006; Rando, 1993), haver *perceção de pouco suporte social* (Sanders, 1993), existir *sobrecarga no cuidador* (Aneshensel, Botticello & Yamamoto-Mitani, 2004; Schulz et al., 2001) ou *problemas económicos* (Sanders, 1993) –; (iii) a aspetos inerentes à **relação com o(a) falecido(a)**, ou seja, – o *parentesco próximo* com a pessoa perdida (especialmente, cônjuges e pais) (Fujisawa et al. 2010; Laurie & Neimeyer, 2008; Prigerson et al., 2002), ter tido uma relação com o(a) doente *conflituosa* (Feigelman, Jordan & Gorman, 2009), de *elevada dependência* (afetiva e económica) (Carr, 2004) ou marcada pela ausência de uma

comunicação aberta (Cohen, Dizenhus & Winget, 1977; Worby & Babineau, 1974); (iv) a fatores relativos à **doença do(a) familiar**, isto é, – ter havido um *diagnóstico tardio*, *pouco controlo dos sintomas*, uma *relação inadequada com equipa médica* (Prigerson et al., 2003), e, *intervenções médicas agressivas ao(à) doente* (Wright et al., 2008); e, por fim, (v) a aspetos relacionados com a **perda**, como – a *dificuldade de aceitação da morte pré-perda* (Metzger & Gray, 2008), a *morte ter ocorrido em casa* (Fujisawa et al. 2010) ou no *hospital* (Christakis & Iwashyna, 2003), ter sido uma *morte violenta* (homicídio, suicídio ou acidentes fatais) (Keesee, Currier & Neimeyer, 2008), *súbita* (Sanders, 1993) ou acompanhada por *múltiplas perdas* (Neimeyer & Burke, 2013), estarem presentes *cognições negativas no pós-perda* (e.g., ausência de sentido) (Boelen, Van Den Bout & Van Den Hout, 2003; Coleman & Neimeyer, 2010), e, serem experienciadas *raiva*, *amargura*, *culpa* ou *revolta intensas no pós-perda* (Bonanno, 2001; Gamino, Sewell & Easterling, 2000).

No que respeita aos estudos empíricos sobre os FR para o desenvolvimento de um LC em familiares cuidadores de doentes oncológicos, defende-se que são poucas as investigações que exploram pormenorizadamente esta temática (Gilbar & Ben-Zur, 2010; Guldin et al., 2012; Marwit, 1996), nomeadamente, a partir do que é uma abordagem qualitativa.

Todavia, e tendo em conta os resultados dos estudos que foram realizados através de uma abordagem quantitativa, podem-se citar enquanto FR para o desenvolvimento de um LC nestes cuidadores aspetos relativos: (i) à **pessoa enlutada**, isto é, – o género *feminino* (Chiu et al., 2010), ter uma atitude *pessimista* (Thomas et al. 2013; Tomarken et al., 2008), não possuir *crenças religiosas* (Chiu et al., 2010), ter tido *antecedentes psicopatológicos* (Barreto, Yi & Soler, 2008), *depressão* (Thomas et al. 2013; Tomarken et al., 2008) ou *problemas de saúde física* concorrentes à morte (Chiu et al., 2010); (ii) à **relação com a pessoa perdida**, ou seja, – o *parentesco próximo* com o(a) doente (Chiu et al., 2010) (especialmente *cônjuges*), ter existido uma ligação afetiva *intensa* ou marcada pela *ambivalência e dependência* (Barreto et al., 2008; Thomas et al., 2013), ter tido uma *vinculação insegura* com o cônjuge ou uma *relação marital problemática* (Van Doorn, Kasl, Beery, Jacobs & Prigerson, 1998); (iii) ao **processo da doença do(a) familiar**, isto é, – ter existido atraso no *diagnóstico*, *rápida progressão* da doença, uma *longa duração de cuidados*, *ausência de controlo de sintomas* durante a doença (Barreto et al., 2008), e, um *internamento prolongado* do(a) doente (Chiu et al., 2010); (iv) a **fatores de natureza contextual**, como, – ter história de *lutos não resolvidos*, *filhos menores com problemas de saúde* ou *dependentes* (Barreto et al., 2008), *problemas económicos* (Barreto et al., 2008; Tomarken et al., 2008) e familiares (Thomas et al. 2013), ou, uma percepção de *falta de apoio*

*familiar* (Chiu et al., 2010; Thomas et al., 2013) e *social* (Allen, Haley, Small, Schonwetter & McMillan, 2013; Tomarken et al., 2008); e, por fim, (v) à **morte**, isto é, – ter existido *dificuldade de aceitação da morte pré-perda* (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh & Yonker, 2010), a *morte* ter ocorrido no *hospital* (Wright et al., 2010), e, ter existido *autocensura* e *raiva* associadas à morte (Barreto et al., 2008).

A contrariar parte dos resultados acima apontados, há a referir que alguns autores defendem que o *tempo de internamento* (Speer, Robinson & Reed, 1995) e o *género* (Turvey, Carney, Arndt, Wallace & Herzog, 1999) não evidenciam ter qualquer efeito sobre o PL em geral.

Atendendo a que se considera que é a identificação de fatores como estes que possibilita o entendimento do que potencia a vulnerabilidade e o desenvolvimento de um LC nestes cuidadores, e, se observa que a temática do LC em familiares cuidadores de doentes oncológicos recebeu ainda pouca atenção empírica, contextualizada na nossa realidade e numa abordagem qualitativa, propômo-nos a explorar esta problemática, com o objetivo de desenvolver modelos de compreensão mais amplos sobre este processo de experienciar uma perda, e, fomentar o surgimento de intervenções que atuem num sentido de uma efetiva promoção de um PL mais ajustado destes cuidadores (e.g., Gilbar & Ben-Zur, 2010; Guldin et al., 2012; Marwit, 1996).

## **2. MÉTODO**

## 2.1. Introdução

Nesta investigação, foi nosso objetivo perceber quais são os fatores que, na perspectiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos, influenciaram o desenvolvimento de um LC. Partindo do que a literatura e peritos entrevistados para o estudo indicam como sendo potenciais FR para esta forma de luto na população em geral e nestes cuidadores em particular, pretendeu-se explorar especificamente a sua perceção sobre:

- Q1:** Qual a influência das suas *características pessoais* no desenvolvimento do LC?
- Q2:** Que aspetos associados à sua *história de vida anterior à doença* contribuíram para o desenvolvimento do LC?
- Q3:** Qual a influência do *suporte social* no desenvolvimento do LC?
- Q4:** Qual a influência das *características da relação com o(a) doente* no desenvolvimento do LC?
- Q5:** Qual a influência de aspetos associados ao *processo da doença* no desenvolvimento do LC?
- Q6:** Qual a influência de aspetos associados à *morte do(a) doente* no desenvolvimento do LC?
- Q7:** Que *outras dimensões* influenciaram o desenvolvimento do LC?

De forma a atingir o âmago do estudo, esta investigação alicerçou-se numa metodologia qualitativa por ser esta abordagem naturalista e interpretativa que melhor permite evidenciar a diversidade das perspetivas dos atores e conhecedores do fenómeno em foco e dar primazia à sua experiência subjetiva como fonte de conhecimento (Almeida & Freire, 2008). Ao privilegiar o testemunho de cada pessoa, este tipo de pesquisa procura explorar as suas vivências mas também as situações e contextos em que estas surgiram (Marack, 2003) por conceber a natureza socialmente construída da realidade e dos significados que lhes são atribuídos (Denzin & Lincoln, 2005).

Além disto, foi ao adotar um carácter semi-indutivo e ideográfico que esta investigação se propôs a alcançar uma compreensão mais individualizada e fiel do objeto em estudo (Almeida & Freire, 2008) mantendo-se inteiramente flexível ao surgimento das

dimensões que, na perspetiva pessoal das participantes, se afiguraram como tendo contribuído para a sua experiência de luto.

Neste sentido, todo o processo de codificação e análise dos dados foi orientado pelos princípios fundamentais da *Grounded Theory*, estratégia metodológica particularmente válida para campos de pesquisa pouco explorados, e, frequentemente utilizada por investigadores no domínio das ciências sociais e humanas para a teorização indutiva acerca de fenómenos sem possibilidade de generalização (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 1990).

Atendendo aos nossos objetivos, parece-nos que esta metodologia se assumiu como a mais adequada para uma análise idiossincrática, profícua e mais holística do objeto de investigação (Strauss & Corbin, 1990), e, para a descoberta de fatores que, apesar de não quantificáveis, conhecidos ou largamente investigados, são relevantes para o entendimento desta problemática a partir do que é a perceção destes cuidadores (Serapioni, 2000).

## 2.2. Participantes

Nesta investigação exploratória foi utilizado um processo de amostragem teórica de forma a construir uma amostra representativa sobre o objeto de estudo, isto é, que se baseasse no conhecimento privilegiado das participantes sobre o fenómeno em análise e evidenciasse as variações e tipicidades do mesmo (Strauss & Corbin, 1990). A nossa amostra é uma amostra de conveniência dado que foram convidadas a integrar o estudo quatro familiares cuidadoras de doentes oncológicos que, no passado, receberam acompanhamento psicológico num serviço de cuidados paliativos (SCP) de uma Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto, e, foram formalmente sinalizadas com tendo experienciado um processo de LC<sup>1</sup>. Esta sinalização formal foi feita a partir da avaliação clínica do psicólogo do SCP e de resultados obtidos na administração do *Inventário de Luto Complicado* (ICG; Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Delalibera, 2010)].

No que respeita à caracterização das participantes (Tabela 1), no momento atual, estas apresentam uma média de idades de 57,28 anos. Quanto ao seu estado civil, uma participante é casada, outra solteira, e, duas são viúvas. Relativamente à sua situação profissional, nenhuma das familiares se encontra empregada, havendo três que são já reformadas. Três das quatro participantes têm filhos, tendo uma duas filhas e duas apenas um filho. No que se refere ao parentesco com o(à) doente, duas participantes eram esposas do mesmo, uma delas

---

<sup>1</sup> Sinalização feita 12 (AM), 14 (MA), 18 (ML) e 20 (MG) meses após a morte do(a) familiar.

filha e, a quarta, irmã da doente paliativa. Já no que concerne ao tipo de doença oncológica do familiar destacam-se um cancro gástrico, um cancro do pulmão, um cancro da próstata e um cancro da língua. Por fim, e relativamente, ao tempo após a perda, em dois dos casos, o(a) doente faleceu em 2012 e nos outros dois em 2013.

Tabela 1

*Caracterização das participantes*

<b>Código</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Situação profissional</b>	<b>Nº de filhos</b>	<b>Idade dos filhos</b>	<b>Parentesco ao doente</b>	<b>Doença do familiar</b>	<b>Tempo Pós-perda</b>
A M	40	Casada	Desempregada	0	-	Filha	Cancro Próstata	2 anos
M L	58	Viúva	Reformada	1	35	Mulher	Cancro Pulmão	3 anos
M G	59	Solteira	Reformada	1	24	Irmã	Cancro Gástrico	3 anos
M A	72	Viúva	Reformada	2	36; 40	Mulher	Cancro língua	2 anos

### 2.3. Instrumento

Atendendo aos nossos objetivos, a entrevista afigurou-se como o método de recolha de dados mais ajustado, pelo que foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada (Anexo 1). Este teve como referentes os objetivos do estudo, a revisão da literatura e o testemunho de dois psicólogos com experiência clínica na abordagem deste tipo de população, e, que exercem a sua atividade profissional no SCP de duas Unidades Hospitalares da Região Metropolitana do Porto.

A opção pela entrevista qualitativa aberta foi determinada pelo facto de esta permitir uma abordagem de diálogo que, sendo marcada pela flexibilidade, dá liberdade à pessoa para transmitir espontaneamente a sua perspetiva (Seidman, 2006), potencia a reconstrução da experiência por parte do sujeito, e, confere objetividade ao que, outrora, podia parecer subjetivo (Aires, 2011).

Segundo Flick (2005) a escolha por uma entrevista de cariz não diretivo e não padronizado deve ser sempre privilegiada em detrimento de um questionário, por ser esta que, mais eficazmente, conduz o indivíduo a expressar o seu ponto de vista num contexto de

entrevista. Este argumento foi corroborado por Hood (2009) quando o autor pontou que este é um dos métodos mais utilizados para a elicitação de dados na investigação qualitativa por facilitar a obtenção de informação rica por parte do perito experiencial.

Numa fase seguinte do nosso estudo, perspetivando a melhor preparação do entrevistador e o aperfeiçoamento do guião, este foi testado em duas entrevistas piloto com população não clínica e informal que experienciaram a perda de familiares.

Yin (2009) aponta que esta estratégia, que se consubstancia numa situação de teste com características idênticas às que são planeadas para a recolha de dados, permite ao investigador familiarizar-se com o material de recolha de dados previamente construído e aperfeiçoar aspetos que devam ser alterados no mesmo de forma atingir os objetivos do estudo.

Neste sentido, esta etapa metodológica foi essencial para a validação a clareza dos termos a explorar, prever a duração média de cada entrevista e definir que questões poderiam ser mais adequadas e incluídas no guião de entrevista final (Yin, 2009).

No que se refere aos tópicos que constituem o guião utilizado estes visam o aprofundamento de: (i) *Informação geral sobre a participante*, que explora dados sociodemográficos sobre a entrevistada (idade; estado civil; existência de filhos e sua idade; situação profissional; parentesco com o(a) doente; doença do(a) familiar; e, tempo de luto); (ii) *Características da participante*, que aprofunda características pessoais da entrevistada como competências pessoais e sociais, religiosidade e espiritualidade, ou, por exemplo, antecedentes psicopatológicos e problemas de saúde física e/ou mental atuais; (iii) *Experiências anteriores*, que explora a vivência de acontecimentos de vida que tenham sido difíceis e anteriores ao diagnóstico do(a) familiar; (iv) *Relação com a pessoa perdida*, que procura compreender as características da relação com o(a) doente; (v) *Processo da doença*, que analisa quais os primeiros sintomas da doença, o modo de descoberta do diagnóstico, a evolução da situação clínica, as intervenções médico-cirúrgicas realizadas, se existiu necessidade de hospitalização e sua duração, e, a vivência psicoemocional da doença do(a) familiar; (vi) *Experiência de prestação de cuidados*, que foca a vivência psicoemocional do cuidar do(a) doente, os cuidados prestados ao(à) familiar e a duração dos mesmos; (vii) *Suporte Social*, que aprofunda as características da rede de suporte informal e formal da entrevistada (e.g., perceção sobre o papel da família, amigos, conhecidos e da equipa assistencial na adaptação à doença e à morte do(a) familiar); (viii) *Stressores concorrentes à doença e à morte*, que foca situações ou acontecimentos, paralelos à doença e à morte do(a) familiar, que podem ter contribuído para a existência de reações psicoemocionais ou físicas

disfuncionais; (ix) *Morte*, que explora o processo de morrer do(a) doente, isto é, o modo e lugar da morte, e, como foi a vivência psicoemocional deste momento; (x) *Vivência do processo de LC*, que aprofunda dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, físicas e sociais vivenciadas no LC; e ainda, (xi) *Fatores no PL*, que conduz a participante a explorar fatores que, na sua perspectiva, influenciaram positiva e negativamente o PL.

#### **2.4. Procedimentos de recolha de dados**

Primeiramente, procedeu-se ao pedido de autorização à direção do serviço no qual decorreu o nosso estudo e ao *Centro de Bioética* dessa unidade, para que o projeto de investigação pudesse ser aprovado e fosse possível a referenciação de utentes que tivessem experienciado um LC.

Depois de recebido o parecer de aprovação para o estudo, foi realizado o contacto, via telefónica, às familiares, de modo a esclarecer os objetivos gerais do estudo, e, perceber se existia ou não disponibilidade para participar na investigação. Aí, foi também transmitido que as entrevistas seriam gravadas em formato áudio e transcritas, para garantir um maior rigor na análise dos dados, e, que as participantes poderiam receber uma cópia dessa transcrição para aprovar o seu conteúdo. Ainda, garantiu-se que existiria total anonimato da sua identidade e confidencialidade dos dados transmitidos, a possibilidade de desistência sem dano, e, que, embora não estivessem previstos quaisquer riscos que pudessem advir da sua participação no estudo, o apoio da equipa do SCP estaria assegurado em caso de necessidade.

Após este esclarecimento e aceite o pedido de colaboração na investigação, foi agendada a entrevista que se realizou no contexto de conveniência para cada participante.

Depois de assinado o Termo de Consentimento Informado (Anexo 2), o mesmo membro da equipa de investigação realizou as quatro entrevistas que tiveram em média a duração de 1h e 30 minutos.

No final de cada entrevista, agradeceu-se o contributo da participante para o estudo, e, informou-se que, em caso de necessidade, poderia ser útil a realização de outro encontro no sentido de explorar aspetos que pudessem necessitar maior esclarecimento ou de devolver informações transmitidas. Contudo, não foi entendida como relevante, nem pelas participantes nem pelo investigador, a realização deste encontro com nenhuma das entrevistadas.

## 2.5. Procedimentos de análise de dados

Numa primeira fase, as entrevistas foram integralmente transcritas para *Word*, de forma a garantir um maior rigor dos enunciados das nossas participantes, e, uma primeira leitura e imersão no material.

À medida que se recolheram os dados, levou-se a cabo a análise do conteúdo do discurso de cada participante de modo a identificar tendências, padrões e possíveis desvios da tipicidade nos enunciados verbais (Ritchie & Lewis, 2003). Progressivamente, deu-se início ao processo de análise semi-indutiva das transcrições orientada pelos princípios da *Grounded Theory*, com recurso ao *software NVivo 10.2.0*.

À luz do *princípio de codificação aberta*, os dados brutos foram sendo transformados por recorte em unidades de registo que retratavam segmentos de texto com sentido, e, codificados num processo de comparação constante. Por se pretender assegurar a qualidade e rigor da análise, as categorias inicialmente definidas foram mais descritivas, mantendo-se próximas aos significados e à linguagem de cada participante (*princípio da parcimónia*) (Strauss & Corbin, 1990). Neste processo fomos ainda orientados pela estrutura do guião da entrevista

Gradualmente, foram-se agrupando os dados narrativos em categorias e subcategorias a partir dos dados (*princípio indutivo*), integrando sempre cada unidade de análise no número máximo de categorias possível. Como a sequência deste tipo de análise tende para a maior complexidade e integração dos dados foram-se estabelecendo, em fases posteriores do processo de codificação, relações entre as diversas categorias (*codificação axial*) (Strauss & Corbin, 1990). Pelo que todo o processo foi sendo discutido e analisado por outro elemento da equipa de investigação, e, recursivamente redefinido sempre que pertinente.

O sistema geral de categorias no seu formato final é apresentado no Anexo 3 e 4<sup>2</sup>.

Por fim, há a dizer que foi partindo da dinamicidade e circularidade deste tipo de análise que se procurou chegar à construção de conhecimento indutivo sobre o fenómeno em estudo plenamente enraizado nos dados das experiências destas participantes.

---

<sup>2</sup> Anexo 3 apresenta a estrutura do sistema de categorias e o Anexo 4 a sua descrição.

### **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Segue-se a apresentação e análise dos dados organizadas a partir das questões de investigação (QI) deste estudo, como forma de se alcançar uma compreensão mais clara e coerente do fenómeno em investigação.

A discussão dos resultados considerará a informação contida nas subcategorias pertinentes para cada QI (assinaladas a *bold*), ilustrando excertos do discurso das participantes (Anexo 5<sup>3</sup>). Nesta etapa convocaremos ainda a referência a dados da literatura considerados revelantes quanto a temática em foco.

**Q1: Qual é a perspectiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência das suas características pessoais no desenvolvimento do LC?**

No que respeita à perceção das participantes sobre a influência das suas características pessoais no PL experienciado há a dizer que três entrevistadas distinguiram que a sua **introversão** contribuiu para o que foi a sua vivência da perda do ente querido nos tempos posteriores à sua morte [e.g., “(..) *Sou um bocado reservada, e, sim (isso influenciou) porque eu não desabafava com ninguém...*” (AM)]. Este seu reconhecimento quanto ao efeito desta característica da sua personalidade sobre o PL vai de encontro ao que foi defendido por Parkes (1996; 2010) e Worden (2009) quando identificaram a introversão como um FR para o desenvolvimento de um LC na população em geral.

Na mesma linha, importa referir que uma participante apontou a sua **atitude pessimista** [e.g., “(..) *Tornei-me mais realista das coisas e infelizmente mais pessimista... O que também não me ajudou naquele momento como deve calcular...*” (ML)] como algo que também complicou o luto vivido. Esta ideia é partilhada por Tomarken et al. (2008) que constatarem o pessimismo como um fator que pode aumentar o risco destes familiares para a vivência de um LC.

Além disto, é de sublinhar que outra participante não perspetivou qualquer relação entre as suas características idiossincráticas e o que foi a sua experiência de luto na fase mais difícil deste processo: “(..) *Eu não vejo assim que alguma coisa em mim que pudesse ter piorado esse momento...*” (MG). Este facto pode ser compreendido à luz de alguns relatos em que entrevistada evidencia que o seu **otimismo**, a **extroversão**, o **sentido de humor** e **espírito de luta** [e.g., “*E, e depois é assim eu sou uma pessoa que luto sempre pelas coisas, sempre fui, porque sei que se precisamos de alguma coisa temos que nos mexer, e, tanto que*”

---

<sup>3</sup> Anexo 5 esclarece a articulação entre as QI e dados contidos no sistema de categorias.

*quando eu comecei a perceber que estava doente, eu fui logo ao doutor e ele é enviou-me para o hospital... portanto eu tive de aceitar o que aconteceu e continuar por mim e pela minha irmã...*” (MG)] foi algo que a ajudou a acomodar em termos cognitivos e emocionais a perda da irmã, e, a resolver ajustadamente o seu luto [e.g., “Às vezes, até brinco um bocadinho com as situações e eu acho que o facto de eu ser muito otimista contribuiu realmente para eu conseguir ultrapassar todas estas vicissitudes que têm passado por mim...” (MG)]. Diferentes autores assumem, na mesma ordem de ideias, que o otimismo (Brissette, Scheier & Carver, 2008; Moskowitz, Folkman & Acree, 2003), a extroversão (Robinson & Marwit, 2006), o humor (Geisler & Weber; 2010; McCrae & Costa 1986) e o espírito de luta (Dyregrov & Dyregrov, 2008) exercem um papel fundamental na adaptação da pessoa a acontecimentos de vida stressantes, tal como a morte, que é tida como um dos mais difíceis que alguma vez o indivíduo terá que enfrentar (Gilbar & Ben-Zur, 2002).

**Q2: Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados à história de vida anterior à doença no desenvolvimento do LC?**

No que concerne a esta QI, pode salientar-se, numa primeira análise, que uma participante reconheceu os seus **antecedentes psicopatológicos depressivos** como algo que influenciou negativamente no seu PL [e.g., “Eu acho que sim (influenciou)... Porque eu fui sempre assim... Tive sempre muitas depressões e naquela fase parecia que estava encasulada num ovo para mim própria, isolava-me completamente...” (AM)], dado que foi confirmado por Tomarken et al. (2008) e Thomas et al. (2013) como podendo propiciar um LC nestes cuidadores.

Noutra linha de pensamento, uma entrevistada pontou que o facto de ter sido confrontada com **duas mortes súbitas no passado**, designadamente do padrinho e do pai, alguns anos antes da perda do marido, dificultou todo o processo de adaptação à morte do cônjuge [e.g., “A morte do meu padrinho e do meu pai ajudaram-me muito a ir a baixo nesse momento também...” (ML)]. Esta perspetiva é tomada por Neimeyer et al. (2010) e Sanders (1993) que destacaram a existência de perdas anteriores repentinas como um fator fortemente potenciador de um LC.

Atentando à opinião das restantes participantes, foram indicados acontecimentos de vida cuja vivência foi “*difícil*” mas que, na sua perspetiva, não se afiguraram como influenciadores do LC. Concretamente, uma das familiares confidenciou quanto ao **suicídio do irmão**, cinco anos antes da morte do marido, que: “*Não senti nunca que essa memória*

(suicídio) tivesse me afetado nessa altura (pós-morte do cônjuge), até porque o meu marido me ajudou muito... E isso acabou por passar...” (MA), e, outra entrevistada quanto ao **luto da avó** que: “Não acho que tenha influenciado o que passei depois da minha irmã morrer porque foi tudo muito diferente...” (MG). No seguimento dos seus discursos, esta crença foi justificada pelo facto de estas participantes percecionarem a resolução do luto em relação a estas perdas, e, terem sobrevalorizado a custosidade e dificuldade do PL do cônjuge e da irmã em relação às experiências de luto anteriores [e.g., “(A morte do irmão) Foi muito difícil também... Mas do meu marido foi mais difícil...” (MA)]. Por um lado, a visão de MA sobre a não influência da morte do irmão no luto do marido vai contra à ideia de Keesee et al. (2008), Raphael e Martinek (1997) e Sanders (1993) que defenderam que enfrentar uma morte violenta no passado, como o suicídio de um familiar, pode conduzir o sujeito a desenvolver um LC. Por outro, esta reflexão das participantes confluí para os resultados de Brown (1995) e Worden (2009) que exponhem que, apesar da história de perdas anteriores afetar, não raramente, o impacto e ajustamento dos enlutados a outras mortes, é essencial atender-se ao modo como os mesmos vivenciam e lidam com essas perdas porque é isso que influenciará o PL de mortes posteriores.

Por fim, quanto a outra experiência de vida “*difícil*”, referida por uma participante como não tendo influenciado o LC da irmã, é de mencionar que esta narrou que ter sofrido **maus tratos por parte de um ex-companheiro** aquando jovem: “*Não (influenciou)... Isso (maus tratos) foi uma fase da minha vida que eu tive que ultrapassar e consegui graças ao apoio que tive da minha mãe e da minha irmã...*” (MG). Esta avaliação não é confirmada por Raphael e Martinek (1997) e Sanders (1993) que sugeriram que a vivência de situações traumáticas no passado, como a violência física e/ou psicológica, podem complicar e prolongar os PL, mas afluí para a ideia de Neria e Litz (2004) que explicaram que o impacto psicológico de experiências traumáticas na vida da pessoa depende do significado que esta atribuí a esse evento e dos recursos que esta tem disponíveis e ativa para o integrar e ultrapassar.

**Q3: Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência do suporte social no desenvolvimento do LC?**

Em resposta a esta questão, é de evidenciar a referência feita por uma participante que significou a **falta de apoio de alguns familiares mais afastados** como um dos fatores potenciadores do PL da irmã: “(...) *outra coisa que não ajudou foi... Ver a insensibilidade que*

*alguns familiares mais afastados tiveram comigo...*” (MG). Esta visão está de acordo com a de Thomas et al. (2013) que acrescentaram que a percepção da indisponibilidade de apoio social aumenta o risco do LC nestes cuidadores.

Em contraste, é de enfatizar que uma entrevistada não perspetivou qualquer relação entre a percepção de **falta de apoio por parte dos irmãos** e o PL do pai, já que considerava que outros familiares foram suportadores no período pós-morte: “(...) *Não vejo isso (falta de apoio dos irmãos) como um obstáculo de eu... Não conseguir ultrapassar o luto como devia... Eu sabia que não podia contar com eles mas também tinha o meu marido, a minha irmã e a minha mãe...*” (AM). Partindo dos relatos desta e das restantes participantes, entendeu-se que o **apoio de elementos familiares significativos**, do **psicólogo**, e, de **elementos da equipa médica** [e.g., “*É assim o que fez pôr a minha vida na normalidade foi a presença do meu filho, da minha irmã, dos meus sobrinhos, e, vocês (equipa assistencial)...*” (ML)] foi essencial para a resolução do PL. Visão que é confirmada por Stroebe, Schut e Stroebe (2007) e Vanderwerker e Prigerson (2004) que expuseram que a percepção e ativação de fontes de suporte, específicas ou diversificadas, no pós-morte, está associada a um melhor ajustamento do(a) enlutado(a) à perda.

Embora tenha sido globalmente reconhecido pelas participantes este papel da equipa assistencial para a resolução do PL, duas familiares expressaram que a existência de **problemas com determinados profissionais da equipa médica** durante a doença influenciou negativamente no seu luto [e.g., “(...) *Claro que os problemas com aquela parte da equipa médica do hospital não ajudou nada depois do meu pai morrer...*” (AM)]. À luz dos seus discursos, numa das situações, tal deveu-se à desvalorização da gravidade de sintomas do pai no pré-diagnóstico e alguma negligência no cuidado ao doente, e, noutra, a uma circunstância em que “*houve um problema com uma enfermeira que lhe (cônjuge) tratou mal e nunca pediu desculpa...*” (ML). A opinião destas entrevistadas está de acordo com Haley, Kasl-Godley, Larson e Neimeyer (2003), e, Rome, Luminais, Bourgeois e Blais (2011) que pontuaram que uma boa relação entre doente, família e equipa assistencial é um dos pilares que potencia a adaptação psicológica do(a) enlutado(a) à perda, e, que a presença de conflitos entre esta tríade complica comumente o PL do familiar.

**Q4:** Qual é a perspectiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência das características da relação com o(a) doente no desenvolvimento do LC?

Considerando esta QI, é de sublinhar que todas participantes refletiram que a natureza da sua relação com a pessoa perdida contribuiu de forma significativa para o luto experienciado. Concretamente, foi distinguido que características como a “proximidade” [e.g., “*Sim... Eu acho que sim (proximidade entre o casal)... A falta que ele me fez e as saudades que eu tinha todos os dias tinham de estar ligadas a isso, não é?*” (MA)], a **intimidade** [e.g., “*(...) eu estava lá porque havia muita intimidade entre nós e ele não se importava que eu estivesse ali nem nada disso...*” (ML)], a “união” [e.g., “*Sim, sim, nós éramos muito unidos...*” (ML)], o **apoio** e **estima** do outro [e.g., “*Eu acho que sim... Porque me custou muito não ter a companhia dela porque nós fazíamos tudo uma pela outra, tudo o que tivesse que ser resolvido passava pelas duas...*” (MG)], a **ausência de conflitos** [“*(...) nunca houve momentos para falar de nada sobre isso nem sobre problemas porque isso também era algo que nós não tínhamos...*” (ML)], mas também a **confiança** [“*Entre nós havia uma confiança total...*” (MA)], e, a **importância do outro** [e.g., “*A (morte) da minha irmã foi muito mais difícil, porque ela era das pessoas mais importantes que eu tinha...*” (MG)] sustentavam grande parte das relações descritas, e, que foi a **boa ligação afetiva** e o **vínculo forte** com o(a) doente que dificultou o ajustamento à morte [e.g., “*Pode, pode, isso (o facto de a relação ser tão forte e próxima) fez muito diferença... Muita, mesmo...*” (ML)]. Esta perspectiva converge para o que foi apresentado por Barreto et al. (2008) aquando descreveram a intensidade do vínculo com o ente querido como um fator que coloca estes cuidadores em risco para o desenvolvimento de LC.

**Q5:** Qual é a perspectiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados ao processo da doença no desenvolvimento do LC?

Relativamente a esta QI, importa referir que duas participantes assinalaram o **estabelecimento tardio do diagnóstico** como um dos fatores que, estando associado ao processo da doença do(a) familiar, influenciou no seu PL [e.g., “*Sim (influenciou) porque ficou a mexer muito comigo, eu tinha muita raiva dentro de mim por eles terem desvalorizado o problema dele...*” (AM)]. Também a **consciência do sofrimento do(a) doente, durante a doença**, foi encarada por três entrevistadas como tendo prejudicado o ajustamento à morte do(a) familiar [e.g., “*Sim influenciou (ter esta consciência) porque ninguém gosta de ver*

*alguém a sofrer, não é?”* (MA)]. Estas duas perspetivas estão de acordo com Barreto et al. (2008) que pontuaram que a existência de atrasos ou dificuldades na descoberta do problema clínico e o reconhecimento da existência de dor na pessoa doente complicam o PL destes familiares.

Ademais, três participantes especificaram que outro elemento contribuidor para o LC foi a **dificuldade de aceitação da morte no pré-perda** [e.g., *“Pois, se calhar não ajudou (não aceitação da morte). Porque, como eu disse à doutora, eu demorei muito tempo até conseguir aceitar...”* (MA)], esta visão é partilhada por Kramer (2010) e Metzger e Gray (2008) que escalereceram que a baixa capacidade da pessoa para aceitar, progressivamente e no decorrer da doença, a morte do familiar favorece a vivência deste PL.

No discurso das entrevistadas, sinalizou-se igualmente uma atribuição distinta à influência da **conspiração de silêncio com o(a) doente** no luto experienciado. Já que para uma participante este fenómeno influenciou no seu PL [*“Eu penso que sim... Porque eu sentia-me muito mal por ela me ter omitido tudo para não me fazer sofrer...”* (MG)] e para as restantes não [e.g., *“Não, não, eu acho que isso (conspiração de silêncio) não interferiu porque, em tudo o que eu pude ajudar, eu ajudei...”* (ML)]. A significação de que este fenómeno contribuiu para o PL converge para o parecer de Cohen et al. (1977) e Worby e Babineau (1974) que indicaram a inexistência de uma comunicação franca entre doente-familiar como sendo potenciadora de um LC, enquanto que a opinião oposta das restantes familiares vai de encontro à de Hinton (1981) que não encontrou nenhuma relação entre este fenómeno e o LC, e, de Lugo e Coca (2008) que clarificaram que se a conspiração de silêncio for sustentada no desejo de ambas as partes, tal como aconteceu no caso destas participantes, não tem que ser necessariamente desadaptativa.

Ainda quanto a esta QI, há a dizer que duas familiares reportaram-se ao tipo de influência que a **hospitalização prolongada do(a) doente** teve no seu PL, não a tendo apontado como algo que potenciou o LC por considerarem que esta promovia o bem-estar e qualidade de vida do doente [e.g., *“Não, acho que não (influenciou negativamente), porque eu sabia que ele tinha de estar no hospital para ter as condições que precisava, tinha mesmo de ser...”* (ML)]. Esta significação positiva à duração da hospitalização do familiar sobre o PL converge para os resultados do estudo de Speer et al. (1995) realizado com familiares cuidadores de doentes oncológicos e aos de Stroebe et al. (2007) que demonstraram que a construção de um significado, sentido, para diferentes situações respeitantes a si ou aos outros no decorrer da doença e pós-perda pode favorecer PL mais ajustados. Noutro sentido, este dado diverge da visão de Pessini (2002) que apresentou a hospitalização como um evento que

gera frequentemente *stress* em toda a família e da de Chiu et al. (2010) que apontaram o internamento prolongado do doente como um fator propiciador de LC nestes familiares.

Ainda, é de mencionar que uma participante relatou que, embora tenham existido **complicações respiratórias após uma traqueostomia** [e.g., “*Negativamente, só me recordo (...) da traqueostomia... Aquele tubo não ficou bem e ele quase que perdeu a respiração... E, aí eu fiquei muito irritada com o médico mas depois isso passou porque percebemos que ninguém teve culpa...*” (MA)], tal não influenciou o PL, nomeadamente, porque acreditava que a equipa sempre procurou garantir o controlo sintomático e a qualidade dos cuidados em geral. Esta visão vai contra ao apresentado por Barreto et al. (2008) que indicaram que a ausência de controlo sintomático durante a doença pode despoletar um LC nestes cuidadores mas é adotada por Grande, Farquhar e Barclay (2004) que expuseram que a crença da dedicação dos profissionais de saúde à situação clínica do doente pode favorecer um melhor ajustamento à perda.

**Q6: Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados à morte do(a) doente no desenvolvimento do LC?**

Quanto a esta QI, é de realçar que todas as participantes verbalizaram que o **modo da morte** do(a) doente não influiu no LC, por esta ter sido uma morte sem sofrimento [e.g., “*É assim eu fiquei feliz por sabe quando cheguei ao hospital que a minha irmã teve uma morte santa...*” (MG)], e, em quatro dos casos, **presenciada por diferentes familiares**. Esta perspetiva é partilhada por Carr (2003), e, Hansson e Stroebe (2006), que evidenciaram que a noção de uma ‘boa morte’, de que o doente morreu de uma forma tranquila, sem dor, e, rodeado por quem desejava despoleta PL mais adaptativos.

Outro aspeto igualmente refletido quanto à **morte** do familiar respeita ao local em que esta aconteceu. À luz dos relatos das participantes percebeu-se que três doentes faleceram no **hospital**, uma em **casa**, e, que em nenhum dos casos o lugar da morte foi considerado como tendo contribuído para o PL vivenciado, já que este foi de encontro à vontade do(a) doente e era aquele que as participantes acreditavam que melhor garantiria todos os cuidados ao(à) familiar [e.g., “*Foi, foi (importante ter falecido no hospital)... Porque eu acho que o hospital é a casa que nos acolhe e trata quando estamos doentes e a minha irmã aqui foi muito bem acompanhada e se estivesse em casa poderia não ter partido da forma que partiu...*” (MG); “*Não (morrer em casa não influenciou)... Eu acho que ele morreu como queria, com os filhos todos lá...*” (AM)]. Esta sua ideia sobre a não influência da hospitalização na altura da morte

no PL é partilhada por diferentes investigadores (e.g., Andrade, Costa, Soares, Caetano & Beserra, 2009; Fried, Van Doorn, O’Leary, Tinetti & Drickamer, 1999; Moreira, 2001) que especificaram que o receio de que a morte ocorra de uma forma difícil, ameaçadora e custosa para o doente contribui para que a possibilidade de hospitalização nesse momento seja, frequentemente, aceite e desejada pelo cuidador por lhe conferir maior segurança. Os mesmos autores realçaram ainda que a confiança do familiar no cuidado que pode ser prestado pela equipa assistencial não só o conduz à escolha deste local como pode ajudá-lo a diminuir o *stress* experienciado pelo final da vida do doente. Tendo também isto em consideração, é entendível que este local não tenha, na opinião das participantes, impactuado no desenvolvimento do LC. Sendo que, além disto, há dizer que Wright et al. (2010) vieram esclarecer, por outro lado, que a morte de doentes oncológicos em hospitais é um fator que tende a colocar o familiar em risco para o LC.

Por fim, e focando a perspetiva da participante cujo pai faleceu em casa, importa salientar que Steinhauer et al. (2000) indicaram que respeitar a vontade do doente, permitindo-lhe que morra naquele que é o seu lar e na presença de elementos próximos, é essencial para a maioria dos familiares, até porque é comum que doentes em estádios terminais prefiram morrer neste local (Grande, Todd, Barclay & Farquhar, 1999). A opinião destes autores converge para a ideia da entrevistada sobre a importância que a morte do pai neste lugar assumiu para uma maior pacificação no pós-morte [*“Mas eu quis que ele viesse para casa para estarmos todos com ele quando ele partisse... E ainda bem que o fiz, porque ele morreu no dia a seguir, e, se eu o tivesse deixado morrer no hospital, hoje estaria com uma grande culpa, porque ele não queria isso...”* (AM)], e, neste sentido para o próprio PL. Uma perspetiva que não é encontrada na literatura por os estudos empíricos existentes (e.g., Gilbar & Ben-Zur, 2010) demonstrarem que mortes que tomam lugar em casa do doente ou do familiar despoletam normalmente PL menos ajustados.

**Q7:** Que outras dimensões influenciaram, na perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos, o desenvolvimento do LC?

Já quanto à última QI, é de destacar que três entrevistadas começaram por identificar problemas de saúde pessoais ou de outros elementos familiares como outros fatores não favorecedores da sua adaptação à morte. Especificando, enquanto que uma participante (AM) destacou a **Fibromialgia** (“(...) *Um deles (problemas que não ajudaram) foi a minha doença... Eu já tenho Fibromialgia há muito tempo...*”), a **depressão** (“*Depois eram as*

*depressões... Depressões atrás de depressões...*”), e, o **aparecimento da doença do marido pouco tempo após a morte do pai** (“*Sim... A doença do meu marido, claro... Nunca cheguei a fazer uma pausa... Nunca cheguei a ter aquele tempo para mim...*”), outra realçou o seu **diagnóstico de cancro na mama na altura em que a irmã ficou doente**: “*Sim não me ajudou nada ter-me aparecido cancro naquela altura em que a minha irmã ficou doente foi uma cruz muito pesada para mim...*” (MG)]. Esta perceção sobre o efeito destas patologias físicas e da depressão no PL vivido é demonstrada por Chiu et al. (2010), Thomas et al. (2013) e Tomarken et al., (2008) que explicam que estes são fatores que, acrescidos ao diagnóstico e/ou à perda, propiciam um LC nestes cuidadores.

Outra familiar expôs como fator influenciador do PL as suas **fortes crenças religiosas** [“*Ser muito crente em Deus fez com que me sentisse muito revoltada, fiquei muito revoltada...*” (MA)], visão que é partilhada por Burke et al. (2011) mas que diverge da de Barreto et al. (2008) que reconhecem a existência de crenças religiosas como um fator protetor para um PL adaptativo nestes familiares.

Também duas entrevistadas refletiram que os problemas económicos no pós-perda dificultaram o PL, referindo-se estes, num caso, a **dívidas da filha** [“*Isso (endividamento da filha) não me ajudou nada...*” (MA)] e noutro à **diminuição considerável do rendimento mensal da participante** [“*(...) como tive este problema aos 56 anos não me consideraram incapacidade, e, hoje o meu rendimento é 317€, o que como é óbvio veio trazer nessa altura muitas preocupações como a doutora disse...*” (MG)]. A noção do contributo deste tipo de problemas para o desenvolvimento de LC nestes cuidadores é partilhado por Barreto et al. (2008) e Thomas et al. (2013).

Depois, uma participante significou que outro fator que propiciou o LC foi **ser confrontada com perdas múltiplas no pós-morte** [“*(...) essa altura, também foi muito complicada para mim porque o F morreu em Junho, minha mãe morreu em Setembro e o meu pai em Novembro...*” (MA)], dado que converge para a ideia de Neimeyer e Burke (2013) quanto à influência deste fator no desenvolvimento do LC na população em geral.

Não menos importante, resta referir que todas as familiares aludiram para a influência que a **culpa**, enquanto reação emocional à perda, teve no seu PL [e.g., “*(Não ajudou) Pensar que eu poderia ter feito melhor e algumas coisas que ele queria que eu tivesse feito, porque depois fiquei a sentir-me culpada por isso...*” (MA)]. Segundo Kübler-Ross e Kessler (2005) é comum que o confronto com um diagnóstico fatal e a posterior morte conduza o familiar a culpabilizar-se pela crença de que ‘poderia ter feito mais’. Esta realidade que foi visível em alguns relatos [e.g., “*No início culpava-me muito por não ter estado lá (morte da irmã)...*”

(MG)], é tida por Barreto et al. (2008) como um forte potenciador de um LC nestes cuidadores. Ainda, três participantes significaram que a **revolta** sentida após a perda do familiar dificultou todo o PL [e.g., “(A revolta influenciou) Muito, muito...” (ML)]. O que converge para a visão de Bonanno (2001) que esclareceu que a revolta prolongada no tempo pode complicar o PL dos enlutados em geral, ainda que seja normativa em fases iniciais deste processo (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

Em resposta às questões de investigação procuramos trazer a abrangência e diversidade dos dados recolhidos enquadrando-os à luz da teoria, de seguida serão salientados aqueles que reúnem maior regularidade nas narrativas das participantes enquanto dimensões que contribuíram para a compreensão do PL vivenciado.

## **4. CONCLUSÃO**

Um estudo com estas características não se acomoda a uma conclusão já que, dada a complexidade inerente às experiências individuais das participantes no seu processo de LC, a sistematização não é fácil.

Entendemos que este estudo traz contributos para a comunidade científica e para os intervenientes no terreno, acrescentando conhecimento sobre este fenómeno. Não podendo aqui dar visibilidade à totalidade da riqueza dos dados partilhados por estas familiares, realçamos a sua introversão, a intensidade do vínculo com o doente, a dificuldade de aceitação da morte, a consciência do sofrimento do(a) doente, e, a presença de patologias pessoais ou familiares concorrentes à doença paliativa ou à perda, como dimensões que se afiguraram como influenciadoras do LC destas participantes e reuniram maior regularidade nas várias narrativas como estando associadas ao desenvolvimento deste PL. De igual modo, ressalvamos também a ausência de impacto do local e modo da morte e da existência de conspiração de silêncio com o(a) doente no seu ajustamento à perda, estando estes aspetos muito relacionados com o significado atribuído por cada participante nas circunstâncias particulares da sua história.

Assumimos como limitações a não contemplação de participantes do género masculino que poderia trazer uma maior diversidade de experiências para esta análise qualitativa, da mesma forma que consideramos a homogeneidade das nossas participantes como um aspeto positivo deste estudo pois tal poderá ter contribuído para as regularidades que encontramos nesta investigação. Ainda, e sabendo que nos inspiramos em princípios da *Grounded Theory*, constitui-se como outra limitação não termos cumprido os requisitos para atingir a saturação teórica.

Sugerimos para projetos futuros neste fenómeno uma análise ainda mais aprofundada daquela que este estudo alcançou, principalmente, focando os discursos e estórias das participantes. Pensando na prática profissional, parece-nos pertinente relacionar indicadores do que foi o LC de cada participante com FR que estas foram apontando como podendo ter contribuído para essa experiência. Igualmente interessante seria analisar que fatores protetores potenciam um PL mais adaptativo destes cuidadores ou a resolução de um LC. Em qualquer caso, a sua inscrição na experiência individual, contextualizada, parece ter uma importância central.

Concluindo, acreditamos que a exploração destas experiências possibilitou uma compreensão dos fatores que estiveram envolvidos no desenvolvimento do LC quer para as participantes quer para a equipa de investigação.

## **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.

Allen, J. Y., Haley, W. E., Small, B. J., Schonwetter, R. S., & McMillan, S. C. (2013). Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: Predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 745-751. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0450>.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: DSM-5* (5<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andrade, L. M., Costa, M. F. M., Caetano, J. A., Soares, E., & Beserra, E. P. (2009). The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(1), 37-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100005>

Aneshensel, C. S., Botticello, A. L., & Yamamoto-Mitani, N. (2004). When caregiving ends: The course of depressive symptoms after bereavement. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(4), 422-440. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650404500405>

Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª Ed., pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.

Boelen, P. A., Van Den Bout, J., & Van Den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 225-238. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.08.001>

Bonanno, G. A. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 493-515). Washington, DC: American Psychological Association.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2008). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102–111. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.102>.

Brown, F. H. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar* (pp. 393-412). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In M. Stroebe, H. Schut & J. Van Den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145-161). New York, USA: Routledge.

Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African american homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD and depression. *Journal of Death and Dying*, 61(1), 1-24. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.61.1.a>

Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E., Ippolito, M. R., & Roberts, J. M. (2011). Faith in the wake of homicide: Religious coping and bereavement distress in an african american sample. *International Journal Psychology of Religion*, 21(4), 1-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10508619.2011.607416>

Carr, B. I., & Steel, J. (2013). The Intersection between cancer and caregiver survivorship. In. B. I. Carr & J. Steel (Eds.), *Psychological aspects of cancer* (pp. 371-384). New York, USA: Springer.

Carr, D. (2003). A 'good death' for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 215–32. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/1519809>

Carr, D. S. (2004). African american/caucasian differences in psychological adjustment to spousal loss among older adults. *Research on Aging*, 26(6), 591-622. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027504268495>

Chiu, Y-W., Huang, C-T., Yin, S-M., Huang, Y-C, Chien, C-H., & Chuang, H-Y. (2010). Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(10), 1321-1327. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-009-0756-6>

Christakis, N. A., & Iwashyna, T. J. (2003). The health impact of health care on families: A matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Social Science & Medicine*, 57(3), 465–75. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00370-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00370-2)

Cohen, P., Dizenhus, M., & Winget, C. (1977). Family adaptation to terminal illness and death of a parent. *Social Casework*, 58(4), 223–228.

Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: Searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34(9), 804-834. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481181003761625>

Delalibera, M. A., Coelho, A., & Barbosa, A. (2007). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935-942.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 1-32). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Devries, B., & Arbuckle, N. W. (2005). The long-term effects of later life spousal and parental bereavement in personal functioning. *Gerontologist*, 35(5), 637-647. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/35.5.637>.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools and support professionals*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Journal of Death and Dying*, 58(4), 251-273. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.58.4.a>

Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Centros de Estudo em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (1ª Ed.). Lisboa: Monitor.

Fried, T., Van Doorn, C., O'Leary, J., Tinetti, M., & Drickamer, M. (1999). Older persons' preference for site of terminal care. *Annals of Internal Medicine*, 131(2), 109-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00162.x>.

Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>.

Gamino, L. A., Sewell, K. W., & Easterling, L. W. (2000). Scott and white grief study phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633-660. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180050132820>

Geisler, F. C. M., & Weber, H. (2010). Harm that does not hurt: Humour in coping with self-threat. *Motivation and Emotion*, 34(4), 446-456. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-010-9185-6>

Gilbar, O., & Ben-Zur, H. (2010). Bereavement of spouse caregivers of cancer. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 422-432. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.72.3.422>

Grande, G. E., Farquhar, M. C., & Barclay, S. G. (2004). Caregiver bereavement outcome: Relationship with hospice at home, satisfaction with care, and home death. *Journal of Palliative Care*, 20(2), 69–77.

Grande, G. E., Todd, C. J., Barclay, S. G., & Farquhar, M. C. (1999). Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319(7223), 1472–1475. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1472>.

Guldin, M. B., Vedsted, P., Zachariae, R., Olesen, M., & Jensen, A. B. (2012). Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: A longitudinal cohort study. *Support Care Cancer*, 20(8), 1679-1685. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1260-3>

Haley, W. E., Kasl-Godley, J., Larson, D. G., & Neimeyer, R. A. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(6), 626-633. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>.

Hansson, R. O., & Stroebe, M. S. (2006). *Bereavement in late life: Development, coping, and adaptation*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hinton, J. (1981). Sharing or withholding awareness of dying between husband and wife. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(5), 337–343. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90045-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(81)90045-3)

Holland, J., M., Neimeyer, R., A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2008). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal Psychopathology Behavior Assessment*, 31(3), 190-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9113-1>

Hood, M. (2009). Case study. In J. Heigham & R. A. Croker (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics: A practical introduction* (pp. 66-90). London, UK: Palgrave Macmillian.

Jacobs, S., Kasl, S., Schaeffer, C., & Ostfeld, A. (1994). Conscious and unconscious coping with loss. *Psychosomatic Medicine*, 56(6), 557-536. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199411000-00012>

Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20502>

Kovács, M. J. (2007). Perdas e processo de luto. In D. Incontri & F. S. Santos (Eds.), *A arte de morrer* (pp. 217-238). São Paulo: Comenius.

Kramer, B. J., Boelk, A. Z., & Auer, C. (2006). Family conflict at the end-of-life: Lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 791–801. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2006.9.791>

Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2010). Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Journal of Death and Dying*, 62(3), 201-220. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.62.3.a>

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London, UK: Simon & Schuster.

Laurie, A., & Neimeyer, R. A. (2008). African americans and bereavement: Grief as a function of ethnicity. *Journal of Death and Dying*, 57(2), 173-193. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.57.2.d>

Leick, N., & Davidsen-Nielsen, M. (1991). *Healing pain: Attachment, loss and grief therapy* (1<sup>st</sup> Ed.). London, UK: Routledge.

Lugo, M. A. R-B., & Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53-69.

Maracek, J. (2003). Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology. In P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 49-69). Washington, DC: American Psychological Association.

Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 563-568. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.563>

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385–405. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x>.

Metzger, P. L., & Gray, M. J. (2008). End-of-life communication and adjustment: Pre-loss communication as a predictor of bereavement-related outcomes. *Death Studies*, 32(4), 301-325. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180801928923>

Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.

Moskowitz, J. T., Folkman, S., & Acree, M. (2003). Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies*, 27(6), 471–500. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180302885>

Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2013). Complicated grief and the end of life: Risk factors and treatment considerations. In J. Werth (Ed.), *Counseling clients near the end of life: A practical guide for mental health professionals* (pp. 205-228). New York, USA: Springer.

Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Stringer, J. G. V. D. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>

Neria, Y., & Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490255322>

Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>rd</sup> Ed.). London, UK: Routledge.

Parkes, C. M. (2010). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 7-26. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/pb-50-1-2-7>

Pessini, L. (2002). A Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. *Bioética*, 10(2), 51-72.

Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(4), 525-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>

Prigerson, H. G., Ahmed, I., Silverman, G. K., Saxena, A. K., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., ... Hamirani, M. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in karachi, pakistan. *Death Studies*, 26(10), 781-792. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180290106571>

Prigerson, H. G., Cherlin, E., Chen, J. H., Kasl, S. V., Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2003). The stressful caregiving adult reactions to experiences of dying (SCARED) scale: A measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(3), 309–319. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200305000-00008>.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L., Hall, M. ... Reynolds, C. F. (1997). Case histories of traumatic grief. *Journal Of Death and Dying*, 35(1), 9-24. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/TDYG-MRB4-H5H8-HHR7>

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>

Rando, T. A. (1993). *Treatment of Complicated Mourning* (1<sup>st</sup> Ed.). Champaign, IL: Research Press.

Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373–395). New York, USA: Guilford Press.

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London, UK: SAGE Publications.

Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies*, 30(7), 677-696.

Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *Ochsner Journal*, 11(4), 348-352.

Sanders, C .M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 255–267). New York, USA: Cambridge University Press.

Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C. ... Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from the caregiver health effects study. *The Journal of The American Medical Association*, 285(24), 3123–3129. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.24.3123>.

Seidman, I. E. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and social sciences* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York, USA: Teachers College Press.

Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Revista Ciência & saúde coletiva*, 5(1), 187-192.

Speer, D. C., Robinson, B. E., & Reed, M. P. (1995). The relationship between hospice and length of stay and caregiver adjustment. *Hospice Journal*, 10(1), 45-58. doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J011v10n01\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J011v10n01_04)

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of the life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of The American Medical Association*, 284(19), 2476-2482. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (1<sup>st</sup> Ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960–1973. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2013). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>

Tomarken, A., Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C. ... Prigerson, H. G. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology Journal*, 17(2) 105-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1188>

Turvey, C. L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, R. B., & Herzog, R. (1999). Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years and older. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1596-1601. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.10.1596>

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-573. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199809000-00008>

Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45–57. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490255304>.

Worby, C. M., & Babineau, R. (1974). The family interview: Helping patient and family cope with metastatic disease. *Geriatrics*, 29(6), 83–94.

Worden, W. J. (2009). *Grief counselling and grief therapy: A Handbook for the mental health practitioner* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Springer Publishing Company.

Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(1), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>

Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., ... Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *The Journal of the American Medical Association*, 300(14), 1665-1673. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4<sup>th</sup> Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

*Pré-entrevista:*

### Introdução

(Recordar objetivos e procedimentos do estudo; Assinar Termo de consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no estudo)

### Recolha de dados sociodemográficos

- \* Código (e.g., X):
- \* Género:
- \* Idade:
- \* Estado Civil:
- \* Filhos:       ;    Idade:
- \* Situação Profissional:
- \* Grau de parentesco com a pessoa perdida:
- \* Doença da pessoa perdida:
- \* Tempo após a perda:

- 1- Gostava que começasse por se centrar e falar sobre a que fase que se seguiu à perda da(o) X, isto é, o período em que foi mais difícil para si lidar com essa situação.

Diga-me...

... Do que é que se recorda desse momento?

... Como é que o viveu?

... O que é que sentia?

... O que é que pensava?

... O que é que foi mais complicado para si?

[Explorar: dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, físicas, sociais; duração temporal, ...].

- 2- Diga-me, acha que o que acabou de dizer pode ter sido influenciado pelas suas características enquanto pessoa/ pela sua forma de ser?

Se sim:

... De que forma?

[e.g., características da personalidade; existência de crenças religiosas e espirituais; crenças sobre a sua capacidade de lidar com a adversidade, ...]

- 3- E, diga-me, já alguma vez tinha lidado com acontecimentos difíceis na sua vida [e.g., outras perdas, ...]?

Se sim:

... Como é que os enfrentou?

... Sentiu alguma necessidade de procurar ajuda? [Formal; Informal]

... Considera que o que viveu face a essas situações ajudou-a /não a ajudou nessa fase do luto?

- 4- Agora, e para compreendermos melhor a sua vivência da perda da(o) X, talvez seja útil caminharmos um bocadinho mais para trás no tempo e falarmos sobre o processo da doença...

... Quer-me dizer-me sobre como é que soube da doença da(o) X?

... A doença foi identificada quando começaram a aparecer os primeiros sintomas e perceberam que algo não estava bem?

... Ou houve demora no estabelecimento do diagnóstico?

Se sim:

... De que forma é que lidou com isso? Acha que isso influenciou o que viveu depois da(o) X ter partido?

... Quanto à comunicação do diagnóstico, como é que foi esse momento?

... Ficou a saber do prognóstico / soube desde o início qual é que era a evolução esperada da doença?

... Foi bom/mau saber? Porquê?

[Explorar: boa/má aceitação da irreversibilidade da doença e da morte pré-perda, ...]

... Qual foi papel que acha que a equipa médica teve na forma como encarou esse momento?

... Como é que foi sendo a relação com os profissionais que a acompanharam a si e à(ao) X?

... Isso ajudou/não ajudou ao luto que fez da(o) X?

... E quanto à evolução doença, como é que acha que esta foi progredindo?

... O que é que sentia e pensava nos momentos em que via a(o) X a piorar?

**5-** Acha que isso se deveu à forma como foi estando presente, psicológica e fisicamente, nesse processo? E à relação que existia entre vocês?

... Como é que é descreveria a sua relação com a(o) X?

... Crê que a natureza da vossa relação poderá ter permitido / impossibilitado que chegasse a ter oportunidades para falar abertamente com a(o) X sobre o que pensavam e sentiam sobre a doença, o que estava acontecer e o futuro?

Se sim:

... Como é que descreveria esses momentos?

[e.g., foram tranquilos, confortáveis para ambos(as)? Conseguiram comunicar facilmente, estar em sintonia um(a) com o(a) outro(a)? ...]

... Acha que esses momentos foram importantes?

Se não (isto é, em caso de conspiração de silêncio):

... Acha que ficou algo por dizer / existiam assuntos pendentes, por resolver, com a(o) X ?

... Acha que o facto de ter/não ter podido falar sobre todos esses aspetos influenciou de alguma maneira o modo como lidou com o que estava acontecer à/ao X e a perda, naquela fase mais difícil?

**6-** E, ainda, quanto à sua convivência com a doença...

... Diga-me, o agravamento do estado de saúde da(o) X exigiu, alguma vez, que a(o) x tivesse que ser hospitalizado(a)? Ou a(o) X ficou sempre sob os seus cuidados?

Se sim:

... Como é que foram esses internamentos? Como é que lidou com a hospitalização?

... Acha que a forma como viveu os internamentos do(a) X contribuiu para o luto que experienciou naquela fase?

... E quanto à sua experiência de cuidados a(ao) X, como é que vivenciou esse tempo?

... Que tipo de cuidados é que prestou a(ao) X?

... O que é que sentia quando cuidava dela(e)?

... E o que é que pensava?

... Acha que esses sentimentos e pensamentos ajudaram-na/não a ajudaram?

... Imagino que possam ter existido outras situações que tenham tornado mais difícil o que estava viver nessa altura... Recordar-se da existência de algum acontecimento que possa ter interferido negativamente nesse período?

[e.g., Problemas pessoais: económicos; de saúde; conflitos/crises familiares: ambivalência quanto ao tipo tratamento a dar ao doente, ...]

... E, no fim, já depois da perda do(a) X que sentimentos e pensamentos é que ficaram ligados aos cuidados que lhe prestou?

[e.g., Sentiu ou pensou alguma vez que poderia ter dado mais a(ao) X, cuidado mais da(o) X?, ...]

... Dentro destes aspetos que acabou de referir, acha que algum deles influenciou o luto naquele período?

Se sim:

... De que modo?

**7-** Passando a focar os últimos dias da(o) X com a(o) X...

... Quer-me dizer o que foi acontecendo?

[e.g., Onde e como faleceu; se família esteve presente, ausente, ...]

... Como é que viveu esses últimos momentos com a(o) X?

... Considera que a equipa que acompanhou a(o) X conseguiu controlar os sintomas da doença não só durante a maior parte do tempo mas também nesses dias?

Se sim:

... Isso foi importante para si?

Se não:

... Acha que a equipa assistencial não conseguiu controlar o sofrimento da(o) X?

... A X tinha perceção do sofrimento da(o) X?

... Acha que isso não a ajudou depois do(a) X ter morrido?

... (Também) na altura da morte, existiu algum problema adjacente/paralelo que tivesse prejudicado o modo como viveu a perda da(o) X, no que foram os tempos mais difíceis?

... Acha que teria sido importante que o momento em que (o) X partiu tivesse acontecido de uma forma diferente? Isto é, para que pudesse ter enfrentado a perda, naquele tempo, de um modo distinto?

Se sim:

... Como?

- 8-** Agora, queria-lhe pedir que nomeasse/ escolhesse algumas palavras que resumam, no fundo, o que acha que contribuiu para ter vivido aquela fase mais difícil após a perda da(o) X...
- 9-** Por fim, não queria deixar de lhe dar a oportunidade de falar, caso queira, do que pode também ter ajudado para a resolução e fecho de todo o seu processo de luto... Para a X ter ultrapassado aquela que foi a fase mais complicada...
- 10-** Por mim, parece que chegamos ao fim, mas gostaria de acrescentar alguma coisa ao que disse?
- 11-** Agradeço-lhe muito a sua participação.

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

<p style="text-align: center;"><b>CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO</b> <b>PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO</b></p>
---

Eu, Joana Dias, aluna da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional do Porto, venho, no âmbito da minha Tese de Mestrado sobre “*Fatores de risco no desenvolvimento de um luto complicado em familiares cuidadores de doentes oncológicos*”, solicitar a sua colaboração nesta investigação. Este tudo tem como objetivo principal perceber quais são os fatores que, na perspetiva pessoal de familiares cuidadores de doentes oncológicos seguidos em cuidados paliativos, contribuíram para o desenvolvimento de um luto complicado.

A sua participação neste estudo será voluntária sendo um contributo essencial para uma melhor compreensão destes fatores e promoção de um luto mais ajustado nos cuidadores nestas circunstâncias. Pretende-se também que, a nível pessoal, esta investigação potencie uma autoconsciencialização destes fatores.

Para a realização deste estudo será necessário realizar uma entrevista que será gravada e transcrita para garantir um maior rigor na análise dos dados, contudo a sua identidade nunca será revelada. Caso deseje, poderá receber uma cópia dessa transcrição para aprovar o seu conteúdo. A qualquer momento, pode desistir da sua participação. Não está prevista nenhuma forma de remuneração ou gratificação aos participantes no estudo. Não estão previstos quaisquer riscos que possam advir da sua participação, contudo, se por alguma razão desejar ter o apoio da equipa de Cuidados Paliativos, esse apoio estará assegurado.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida poderá contactar o investigador principal:

- (contacto telefónico)
- (contacto eletrónico)

A investigadora responsável: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ (nome), declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Declaro, por fim, que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Data:     /     /

## ANEXO 3 – SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

### 1. Conteúdo

#### 1.1. *Características da relação com a pessoa perdida*

- 1.1.1. Acompanhamento constante
- 1.1.2. Apoio mútuo
- 1.1.3. Ausência de conflitos
- 1.1.4. Boa ligação afetiva
- 1.1.5. Confiança
- 1.1.6. Conspiração de silêncio
- 1.1.7. Estima do outro
- 1.1.8. Importância do outro
- 1.1.9. Intimidade
- 1.1.10. Otimismo partilhado
- 1.1.11. Vínculo forte

#### 1.2. *Características pessoais das participantes*

- 1.2.1. Atitude pessimista
- 1.2.2. Baixa assertividade
- 1.2.3. Espírito de luta
- 1.2.4. Extroversão
- 1.2.5. Introversão
- 1.2.6. Otimismo
- 1.2.7. Prestabilidade
- 1.2.8. Sentido de humor
- 1.2.9. Simpatia

#### 1.3. *Desafios no processo de luto*

- 1.3.1. Custosidade do processo de luto
- 1.3.2. Desculpabilizar-se por ‘não ter feito mais’
- 1.3.3. Não ir ao cemitério todos os dias
- 1.3.4. Recordar a pessoa perdida
- 1.3.5. Recordar o sofrimento da pessoa perdida
- 1.3.6. Ser confrontada com perdas múltiplas
- 1.3.7. Sobrevalorização da experiência de luto complicado em relação ao processo de luto de outras perdas
  - 1.3.7.1. Sobrevalorização da experiência de luto da irmã em relação ao processo de luto da avó
  - 1.3.7.2. Sobrevalorização da experiência de luto do pai em relação ao processo de luto do avô
  - 1.3.7.3. Sobrevalorização da experiência de luto do marido em relação ao processo de luto do irmão
- 1.3.8. Ter dúvidas
- 1.3.9. Ter que lidar com a ausência da pessoa perdida

## 1.4. Dimensões

### 1.4.1. Dimensão cognitiva

- 1.4.1.1. Aceitação da perda
- 1.4.1.2. Ausência de pensamentos intrusivos sobre a morte
- 1.4.1.3. Ausência de sentido
- 1.4.1.4. Confusão
- 1.4.1.5. Consciência da evolução da doença
- 1.4.1.6. Consciência do prognóstico
- 1.4.1.7. Consciência do sofrimento da pessoa doente
- 1.4.1.8. Crença de autoeficácia
- 1.4.1.9. Crença na recuperação da pessoa doente
- 1.4.1.10. Crença na transcendência da pessoa perdida
- 1.4.1.11. Crenças religiosas
  - 1.4.1.11.1. Aproximação a Deus
  - 1.4.1.11.2. Crença em Deus
  - 1.4.1.11.3. Descrença de Deus
  - 1.4.1.11.4. Pouco fervor religioso
- 1.4.1.12. Dificuldade de aceitação da morte
- 1.4.1.13. Dúvida
- 1.4.1.14. Evitar pensamentos sobre o dia da morte
- 1.4.1.15. Incompreensão
- 1.4.1.16. Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida
  - 1.4.1.16.1. Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para a família
  - 1.4.1.16.2. Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para a participante
  - 1.4.1.16.3. Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para outros
- 1.4.1.17. Perceção de uma boa aceitação da pessoa doente à realização de intervenções-cirúrgicas
- 1.4.1.18. Perceção de uma boa tolerância por parte da pessoa doente aos efeitos dos tratamentos
- 1.4.1.19. Recordar a fase difícil do processo de luto da pessoa perdida
- 1.4.1.20. Recordar a pessoa perdida
- 1.4.1.21. Relativização da gravidade da doença
- 1.4.1.22. Sensação de presença da pessoa perdida
- 1.4.1.23. Significação negativa
- 1.4.1.24. Significação positiva

### 1.4.2. Dimensão comportamental

- 1.4.2.1. 'Enfrentar' os médicos
- 1.4.2.2. Autocuidado
- 1.4.2.3. Chorar
- 1.4.2.4. Comunicar com a pessoa perdida
- 1.4.2.5. Cuidar da pessoa doente
  - 1.4.2.5.1. Duração da prestação de cuidados
    - 1.4.2.5.1.1. Prestação de cuidados ao longo de toda a doença
  - 1.4.2.5.2. Tipos de cuidados
    - 1.4.2.5.2.1. Ajudar a pessoa doente a andar
    - 1.4.2.5.2.2. Alimentar
    - 1.4.2.5.2.3. Assegurar a higiene
    - 1.4.2.5.2.4. Dar medicação

- 1.4.2.5.2.5. Não especificados
- 1.4.2.5.2.6. Pôr creme no corpo
- 1.4.2.5.2.7. Tratar de feridas

- 1.4.2.6. Deixar de comer certos alimentos
- 1.4.2.7. Deixar de trabalhar
- 1.4.2.8. Estar sempre em certos locais
- 1.4.2.9. Evitamento de certos locais
- 1.4.2.10. Falta de apetite
- 1.4.2.11. Interagir com pessoas
- 1.4.2.12. Ir ao hospital
- 1.4.2.13. Ir à farmácia
- 1.4.2.14. Isolamento
- 1.4.2.15. Não ‘enfrentar’ os médicos
- 1.4.2.16. Não conseguir rezar
- 1.4.2.17. Não procurar apoio na rede de suporte
  - 1.4.2.17.1. Incapacidade de ativar o apoio da rede de suporte informal mais alargada
  - 1.4.2.17.2. Não sentir necessidade de procurar ajuda na rede de suporte formal
- 1.4.2.18. Prática de rituais culturais
  - 1.4.2.18.1. Vestir-se de preto
- 1.4.2.19. Prática de rituais religiosos
  - 1.4.2.19.1. Ir ao cemitério
  - 1.4.2.19.2. Ir ao funeral
  - 1.4.2.19.3. Ir à capela do hospital
  - 1.4.2.19.4. Ir à igreja
  - 1.4.2.19.5. Rezar
- 1.4.2.20. Procurar apoio na rede de suporte
  - 1.4.2.20.1. Procura de ajuda formal
    - 1.4.2.20.1.1. Não especificada
    - 1.4.2.20.1.2. Procura de aconselhamento médico
    - 1.4.2.20.1.3. Procura de apoio psicológico
    - 1.4.2.20.1.4. Procura de apoio psiquiátrico
  - 1.4.2.20.2. Procura de ajuda informal
    - 1.4.2.20.2.1. Pedir ajuda à irmã
- 1.4.2.21. Recorrer a objetos da pessoa perdida
- 1.4.2.22. Regresso a certos locais
- 1.4.2.23. Reserva
- 1.4.2.24. Trabalhar
- 1.4.2.25. Voltar a comer certos alimentos

### 1.4.3. Dimensão emocional

- 1.4.3.1. Alegria
- 1.4.3.2. Alívio
- 1.4.3.3. Amargura
- 1.4.3.4. Ambivalência
- 1.4.3.5. Anseio pela pessoa
- 1.4.3.6. Choque
- 1.4.3.7. Confiança
- 1.4.3.8. Culpa

- 1.4.3.9. Derrota
- 1.4.3.10. Desamparo
- 1.4.3.11. Desconfiança
- 1.4.3.12. Desculpabilização
- 1.4.3.13. Egoísmo
- 1.4.3.14. Esperança
- 1.4.3.15. Gosto pelo cuidar da pessoa doente
- 1.4.3.16. Gratidão
- 1.4.3.17. Impotência
- 1.4.3.18. Injustiça
- 1.4.3.19. Inveja
- 1.4.3.20. Irritação
- 1.4.3.21. Medo
- 1.4.3.22. Preocupação
- 1.4.3.23. Raiva
- 1.4.3.24. Revolta com Deus
- 1.4.3.25. Saudade intensa
- 1.4.3.26. Sofrimento emocional
- 1.4.3.27. Solidão
- 1.4.3.28. Tranquilidade
- 1.4.3.29. Tristeza
- 1.4.3.30. Vazio

#### 1.4.4. Dimensão física

- 1.4.4.1. Ausência de cansaço
- 1.4.4.2. Ausência de dor
- 1.4.4.3. Doenças
- 1.4.4.4. Fraqueza

#### 1.5. *Experiências anteriores*

- 1.5.1. Confronto com a morte do avô
- 1.5.2. Confronto com outras doenças
  - 1.5.2.1. Doença da avó
  - 1.5.2.2. Doença do padrinho
  - 1.5.2.3. Doença do pai
- 1.5.3. Confronto com outros acontecimentos ‘difíceis’
  - 1.5.3.1. Experiência de maus tratos
  - 1.5.3.2. Morte da avó
  - 1.5.3.3. Morte do padrinho
  - 1.5.3.4. Morte do pai
  - 1.5.3.5. Suicídio do irmão

#### 1.6. *Fatores que na perspectiva das participantes influenciaram o processo de luto*

- 1.6.1. Fatores que na perspectiva das participantes influenciaram negativamente o processo de luto
  - 1.6.1.1. Antecedentes psicopatológicos depressivos
  - 1.6.1.2. Aparecimento da doença do marido pouco tempo após a morte do pai
  - 1.6.1.3. Atitude pessimista

- 1.6.1.4. Consciência do sofrimento do(a) doente durante a doença
- 1.6.1.5. Conspiração do silêncio com o(a) doente
- 1.6.1.6. Depressão no pós-perda
- 1.6.1.7. Diagnóstico de cancro da mama na altura em que irmã fica doente
- 1.6.1.8. Dificuldade de aceitação da morte no pré-perda
- 1.6.1.9. Diminuição considerável do rendimento mensal da participante
- 1.6.1.10. Dívidas da filha
- 1.6.1.11. Duas mortes súbitas no passado
- 1.6.1.12. Estabelecimento tardio do diagnóstico
- 1.6.1.13. Falta de apoio de alguns familiares mais afastados
- 1.6.1.14. Fibromialgia
- 1.6.1.15. Fortes crenças religiosas
- 1.6.1.16. Intensidade do vínculo com a pessoa perdida
- 1.6.1.17. Introversão
- 1.6.1.18. Problemas com determinados profissionais da equipa médica
- 1.6.1.19. Reações emocionais à perda
  - 1.6.1.19.1. Culpa
  - 1.6.1.19.2. Revolta
- 1.6.1.20. Ser confrontada com perdas múltiplas no pós-perda
- 1.6.2. Fatores que na perspetiva das participantes influenciaram positivamente o processo de luto
  - 1.6.2.1. Apoio de elementos da equipa médica
  - 1.6.2.2. Apoio de elementos familiares significativos
  - 1.6.2.3. Apoio do psicólogo
  - 1.6.2.4. Crença em Deus
  - 1.6.2.5. Encontrar uma ligação duradoura com a pessoa perdida
  - 1.6.2.6. Espírito de luta
  - 1.6.2.7. Extroversão
  - 1.6.2.8. Otimismo
  - 1.6.2.9. Reavaliação positiva da perda
  - 1.6.2.10. Reconciliação com Deus
  - 1.6.2.11. Sentido de humor
  - 1.6.2.12. Ter lembranças positivas da experiência de cuidados à pessoa doente

#### 1.7. *Fatores que na perspetiva das participantes não influenciaram o processo de luto*

- 1.7.1. Características pessoais
- 1.7.2. Complicações respiratórias após traqueostomia
- 1.7.3. Existência de conspiração de silêncio com a pessoa doente
- 1.7.4. Falta de apoio por parte dos irmãos
- 1.7.5. Hospitalização prolongada do(a) doente
- 1.7.6. Luto da avó
- 1.7.7. Maus tratos por parte de um ex-companheiro
- 1.7.8. Modo da morte
- 1.7.9. Morte em casa
- 1.7.10. Morte no hospital
- 1.7.11. Suicídio do irmão

## 1.8. *Indicadores de luto adaptativo*

- 1.8.1. (Re)construção de uma visão positiva sobre o mundo e o future
- 1.8.2. Aceitação da morte
- 1.8.3. Ausência de pensamentos intrusivos sobre a morte da pessoa perdida
- 1.8.4. Crença de autoeficácia
- 1.8.5. Elaborar projetos de vida
- 1.8.6. Encontrar ligação duradoura com a pessoa perdida
- 1.8.7. Investimento nas relações afetivas
  - 1.8.7.1. Desenvolvimento de novas relações afetivas
  - 1.8.7.2. Investimento nas relações afetivas construídas no pré-perda
- 1.8.8. Reavaliação positiva da perda
- 1.8.9. Reconhecer crescimento pessoal a favor da perda
- 1.8.10. Retorno ao funcionamento prévio nas atividade diárias
  - 1.8.10.1. Não centralização da rotina diária na afluência a espaços de culto religioso
  - 1.8.10.2. Voltar a confeitarias
  - 1.8.10.3. Voltar a espaços partilhados com a pessoa perdida
  - 1.8.10.4. Voltar a sair de casa
  - 1.8.10.5. Voltar à prática de rituais religiosos
- 1.8.11. Ter pensamentos positivos sobre a pessoa perdida

## 1.9. *Indicadores de luto complicado*

- 1.9.1. Amargura relacionada com a perda
- 1.9.2. Anseio da pessoa perdida
- 1.9.3. Ausência de sentido
- 1.9.4. Crença de que não pode viver sem a pessoa perdida
- 1.9.5. Culpa relacionada com a perda
- 1.9.6. Dificuldade em perseguir interesses
- 1.9.7. Dificuldade em ter pensamentos positivos sobre a pessoa perdida
- 1.9.8. Evitamento excessivo de lembranças da pessoa perdida
  - 1.9.8.1. Evitar lugares que façam lembrar a pessoa perdida
  - 1.9.8.2. Evitar objetos que façam lembrar a pessoa perdida
  - 1.9.8.3. Evitar pensamentos a respeito da pessoa perdida
- 1.9.9. Grande dificuldade em aceitar a morte
- 1.9.10. Incapacidade de regressar totalmente à rotina diária
  - 1.9.10.1. Centralização da rotina diária na afluência a espaços de culto religioso
  - 1.9.10.2. Deixar de praticar rituais religiosos
  - 1.9.10.3. Não conseguir estar no café do filho
  - 1.9.10.4. Não conseguir ir a confeitarias
  - 1.9.10.5. Não conseguir sair de casa
  - 1.9.10.6. Não ir a casa da filha
- 1.9.11. Isolamento
- 1.9.12. Pensamentos intrusivos sobre a morte da pessoa
- 1.9.13. Perda de identidade
- 1.9.14. Raiva relacionada com a perda
- 1.9.15. Revolta relacionada com a perda
- 1.9.16. Saudade da pessoa perdida
- 1.9.17. Sentir-se sozinha desde a morte

## 1.10. *Processo de doença*

### 1.10.1. Causa da morte

#### 1.10.1.1. Veia vital rebentou

### 1.10.2. Conhecimento do diagnóstico

#### 1.10.2.1. Modo de comunicação do diagnóstico

##### 1.10.2.1.1. Médico comunica diagnóstico ao casal

##### 1.10.2.1.2. Médico comunica diagnóstico à pessoa doente, filha e participante

##### 1.10.2.1.3. Médicos comunicam diagnóstico só à participante

##### 1.10.2.1.4. Participante só conhece o diagnóstico na segunda consulta

#### 1.10.2.2. Primeiro confronto com a gravidade dos sintomas da doença

##### 1.10.2.2.1. Alerta dado pela médica farmacêutica

##### 1.10.2.2.2. Alerta dado pelo médico do hospital

#### 1.10.2.3. Tipo de informação transmitida na comunicação de diagnóstico

##### 1.10.2.3.1. Foi transmitida a irreversibilidade da doença

##### 1.10.2.3.2. Foi transmitida a possibilidade de cura

##### 1.10.2.3.3. Foi transmitido que era uma condição cancerosa maligna

##### 1.10.2.3.4. Foi transmitido que era uma condição clínica perigosa

### 1.10.3. Consequências da evolução do estado clínico na pessoa doente

#### 1.10.3.1. Antecipação da morte

#### 1.10.3.2. Debilitação física

#### 1.10.3.3. Falência de órgãos

#### 1.10.3.4. Feridas

#### 1.10.3.5. Hospitalização

##### 1.10.3.5.1. Duração da hospitalização

###### 1.10.3.5.1.1. 15 dias

###### 1.10.3.5.1.2. 2 semanas

###### 1.10.3.5.1.3. 5 meses

###### 1.10.3.5.1.4. 6 meses

##### 1.10.3.5.2. Importância da hospitalização

##### 1.10.3.5.3. Necessidade de hospitalização

#### 1.10.3.6. Incapacidade de deglutir alimentos sólidos

#### 1.10.3.7. Incapacidade de falar

#### 1.10.3.8. Intervenções médico-cirúrgicas

##### 1.10.3.8.1. Necessidade de intervenções médico-cirúrgicas

##### 1.10.3.8.2. Tipos de intervenções médico-cirúrgicas

###### 1.10.3.8.2.1. Exames

###### 1.10.3.8.2.1.1. Biopsia

###### 1.10.3.8.2.2. Operações

###### 1.10.3.8.2.2.1. Cirurgia ao estômago

###### 1.10.3.8.2.2.2. Cirurgia ao pulmão

###### 1.10.3.8.2.2.3. Cirurgia plástica

###### 1.10.3.8.2.2.4. Entubação endotraqueal

###### 1.10.3.8.2.2.5. Traqueostomia

###### 1.10.3.8.2.3. Radioterapia

###### 1.10.3.8.2.3.1. Efeitos da radioterapia

###### 1.10.3.8.2.3.1.1. Boca queimada

###### 1.10.3.8.2.3.1.2. Ineficácia do tratamento

- 1.10.3.9. Necessidade de cuidados
- 1.10.3.10. Perda de peso
- 1.10.3.11. Perdas de sangue
- 1.10.3.12. Problemas respiratórios
- 1.10.3.13. Sofrimento
- 1.10.3.14. Surgimento de outras doenças físicas
  - 1.10.3.14.1. Diabetes
- 1.10.3.15. Ter de usar fraldas
- 1.10.3.16. Ter que tomar injeções
- 1.10.3.17. Ter que tomar morfina
- 1.10.3.18. Tosse frequente
- 1.10.4. Modo da morte
  - 1.10.4.1. Morte ‘santa’
  - 1.10.4.2. Morte ‘boa’
  - 1.10.4.3. Morte ‘calma’
  - 1.10.4.4. Morte ‘serena’
  - 1.10.4.5. Morte não presenciada pela participante
  - 1.10.4.6. Morte presenciada por elementos da equipa assistencial
  - 1.10.4.7. Morte presenciada por familiares
    - 1.10.4.7.1. Morte presenciada pela mãe, participante, marido e irmãos
    - 1.10.4.7.2. Morte presenciada pela participante
    - 1.10.4.7.3. Morte presenciada pela participante e filhas
  - 1.10.4.8. Reações fisiológicas da pessoa doente
    - 1.10.4.8.1. Pessoa doente estava ofegante
- 1.10.5. Primeiros sintomas da doença
  - 1.10.5.1. Constância dos sintomas
  - 1.10.5.2. Tipos de sintomas
    - 1.10.5.2.1. ‘Pequenos nódulos’
    - 1.10.5.2.2. Aftas
    - 1.10.5.2.3. Desmaio
    - 1.10.5.2.4. Pele com tom esverdeado
    - 1.10.5.2.5. Perda de peso

## 1.11. *Rede de suporte social*

- 1.11.1. Papel da rede de suporte formal
  - 1.11.1.1. Atitude da equipa assistencial face à pessoa doente
    - 1.11.1.1.1. Desvalorização da gravidade dos sintomas
    - 1.11.1.1.2. Desvalorização da importância das intervenções médico-cirúrgicas
    - 1.11.1.1.3. Negligência nos cuidados à pessoa doente
    - 1.11.1.1.4. Prestação de cuidados de qualidade à pessoa doente
      - 1.11.1.1.4.1. Acompanhamento da pessoa doente
      - 1.11.1.1.4.2. Controlo sintomático
      - 1.11.1.1.4.3. Dar banho
      - 1.11.1.1.4.4. Injetar insulina
      - 1.11.1.1.4.5. Intervenções médico-cirúrgicas
      - 1.11.1.1.4.6. Prescrição de medicação
      - 1.11.1.1.4.7. Troca de pensos

- 1.11.1.1.5. Procura pelo estabelecimento de diagnóstico
- 1.11.1.2. Natureza da relação com a equipa assistencial
  - 1.11.1.2.1. Boa relação com os profissionais da equipa assistencial
  - 1.11.1.2.2. Existência de problemas com profissionais da equipa assistencial
- 1.11.1.3. Papel da equipa assistencial para a participante
  - 1.11.1.3.1. Importância da ajuda prestada pelo psicólogo da equipa assistencial
- 1.11.2. Papel da rede de suporte informal alargada
  - 1.11.2.1. Ausência de elementos próximos
  - 1.11.2.2. Convidar a participante para ir à igreja
  - 1.11.2.3. Convívio diário com pessoas que tiveram cancro
  - 1.11.2.4. Disponibilidade de vizinhos
  - 1.11.2.5. Falar com a participante
  - 1.11.2.6. Ir ao funeral
  - 1.11.2.7. Rezar pela pessoa doente
  - 1.11.2.8. Visitas ao café da participante
  - 1.11.2.9. Visitas à casa da participante
  - 1.11.2.10. Visitas à pessoa doente
  - 1.11.2.11. Vizinhos alertam participante para a condição clínica da irmã
- 1.11.3. Papel de outros elementos da família nuclear
  - 1.11.3.1. Apoio da mãe
  - 1.11.3.2. Apoio das irmãs
    - 1.11.3.2.1. Ajudar a enlutada a distrair-se
    - 1.11.3.2.2. Cuidar da pessoa doente
    - 1.11.3.2.3. Fazer companhia à participante
  - 1.11.3.3. Apoio do marido
  - 1.11.3.4. Apoio dos filhos
    - 1.11.3.4.1. Acolher a participante em casa
    - 1.11.3.4.2. Convidar a participante para passarem férias juntas
    - 1.11.3.4.3. Estar presente ao lado da participante e do pai
    - 1.11.3.4.4. Fechar o café para cuidar da participante
    - 1.11.3.4.5. Levantar roupa ao hospital para a participante
  - 1.11.3.5. Apoio dos sobrinhos
  - 1.11.3.6. Falta de apoio de alguns elementos da família
  - 1.11.3.7. União da família

## **2. Eixo temporal**

### *2.1. Doença*

- 2.1.1. Fases mais avançadas da convivência com o diagnóstico
- 2.1.2. Momentos próximos ao estabelecimento do diagnóstico
- 2.1.3. Não especificado
- 2.1.4. No momento do diagnóstico
- 2.1.5. Pré-diagnóstico
- 2.1.6. Véspera da morte

### *2.2. Morte*

2.3. *Passado*

2.4. *Pós-Morte*

- 2.4.1. 1 ano e meio após a perda
- 2.4.2. 8 meses após a perda
- 2.4.3. Indefinido
- 2.4.4. Mais de 2 anos após a perda

2.5. *Presente*

**3. Localização espacial**

3.1. *Espaços de culto religioso*

- 3.1.1. Capela do hospital
- 3.1.2. Cemitério
- 3.1.3. Igreja

3.2. *Espaços partilhados com a pessoa perdida*

- 3.2.1. Aldeia
- 3.2.2. Café da participante
- 3.2.3. Café do filho da participante
- 3.2.4. Casa

3.3. *Outros locais*

- 3.3.1. Confeitarias
- 3.3.2. Farmácia
- 3.3.3. Hospital
- 3.3.4. Rua
- 3.3.5. Talho

**4. Não relevante**

## ANEXO 4 – DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

### 1. CONTEÚDO

(Codifica os enunciados que descrevem: i) as características da relação com a pessoa perdida; ii) as características pessoais das participantes; iii) a rede de suporte social das participantes; iv) as experiências anteriores à doença da pessoa perdida; v) o processo da doença da pessoa perdida; vi) as dimensões cognitivas, comportamentais, emocionais e físicas vivenciadas ao longo do processo de luto; vii) os desafios do processo de luto; viii) indicadores de luto adaptativo e complicado sinalizados; e, ix) os fatores que, na perspetiva das participantes, influenciaram e não influenciaram o processo de luto)

#### 1.1. Características da relação com a pessoa perdida

Código	Designação	Número de fontes/ referências	Descrição	Exemplo dos dados
1.1.1.	Acompanhamento constante	4/41	Agrega todos os enunciados que demonstram que existiu um acompanhamento e uma presença contínua junto do outro.	<i>“Hmm... Talvez recordar-me de alguns momentos de muito sofrimento, porque ele tinha muitas dores e eu estava com ele diariamente... E lá está sempre aqueles “ses”... o pensar como é que teria sido se eu tivesse mais...” (A M)</i>
1.1.2.	Apoio mútuo	4/22	Integra as verbalizações que evidenciam que existiam trocas de ajuda mútua.	<i>“Eu acho que sim... Porque me custou muito não ter a companhia dela porque nós fazíamos tudo uma pela outra, tudo o que tivesse que ser resolvido passava pelas duas...” (M G)</i>
1.1.3.	Ausência de conflitos	4/5	Codifica referências que demonstram nunca terem existido problemas entre as participantes e a pessoa perdida.	<i>“Não se falava sobre isso (doença) porque para mim a doença veio mas ia sair, e, então nunca houve momentos para falar de nada sobre isso nem sobre problemas porque isso também era algo que nós não tínhamos...” (M L)</i>
1.1.4.	Boa ligação afetiva	2/10	Codifica as unidades de registo que indicam que existia de uma “boa” relação entre as participantes e a pessoa perdida.	<i>“A nossa relação foi sempre muito boa...” (M A)</i>
1.1.5.	Confiança	1/6	Integra todas as expressões que descrevem que havia confiança entre a participante e a pessoa doente.	<i>“Entre nós havia uma confiança total um no outro...” (M A)</i>
1.1.6.	Conspiração de silêncio	4/22	Agrega as referências que descrevem que houve pensamentos e sentimentos por parte da participante e/ou da pessoa doente de forma a minimizar o sofrimento do outro.	<i>“Sim... Por exemplo... Quando eu fui saber o resultado da biopsia e o médico me disse que já estava em fase terminal... O meu pai perguntou-me o que tinha, eu não lhe disse... Preferi dizer-lhe que era só um bichinho...” (A M)</i>

1.1.7.	Estima pelo outro	4/35	Codifica verbalizações que ilustram que existia preocupação, cuidado e uma tentativa de proteção do outro.	<i>“Mesmo quando estávamos em casa ela dizia-me que ia descansar mas era tudo para me poupar, porque ela não queria que eu me apercebesse do sofrimento dela... Mas eu sabia que ela estava a sofrer...”</i> (M G)
1.1.8.	Importância do outro	2/2	Integra relatos sobre o valor da pessoa perdida para as participantes.	<i>“Mas mesmo assim a morte da minha avo não me afetou tanto com a da minha irmã... A da minha irmã foi muito mais difícil, muito porque ela era das pessoas mais importantes que eu tinha na minha vida...”</i> (M G)
1.1.9.	Intimidade	1/2	Agrega unidades de registo que descrevem que o caráter íntimo relação da com o outro.	<i>“E mesmo quando era a enfermeira a dar-lhe banho, eu estava lá porque havia muita intimidade entre nós e ele não se importava que eu estivesse ali nem nada disso...”</i> (M L)
1.1.10.	Otimismo partilhado	1/1	Codifica a referência que ilustra que a participante e pessoa perdida partilhavam muitas vezes estados de confiança relativamente ao futuro de algo.	<i>“Confiei no que o médico disse e no meu marido que acreditava que ia tudo correr bem porque quando ele acreditava em algo eu também acreditava...”</i> (M A)
1.1.11.	Vínculo forte	4/24	Integra verbalizações que indicam que existia uma ligação emocional profunda, duradoura, e, uma relação próxima entre as participantes e a pessoa perdida (Bowlby, 1969).	<i>“Nós éramos assim para tudo, ela era tudo para mim, era irmã, era amiga, era tudo e por isso é que eu acho que foi tão complicado para mim ficar sem ela...”</i> (M G)

## 1.2. Características pessoais das participantes

1.2.1.	Atitude pessimista	1/1	Codifica verbalização que indica que a participante tem tendência para ver o lado mais negativo das situações (Costa et al., 2005).	<i>“É assim, eu quando era nova, era mais otimista... Depois fui deixando de ser... Tornei-me mais realista das coisas e infelizmente mais pessimista... O que também não me ajudou naquele momento como deve calcular...”</i> (M L)
1.2.2.	Baixa assertividade	1/1	Agrega relato que evidencia a dificuldade da participante expressar e afirmar os seus pensamentos e sentimentos de forma direta, apropriada e quando necessário (Lange & Jakubowski, 1978).	<i>“E, para dizer não a qualquer coisa ou zangar-me é muito difícil...”</i> (M A)

1.2.3.	Espírito de luta	2/3	Integra referências que expõe a capacidade da participante para ter um conjunto de respostas adaptativas face à adversidade (Greer, Moorey & Watson, 1989).	<i>“E, e depois é assim eu sou uma pessoa que luto sempre pelas coisas, sempre fui, porque sei que se precisamos de alguma coisa temos que nos mexer, e, tanto que quando eu comecei a perceber que estava doente, eu fui logo ao doutor e ele é enviou-me para o hospital... portanto eu tive de aceitar o que aconteceu e continuar por mim e pela minha irmã...”</i> (M G)
1.2.4.	Extroversão	2/2	Codifica referências aludem para características da participante como o ser sociável, expansiva e comunicativa.	<i>“Eu até acho que me ajudou ser uma pessoa muito extrovertida, relaciono-me muito facilmente com as pessoas, também sou muito seletiva nas minhas amizades mas socializo com facilidade...”</i> (M G)
1.2.5.	Introversão	3/6	Integra unidades de registo que refletem a tendência das participantes para serem reservadas.	<i>“Hmm... Pois, se calhar também não ajudou eu ser muito fechada porque eu fui sempre assim e nessa altura ainda mais...”</i> (M L)
1.2.6.	Otimismo	1/2	Agrega unidades de registo que evidenciam que a participante tem tendência para ver o lado positivo das situações (Costa et al., 2005).	<i>“Sim... Sem dúvida... O doutor estava sempre a dar-me parabéns porque eu sou uma pessoa que tento encarar as coisas sempre de uma forma muito positiva...”</i> (M G)
1.2.7.	Prestabilidade	2/3	Agrega referências que evidenciam que a participante é uma pessoa prestável.	<i>“Eu, nessa altura, também tentei arranjar um psicólogo para eles mas eles não quiseram...”</i> (M A)
1.2.8.	Sentido de humor	1/1	Codifica relato que alude para a capacidade da participante apreciar diferentes situações de forma divertida e cómica.	<i>“Às vezes, até brinco um bocadinho com as situações e eu acho que isso e o facto de eu ser muito otimista contribuiu realmente para eu conseguir ultrapassar todas estas vicissitudes que têm passado por mim...”</i> (M G)
1.2.9.	Simpatia	1/1	Integra a referência de que a participante é afável com outros (Costa et al., 2005).	<i>“Mesmo os nossos amigos e para as pessoas que eram nossos clientes, eu era simpática mas tinha sempre muita revolta...”</i> (M L)

### 1.3. Desafios no processo de luto

(Codifica os enunciados que descrevem aspetos ínsitos ao processo de luto que foram percecionados como difíceis e exigentes, de vivenciar e ultrapassar)

1.3.1.	Custosidade do processo de luto	4/20	Codifica aspetos ínsitos ao processo de luto da pessoa perdida cuja vivência foi percecionada pelas participantes como tendo sido sendo difícil, custosa e penosa.	“Mas pronto... Agora estou diferente... Esses tempos passaram... Custaram mas passaram...” (M A)
1.3.2.	Desculpabilizar-se por ‘não ter feito mais’	1/1	Codifica a dificuldade tida pela participante em conseguir desculpar-se por ‘não ter feito mais’.	“Pois não... Não foi fácil deixar de sentir... Mas eu realmente não podia fazer mais do que fiz porque, em parte, eu deixei o meu casamento para cuidar do meu pai... Eu fiz tudo... Eu vivia para o meu pai... O meu marido compreendia perfeitamente nunca pôs em causa eu estar sempre com ele... Mas eu pus tudo à parte para estar a apoiá-lo...” (A M)
1.3.3.	Não ir ao cemitério todos os dias	1/1	Integra referência que indica dificuldade tida pela participante em conseguir deixar de ir ao cemitério todos os dias.	“Depois o doutor entretanto também me ajudou a deixar de ir ao cemitério todos os dias, porque com as saudades que eu tinha não era fácil...” (M G)
1.3.4.	Recordar a pessoa perdida	2/2	Codifica verbalizações que descrevem que era difícil para as participantes recordar a pessoa perdida sem mágoa.	“Sim, sim... Quer dizer... Lembrar-me do que ele fez por todos e que foi um herói, um lutador até ao fim, custava... Doía muito, naquela altura.” (M A)
1.3.5.	Recordar o sofrimento da pessoa perdida	1/2	Codifica enunciados que revelam que era difícil para as participantes recordar o sofrimento da pessoa perdida ao longo da doença.	“Hmm... Talvez recordar-me de alguns momentos de muito sofrimento, porque ele tinha muitas dores e eu estava com ele diariamente... E lá está sempre aqueles “ses”... o pensar como é que teria sido se eu tivesse mais...” (A M)
1.3.6.	Ser confrontada com perdas múltiplas	1/3	Integra referências que indicam que foi difícil para a participante ter pedido três familiares naquele período.	“Eu perdi logo três pessoas... Por isso é que o sofrimento foi tanto e durante tanto tempo” (M A)
<p>1.3.7. Sobrevalorização da experiência de luto complicado em relação ao processo de luto de outras perdas</p> <p>(Codifica enunciados em que as participantes afirmam ter percecionado a vivência do processo de luto da pessoa perdida como tendo sido mais difícil do que outras experiências de luto anteriores)</p>				

1.3.7.1.	Sobrevalorização da experiência de luto da irmã em relação ao processo da avó	1/1	Codifica enunciado que afirma que a participante percebeu o processo de luto da irmã como tendo sido mais difícil do que o processo de luto da avó.	<i>“Mas mesmo assim a morte da minha avó não me afetou tanto com a da minha irmã... A da minha irmã foi muito mais difícil, muito porque ela era das pessoas mais importantes que eu tinha na minha vida...”</i> (M G)
1.3.7.2.	Sobrevalorização da experiência de luto do pai em relação ao processo de luto do avô	1/1	Integra referência que afirma que a participante percebeu o processo de luto do pai como tendo sido mais difícil do que o processo de luto do avô.	<i>“Hmmm... Pois eu era nova... Mas a morte do meu pai... puff... Era aquela convivência... Com o avô também era... Ele vivia numa casa muito perto... Mas com o pai foi muito complicado porque nós estávamos sempre juntos e mais para o fim era minuto a minuto...”</i> (A M)
1.3.7.3.	Sobrevalorização da experiência de luto do marido em relação ao processo do irmão	1/1	Agrega referência que afirma que a participante percebeu o processo de luto do marido como tendo sido mais difícil do que o processo de luto do irmão.	<i>“Foi muito difícil também... Mas do meu marido foi mais difícil...”</i> (M A)
1.3.8.	Ter dúvidas	1/1	Codifica verbalização que demonstra que foi difícil para a participante ter dúvidas naquele período.	<i>“Hmm... Talvez recordar-me de alguns momentos de muito sofrimento, porque ele tinha muitas dores e eu estava com ele diariamente... E lá está sempre aqueles "ses"... o pensar como é que teria sido se eu tivesse mais...”</i> (A M)
1.3.9.	Ter que lidar com a ausência da pessoa perdida	3/7	Integra enunciados que indicam que foi difícil para as participantes ter que lidar com a ausência da pessoa perdida e suas consequências na vida diária ao longo daquele período.	<i>“Eu acho que sim... Porque me custou muito não ter a companhia dela porque nós fazíamos tudo uma pela outra, tudo o que tivesse que ser resolvido passava pelas duas...”</i> (M G)

#### 1.4. Dimensões

(Codifica todos os enunciados que descrevem as diferentes dimensões vivenciadas pelas participantes ao longo do processo de luto)

##### 1.4.1. Dimensão Cognitiva

1.4.1.1.	Aceitação da perda	4/51	Codifica referências que revelam que as participantes já conseguiram reconhecer, integrar e aceitar perda do(a) familiar e adaptar-se à sua nova vida.	<i>“Demorei muito aceitar... Só muito tempo depois da morte do F é que isso aconteceu”</i> (M A)
----------	--------------------	------	--	--

1.4.1.2.	Ausência de pensamentos intrusivos sobre a morte	1/1	Integra referência que indica que a participante deixou de ter pensamentos intrusivos, disfuncionais e persistentes associados ao momento da morte da irmã.	<i>“Ahh... E eu lembro-me que ele também me fez uma observação que foi muito importante para mim que foi perguntar-me como é que eu vi a cara da minha irmã quando ela estava no funeral e eu realmente e a determinado comecei a ver a carinha dela como se estivesse a rir para mim, e, então o doutor fez-me deixar de pensar naquela situação e entender que isso era a prova de que ela partiu feliz...”</i> (M G)
1.4.1.3.	Ausência de sentido	3/14	Integra relatos que descrevem que havia as participantes percecionavam um vazio existencial, pela perda de significado em viver (Cherny, 2009).	<i>“Porque eu já não sabia o que havia de pensar... Não sabia se lhe ia acontecer o mesmo... Se eu ia ficar sem os dois...”</i> (A M)
1.4.1.4.	Confusão	2/4	Codifica os enunciados que indicam a perceção de desorientação.	<i>“(Ser crente em Deus) Fez com que me sentisse muito revoltada, fiquei muito revoltada... Muito confusa com tudo, era tudo um choque muito grande”</i> (M A)
1.4.1.5.	Consciência da evolução da doença	4/17	Agrega as verbalizações que evidenciam que as participantes tinham consciência de que a doença estava a agravar.	<i>“Depois, pronto, quando eu vi que aquilo começou agravar, tive que deixar de ir para o café para ficar com ele porque preocupava-me deixá-lo sozinho porque já tinham havido situações em que ele de repente tinha de ir para o hospital para ser internado...”</i> (M L)
1.4.1.6.	Consciência do prognóstico	4/21	Integra os enunciados que revelam que as participantes sabiam qual era o prognóstico da condição clínica.	<i>“Até que ela veio ao hospital várias vezes mas na vez em que foi operada ao estômago e só estive 1h no bloco, eu percebi logo que pelo tempo não lhe tinham feito nada e que já não havia nada a fazer...”</i> (M G)
1.4.1.7.	Consciência do sofrimento da pessoa doente	3/18	Codifica as referências que indicam que as participantes percecionavam e/ou recordavam a existência de sofrimento na pessoa doente.	<i>“Mas pronto, eu também sei que era puro egoísmo pedir-Lhe que o meu pai ficasse porque eu via-o a sofrer, sem se mexer... falar... com oxigénio ao máximo, morfina, enfim... Aquilo tudo...”</i> (A M)

1.4.1.8.	Crença de autoeficácia	2/4	Agrega unidades de registo que descrevem as crenças que as participantes detêm acerca da sua capacidade para responder de forma adaptativa aos desafios que foram e vão surgindo ao longo da sua trajetória.	<i>“(Pensava) ainda bem que eu consigo fazer... Ainda bem que eu tinha coragem... Porque os meus irmãos não tinham... Eram um obstáculo fazer... Ver... Tocar nas feridas e nos curativos... Estar ali a limpar como se limpa um rabo a um bebé... Com muito cuidado, com muito carinho...” (A M)</i>
1.4.1.9.	Crença na recuperação da pessoa doente	2/10	Integra todos os relatos que demonstram que as participantes acreditavam na possibilidade de cura da doença.	<i>“Toda a gente achava que ele era um exemplo de vida porque disse até ao fim que ia vencer... Por isso, é que eu acreditei sempre que ele se ia curar” (M A)</i>
1.4.1.10.	Crença na transcendência da pessoa perdida	2/8	Codifica as verbalizações que revelam que as participantes creem que a pessoa perdida continua a existir numa dimensão extraterrena.	<i>“Hoje continuo a sentir isso e por isso é que gosto de ir às vezes ao cemitério falar com ela porque sei que ela está lá em cima a olhar a por mim, e peço-lhe a ela e também muito a Deus que olhem por mim e por todos..” (M G)</i>
1.4.1.11. Crenças religiosas				
1.4.1.11.1.	Aproximação a Deus	2/15	Codifica referências que evidenciam que houve uma reconciliação e pacificação com Deus depois de algum tempo de descrença e/ou revolta com o divino.	<i>“Para mim Deus está vivo mas naquela altura não...” (M L)</i>
1.4.1.11.2.	Crença em Deus	4/22	Integra enunciados que evidenciam que as participantes acreditavam e creem em Deus.	<i>“E... num certo sentido, eu agora também acho que Deus foi nosso amigo, nesse momento, porque a doutora já pensou que se me acontecia aquilo aqui em casa... Ele ficou todo cheio de sangue porque foi a veia vital que rebentou...” (M A)</i>
1.4.1.11.3.	Descrença de Deus	2/12	Integra expressões que indicam que existiu falta de crença, fê e ceticismo em relação a Deus.	<i>“Sim claro que isso (duas perdas anteriores) não ajudou porque depois foi o meu marido e então aí foi na totalidade que rejeitei completamente Deus porque não percebia porquê porque já não era um nem dois, mas um terceiro...” (M L)</i>

1.4.1.11.4.	Pouco fervor religioso	1/5	Agrega unidades de registo que descrevem uma postura cética da participante em relação à devoção e à reza fervorosa a Deus.	<i>“É assim eu nunca fui muito de rezar, não gosto de estar sempre a rezar, nunca gostei... Acho que aquilo é uma ladainha e nem gosto de ver as pessoas na missa a rezar sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa...”</i> (M L)
1.4.1.12.	Dificuldade de aceitação da morte	4/69	Codifica verbalizações que demonstram que as participantes tiveram muitas dificuldades em integrar e aceitar a morte do(a) familiar.	<i>“Já viu o que era levantar-me todos os dias e dar bom dia ao meu marido como se ele ainda estivesse cá? Não era fácil... Não era fácil...”</i> (M A)
1.4.1.13.	Dúvida	3/5	Agrega unidades de registo que indicam que as participantes se interrogavam sobre algo e que tinham incertezas quanto a isso.	<i>“Sim... Porque eu fiz tudo o que sabia mas às vezes eu punha-me a pensar se tinha feito direito ou não...”</i> (A M)
1.4.1.14.	Evitar pensamentos sobre o dia da morte	1/1	Codifica referência que evidencia que a participante procura evitar pensar sobre o dia da morte da irmã.	<i>“Depois da minha irmã morrer, eu fiquei a ver a bola de berlim como... Não dá para explicar... Eu... Eu nunca mais consegui comer uma bola de berlim, nessa altura porque eu não me queria lembrar do que tinha acontecido no dia em que ela morreu...”</i> (M G)
1.4.1.15.	Incompreensão	3/11	Integra enunciados que revelam que existia uma falta de compreensão sobre determinada questão.	<i>“Ahh... Era mais ao médicos porque eles foram muito estúpidos comigo mas sim... De certa forma também a Deus... Também me revoltava não entender porque é que Deus me estava a pôr isto no caminho... Não sabia se Ele me estava a fazer isto para saber se eu conseguia enfrentar as coisas ou não...”</i> (A M)
1.4.1.16. Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida				
1.4.1.16.1.	Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para a família	2/6	Integra expressões que descrevem que a participante pensava muito sobre o papel que a pessoa perdida assumia e poderia continuar assumir na vida familiar.	<i>“Por exemplo, acho que se o meu marido estivesse cá a minha filha mais nova não tinha feito o que fez com o dinheiro dela... Andado a gastar tudo...”</i> (M A)

1.4.1.16.2.	Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para a participante	2/8	Agrega unidades de registo que traduzem que a participante pensava muito sobre o papel que a pessoa perdida assumia e poderia continuar a assumir na sua vida.	<i>“Só pensava que o F era uma pessoa que ainda tinha tanto para fazer... Para a catequese, para a Igreja, para a família, principalmente, para a família... Para os netos, para mim e para os filhos... Para todos” (M A)</i>
1.4.1.16.3.	Pensamentos sobre a perda do contributo da pessoa perdida para outros	2/5	Codifica enunciados que indicam que a participante pensava muito sobre o papel que a pessoa perdida assumia e poderia continuar a assumir junto de outros.	<i>“Eu sabia que ele não ia poder fazer os discursos dele e assim... Mas que, mesmo que ficasse sem poder falar assim, continuar a fazer o que ele tinha para fazer... Ele podia continuar a ajudar mesmo não falando... Escrevendo... Fazendo... Trabalhando noutras coisas...” (M A)</i>
1.4.1.17.	Perceção de uma boa aceitação da pessoa doente à realização de intervenções médico-cirúrgicas	1/2	Codifica referências que indicam que a participante crê que o doente aceitava favoravelmente a realização de intervenções médico-cirúrgicas.	<i>“E, depois teve que ir outra vez ao bloco... Mas ele não se importou porque dizia que, se fosse para o bem dele, não tinha mal... Então ele foi, fizeram o mesmo do outro lado, mas aconteceu a mesma coisa” (M A)</i>
1.4.1.18.	Perceção de uma boa tolerância por parte da pessoa doente aos efeitos dos tratamentos	1/2	Integra relatos que indicam que a participante crê que o doente lidava favoravelmente com os efeitos dos tratamentos.	<i>“Ele lidava bem com aqueles efeitos... Às vezes, até iamos almoçar com os fiéis e ele não se importava muito com isso... Só queria era pedir comida passada... Se fosse outro não ia, não é?” (M A)</i>
1.4.1.19.	Recordar a fase difícil do processo de luto da pessoa perdida	1/3	Agrega referências que demonstram que a participante recorda frequentemente o período mais difícil do processo de luto do marido.	<i>“De tudo... Recordo-me de tudo mesmo... Quantas vezes, estou com o meu netito que tem 6 anos e basta qualquer coisa que ele fale do avô que isso faz-me logo lembrar dessa altura...” (M L)</i>
1.4.1.20.	Recordar a pessoa perdida	4/17	Codifica verbalizações que ilustram que as participantes recordam a pessoa perdida através das memórias construídas e do legado que a pessoa deixou.	<i>“O que me foi ajudando foi conseguir passar a lembrar estas pequenas coisas dele com carinho...” (A M)</i>
1.4.1.21.	Relativização da gravidade da doença	1/1	Integra enunciado que evidencia que a participante relativizou e minimizou a gravidade da situação clínica, na altura do diagnóstico.	<i>“Não fiquei assim muito preocupada...” (M A)</i>

1.4.1.22.	Sensação de presença da pessoa perdida	3/6	Codifica relatos que descrevem situações vivenciadas ao longo do processo de luto em que as participantes sentiram a presença da pessoa perdida, ouvindo-a e/ou vendo-a.	<i>“Mas mesmo assim houve alturas em que me chegava a acontecer olhar na rua... Não era olhar e dizer assim... Está ali a minha irmã... Não, mas parecia vê-la em pessoas parecidas... Com a mesma estatura... O mesmo corte de cabelo e assim...”</i> (M G)
1.4.1.23.	Significação negativa	4/76	Agrega unidades de registo que revelam situações, pensamentos e sentimentos aos quais as participantes atribuíram um significado negativo.	<i>“Sim... Pois isso (ter crenças religiosas) foi toda a influência de eu ficar assim, de estar revoltada pela morte do meu marido...”</i> (M A)
1.4.1.24.	Significação positiva	4/36	Codifica todas as referências que indicam a capacidade das participantes para atribuir um significado positivo a situações, pensamentos e sentimentos.	<i>“Na altura em que o meu pai partiu... Em parte eu acho que foi um alívio muito grande porque ele estava a sofrer muito e foi melhor para ele...”</i> (A M)
<i>1.4.2. Dimensão comportamental</i>				
1.4.2.1.	‘Enfrentar’ os médicos	1/2	Integra enunciados em que a participante refere ter tido capacidade de ‘enfrentar’ os médicos.	<i>“Nada... Nada... Não ajudou nada... Porque, depois de ele morrer, passado 3 meses o meu marido ficou doente, teve de ser internado e eu aí já tive que enfrentar os médicos...”</i> (A M)
1.4.2.2.	Autocuidado	3/4	Codifica relatos que ilustram a capacidade que as participantes tiveram para realizar ações dirigidas para o trato de si mesmas, da sua saúde e bem-estar, ao longo da doença.	<i>“Eu lavava os pijamas dele, passava a ferro, arrumava o saco, tratava de mim, e, nada me cansava porque era algo que eu gostava de fazer...”</i> (M A)
1.4.2.3.	Chorar	4/6	Agrega referências que revelam situações em que a pessoa vertia lágrimas pela pessoa perdida.	<i>“E naqueles primeiros tempos, eu ia todos, todos, todos os dias ao cemitério rezar por ela porque não aguentava sem ir lá, passava horas e horas no cemitério, chorava copiosamente porque parecia-me... Impossível que a minha irmã me tivesse deixado.”</i> (M G)
1.4.2.4.	Comunicar com a pessoa perdida	2/5	Codifica verbalizações que descrevem diferentes formas das participantes comunicarem com a pessoa que perderam.	<i>“Ainda hoje todos os sábados vou pôr lá uma florzinha e falo com ela...”</i> (M G)

1.4.2.5. Cuidar da pessoa doente

1.4.2.5.1. Duração da prestação de cuidados

1.5.2.5.1.1.	Prestação de cuidados ao longo de toda a doença	4/5	Integra enunciados em demonstram que as participantes cuidaram da pessoa doente no decorrer de todo o processo da doença.	“Não, não, eu acho que isso (conspiração de silêncio) não interferiu porque, em tudo o que eu pude ajudar, eu ajudei... Eu tive a 100% ao lado dele... Sempre.” (M L)
--------------	---	-----	---	---

1.4.2.5.2. Tipos de cuidados

1.4.2.5.2.1.	Ajudar a pessoa doente a andar	1/1	Agrega referência de que a participante ajudava a pessoa doente a locomover-se.	“Mais para o fim eu já o levantava-o para o ajudar a andar, ajudava-o na comida, higiene, e, em tudo o que ele precisasse e deixasse fazer...” (M L)
1.4.2.5.2.2.	Alimentar	4/7	Codifica unidades de registo que indicam as participantes ajudam a pessoa doente a alimentar-se.	“Ora bem, era assim quando ela estava em casa eu perguntava-lhe o que ela queria comer, ajudava-a... Estava sempre atenta à medicação, se tomava se não tomava... Pronto... Eu estava sempre lá e dava-lhe todo o apoio dentro das minhas possibilidades, e, aqui era igual...” (M G)
1.4.2.5.2.3.	Assegurar a higiene	3/4	Agrega enunciados que descrevem que as participantes asseguravam a higiene da pessoa doente.	“Mesmo para tomar banho, eu estava sempre presente, era eu que lhe dava, só quando ele começou a piorar e eu já não conseguia pegar nele é que era a enfermeira...” (M L)
1.4.2.5.2.4.	Dar medicação	3/5	Integra verbalizações que demonstram que as participantes davam medicação à pessoa doente.	“Ela chegou na quinta, ele já estava com morfina e foi lá a casa um enfermeiro para o entubar... Porque ele já não comia nem engolia a medicação... Tinha que desfazê-la toda para ele poder tomar...” (A M)
1.4.2.5.2.5.	Não especificados	4/13	Codifica referências que aludem para cuidados prestados pelas participantes à pessoa doente mas que não foram especificados.	“Eu gostava de tratar dele em vez de ser uma enfermeira ou assim porque achava que lhe devia fazer isso, que ele merecia...” (M A)

1.4.2.5.2.6.	Pôr creme no corpo	1/1	Integra relato que demonstra que a participante punha creme no corpo da irmã.	<i>“Eu estava sempre a fazer-lhe festinhas nos bracinhos... Magrinhos, ela emagreceu muito... 15 quilos, e a por cremezinho nas perninhas e nos pezinhos...” (M G)</i>
1.4.2.5.2.7.	Tratar de feridas	1/2	Agrega unidades de registo que indicam que a participante cuidava e tratava de feridas da pessoa doente.	<i>“Até curava as feridas porque eu limpava, punha a pomada de manhã e quando aquilo começava a ganhar pus, voltava a mudar... Eu não deixava aquilo transpirar... Estava sempre a fazer os curativos e a limpar as feridas...” (A M)</i>
1.4.2.6.	Deixar de comer certos alimentos	1/1	Codifica a referência que evidencia que a participante deixou de comer bolas de berlim após a perda da irmã, pela associação que estabelecia entre este alimento e a morte da familiar.	<i>“Depois da minha irmã morrer, eu fiquei a ver a bola de berlim como... Não dá para explicar... Eu... Eu nunca mais consegui comer uma bola de berlim, nessa altura porque eu não me queria lembrar do que tinha acontecido no dia em que ela morreu...” (M G)</i>
1.4.2.7.	Deixar de trabalhar	2/3	Integra verbalizações que indicam que as participantes abandonaram a sua atividade profissional no pós-morte.	<i>“Depois, pronto, quando eu vi que aquilo começou agravar, tive que deixar de ir para o café para ficar com ele porque preocupava-me deixá-lo sozinho porque já tinham havido situações em que ele de repente tinha de ir para o hospital para ser internado...” (M L)</i>
1.4.2.8.	Estar sempre em certos locais	1/1	Codifica referência que revela que a participante ia ao cemitério todos os dias.	<i>“E naqueles primeiros tempos, eu ia todos, todos, todos os dias ao cemitério rezar por ela porque não aguentava sem ir lá, passava horas e horas no cemitério, chorava copiosamente porque parecia-me... Impossível que a minha irmã me tivesse deixado.” (M G)</i>
1.4.2.9.	Evitamento de certos locais	4/7	Integra verbalizações que revelam o evitamento das participantes a determinados lugares que se associavam à pessoa perdida.	<i>“Depois, pronto, vim para casa, e, durante muito tempo, talvez 7, 8 meses... Dormi lá baixo, no segundo andar, em casa da minha filha mais velha.” (M A)</i>

1.4.2.10	Falta de apetite	1/1	Agrega a unidade de registo que indica que a participante não tinha vontade de comer.	<i>“Não queria comer...” (M A)</i>
1.4.2.11.	Interagir com pessoas	2/4	Codifica enunciados que ilustram situações em que as participantes se relacionavam com outras pessoas, no pós-morte.	<i>“Mesmo os nossos amigos e para as pessoas que eram nossos clientes, eu era simpática mas tinha sempre muita revolta...” (M L)</i>
1.4.2.12.	Ir ao hospital	4/54	Integra unidades de registo que descrevem as idas das participantes ao hospital.	<i>“E... Ahh... Isso era outra coisa que eu lhe ia dizer ao bocado é que durante aqueles 2 meses em que ela esteve internada... Eu estive sempre com ela, desde que abria a hora da visita até ao final do dia...” (M G)</i>
1.4.2.13.	Ir à farmácia	1/1	Integra unidade de registo que descrevem a ida da participante à farmácia.	<i>“Um dia, fomos à farmácia comprar a medicação, e, a médica pediu para ver, e, disse que não queria estar a pôr problemas mas que aquilo não estava com muito bom aspeto...” (M A)</i>
1.4.2.14.	Isolamento	3/11	Codifica todas as referências indicadoras de que as participantes se isolaram no pós-morte.	<i>“Eu acho que sim... Porque eu parecia que estava encasulada num ovo para mim própria, isolava-me completamente... Perdia a vontade de sair de casa... Até para ir às compras e dar uma volta.... Não conseguia...” (A M)</i>
1.4.2.15.	Não ‘enfrentar’ os médicos	1/1	Agrega enunciado em que a participante refere não ter tido capacidade de ‘enfrentar’ os médicos.	<i>“Às vezes também uma pequena raiva... porque se eu os tivesse enfrentado... Se calhar ele não tinha chegado ao estado que chegou em tão pouco tempo...” (A M)</i>
1.4.2.16.	Não conseguir rezar	1/1	Integra verbalização que demonstra que a participante não conseguia orar.	<i>“Deixei de rezar... Não conseguia... Nada... Nessa altura, não queria nada...” (M A)</i>
1.4.2.17. Não procurar apoio na rede de suporte				

1.4.2.17.1.	Incapacidade de ativar o apoio da rede de suporte informal mais alargada	1/1	Codifica a referência que revela que a participante não consegue recorrer ao apoio disponibilizado pelos vizinhos.	<i>“Quer dizer, dou-me bem com toda a gente, nunca tive problemas com ninguém, vizinhos e eles até me estão sempre a dizer que se precisar de alguma coisa de noite e não sei quê... Mas sou incapaz de o fazer...”</i> (M A)
1.4.2.17.2.	Não sentir necessidade de procurar ajuda na rede de suporte formal	2/2	Agrega enunciados que descrevem que as participantes em outros acontecimentos de vida difíceis não procuraram ajuda especializada por não terem considerado necessário.	<i>“Não não, não senti necessidade... Ultrapassei por mim própria. Mentalizei-me que, pronto, foi preferível ter sido assim... A minha avó foi cancro no reto... e eu mentalizei-me que era melhor ela partir do que continuar a sofrer...”</i> (M G)
1.4.2.18. Prática de rituais culturais				
1.4.2.18.1.	Vestir-se de preto	1/1	Integra referência que mostra que a participante não conseguiu ‘retirar o preto’ durante algum tempo.	<i>“Por exemplo, foi o meu filho e o psicólogo que me ajudaram a dar as coisas do meu marido e a tirar o preto...”</i> (M L)
1.4.2.19. Prática de rituais religiosos				
1.4.2.19.1.	Ir ao cemitério	2/9	Integra unidades de registos que descrevem as idas das participantes ao cemitério.	<i>“Hoje continuo a sentir isso e por isso é que gosto de ir às vezes ao cemitério falar com ela porque sei que ela está lá em cima a olhar a por mim, e peço-lhe a ela e também muito a Deus que olhem por mim e por todos...”</i> (M G)
1.4.2.19.2.	Ir ao funeral	4/5	Codifica referências que descrevem as idas das participantes ao funeral.	<i>“Sim, sim, até porque apesar de tudo, foi uma morte tão serena tão calma, e, até os enfermeiros, que estiveram lá e comigo depois no funeral disseram-me isso... que tudo nele foi muito pacífico... Tranquilo...”</i> (M A)
1.4.2.19.3.	Ir à capela do hospital	1/1	Agrega verbalização que retrata a ida da participante à capela do hospital.	<i>“Mas eu tenho sempre uma ideia que já depois de ele estar no hospital... Eu ia muitas vezes à capela do hospital e uma vez estava em frente ao sacrário a pedir ao Senhor para o curar e para ele vir para casa e eu acho que aí Deus me falou ao coração e disse que o F ia para a beira dele...”</i> (M A)

1.4.2.19.4.	Ir à igreja	3/6	Integra enunciados que decevem as idas das participantes à igreja.	<i>“E, ahhh... Outra coisa que eu passei também a fazer e que acho que me fez bem foi, como lhe disse, ir à igreja e ao cemitério...”</i> (M A)
1.4.2.19.5.	Rezar	2/5	Integra referências que demonstra que as participantes voltaram a fazer orações.	<i>“Hoje continuo a sentir isso e por isso é que gosto de ir às vezes ao cemitério falar com ela porque sei que ela está lá em cima a olhar a por mim, e peço-lhe a ela e também muito a Deus que olhem por mim e por todos...”</i> (M G)
1.4.2.20. Procurar apoio na rede de suporte				
1.4.2.20.1 Procura de ajuda formal				
1.4.2.20.1.1.	Não especificada	1/1	Codifica referência que revela que a participante recorre a apoio formal não especificado quando necessita.	<i>“Por isso é que eu agora quando tenho algum problema, procuro sempre ajuda porque é o melhor que se pode fazer...”</i> (M G)
1.4.2.20.1.2.	Procura de aconselhamento médico	4/8	Integra verbalizações que indicam que as participantes procuraram ajuda médica.	<i>“Fomos ao médico de família e ele deu umas coisas e mais umas... E mais umas mas nada...”</i> (M A)
1.4.2.20.1.3	Procura de apoio psicológico	1/1	Integra unidade de registo que indica que a participante procurou ajuda psicológica.	<i>“A maior ajuda que eu tive foi sem dúvida ter ido ao doutor... Porque a ajuda dele foi preciosa... Se não fosse ele, eu não sei se hoje estava assim...”</i> (M G)
1.4.2.20.1.4.	Procura de apoio psiquiátrico	1/1	Agrega enunciado que indica que a participante procurou ajuda psiquiátrica, no passado.	<i>“(Recorri) ao psiquiatra...”</i> (M A)
1.4.2.20.2. Procura de ajuda informal				
1.4.2.20.2.1.	Pedir ajuda à irmã	1/1	Codifica enunciado que ilustra que a participante foi ativa na procura de apoio da irmã, durante a doença do pai.	<i>“Agora se a minha irmã gêmea estivesse cá, era diferente porque eu pedia e ela ia lá a casa... Mas ela tem 4 filhos e não podia deixá-los sempre sozinhos mas às vezes ia lá casa um bocadinho e já ajudava...”</i> (A M)

1.4.2.21.	Recorrer a objetos da pessoa perdida	1/7	Integra verbalizações que descrevem a utilização de objetos pessoais do(a) familiar no pós-morte.	<i>“Mas eu não, eu gosto de ter as fotografias dele e nossas em todo lado e, olhe, também ando com aliança dele...”</i> (M A)
1.4.2.22.	Regresso a certos locais	2/6	Agrega referências que indicam que as participantes conseguiram voltar após algum tempo a sítios que evitavam desde a morte da pessoa perdida.	<i>“Um dia, decidi (à igreja) que queria ir e fui... Talvez passado um ano e meio...”</i> (M A)
1.4.2.23.	Reserva	2/2	Codifica unidades de registo que demonstram que as participantes não exteriorizavam os seus pensamentos e sentimentos.	<i>“Depois guardava tudo cá dentro porque eu não queria preocupar ninguém...”</i> (A M)
1.4.2.24.	Trabalhar	2/2	Integra referências que aludem para as atividades profissionais das participantes.	<i>“Eu cheguei a ter dois trabalhos para podermos... Compensar... Ahhh, como é que hei de dizer? Materialmente... As nossas filhas da falta dos pais que não foram pais presentes...”</i> (M G)
1.4.2.25.	Voltar a comer certos alimentos	1/1	Agrega enunciado que reflete que a participante conseguiu voltar a comer bolas de berlim.	<i>“Até conseguir ver e comer uma bola de berlim levou mais de dois anos”</i> (M G)
<i>1.4.3. Dimensão emocional</i>				
1.4.3.1.	Alegria	2/5	Codifica enunciados que refletem a existência de um estado de felicidade nas participantes.	<i>“Sempre que olho para tudo o que ele nos deixou fico feliz...”</i> (M A)
1.4.3.2.	Alívio	3/4	Codifica expressões que aludem para a existência de sentimentos de consolo e conforto nas participantes.	<i>“Na altura em que o meu pai partiu... Em parte eu acho que foi um alívio muito grande porque ele estava a sofrer muito e foi melhor para ele...”</i> (A M)
1.4.3.3.	Amargura	3/4	Integra referências que refletem ter existido um estado de angústia e aflição nas participantes.	<i>“Mas, se calhar, o que foi difícil foi ter aquela angústia por achar que eu tinha feito tudo, tudo mas que não tinha feito nada também...”</i> (M A)

1.4.3.4.	Ambivalência	2/3	Codifica enunciados que traduzem que as participantes tinham, em simultâneo, sentimentos conflitantes.	<i>“É assim eu fiquei feliz por sabe quando cheguei ao hospital que a minha irmã teve uma morte santa mas no início culpava-me muito por não ter estado lá...”</i> (M G)
1.4.3.5.	Anseio pela pessoa	4/9	Agrega unidades de registo que refletem que as participantes tinham desejo e ânsia pela pessoa perdida.	<i>“Não... Eu só queria que ela ainda pudesse viver alguns anos... Mas com o tempo que ela demorou lá dentro (bloco) eu logo tive consciência que ia ter a minha querida irmã por muito pouco tempo...”</i> (M G)
1.4.3.6.	Choque	1/2	Codifica verbalizações que demonstram que a perda da pessoa provocou um abalo emocional muito intenso.	<i>“(Ser crente em Deus) Fez com que me sentisse muito revoltada, fiquei muito revoltada... Muito confusa com tudo, era tudo um choque muito grande”</i> (M A)
1.4.3.7.	Confiança	2/7	Integra referências que refletem que as participantes tinham uma segurança íntima em relação a algo.	<i>“Foi muito, muito frustrante porque eu sentia uma impotência enorme porque não podia fazer nada e sabia que embora ela estivesse entregue em muito boas mãos que vocês também não fazem milagres... Eu tinha consciência disso...”</i> (M G)
1.4.3.8.	Culpa	4/10	Agrega unidades de registo que descrevem que as participantes se responsabilizavam negativamente por algo que acreditavam não dever ter ocorrido ou que, pelo contrário, consideravam que tinha que ter acontecido.	<i>“E culpava-me de não lhe ter pedido desculpas por isso, perdão por tudo o que não fiz.”</i> (M A)
1.4.3.9.	Derrota	1/2	Codifica expressões que revelam que as participantes se sentiram derrotadas e fracassadas.	<i>“Eu sentia-me mal, muito frustrada... Derrotada pelo que estava acontecer porque ele era muito importante para mim...”</i> (M L)
1.4.3.10.	Desamparo	2/2	Integra referências que aludem para o facto de as participantes se terem sentiram abandonadas e desprotegidas.	<i>“Nesse momento, desterrou tudo... Senti que me saiu tudo debaixo dos pés.”</i> (M A)

1.4.3.11.	Desconfiança	1/1	Agrega unidade de registo que reflete que a participante não confiava na equipa assistencial.	<i>“Era complicado porque eu nunca tinha confiança no pessoal de enfermagem... Porque já havia coisas anteriores, e, eu chegava lá e ele ou tinha uma ferida ou queixava-se que as enfermeiras tinham feito coisas e eu não gostava...”</i> (A M)
1.4.3.12.	Desculpabilização	2/3	Codifica verbalizações que indicam que as participantes se desculpabilizaram em relação a algo que aconteceu, pensaram e/ou sentiram.	<i>“Não sei o que mudou mesmo... Mas eu acho que a Deus me fez perceber que eu fiz tudo o que podia ter feito”</i> (M A)
1.4.3.13.	Egoísmo	1/1	Integra expressão que alude para o facto de a participante se ter sentido egoísta e autocensurado por não ter doado pertences da pessoa perdida a outros.	<i>“Eu sentia-me muito egoísta com isso porque muita gente precisa de roupa, com frio e sem frio, e eu a ter tanta roupa boa e não dava...”</i> (M L)
1.4.3.14.	Esperança	2/6	Codifica verbalizações que traduzem que as participantes tinham expectativa e confiança em conseguir alcançar algo que desejavam.	<i>“Mas, no fundo, a esperança é a última a morrer... Eu nunca pensei que o meu marido ia partir... Nunca, nunca... Até ao último momento.”</i> (M A)
1.4.3.15.	Gosto pelo cuidar da pessoa doente	4/12	Agrega todas as referências que refletem que a vontade das participantes para o trato da pessoa doente e o prazer que sentiam ao fazê-lo.	<i>“Senti-me bem... Feliz... Eu gostava de cuidar dela porque eu tinha consciência de que ia ter muito pouco tempo para estar com ela, e portanto, tentava aproveitar ao máximo todos os momentos... E saía sempre do hospital com uma sensação de dever cumprido...”</i> (M G)
1.4.3.16.	Gratidão	1/1	Integra unidade de registo que ilustra a gratidão sentida pela participante.	<i>“Os médicos foram... Excelentes... Eu só tenho que agradecer, e, digo isso a toda a gente...”</i> (M G)
1.4.3.17.	Impotência	3/5	Codifica enunciados que evidenciam que as participantes se sentiram incapazes de conseguir alterar o rumo dos acontecimentos, pela falta de controlo e poder sobre a doença.	<i>“Ah... Era o estar ali a vê-lo a piorar e a não poder fazer nada... Era difícil... Acho que sentimos que não valemos nada por não podermos ajuda-los...”</i> (A M)

1.4.3.18.	Injustiça	2/7	Agrega referências que evidenciam que as participantes se sentiam alvo de injustiça.	<i>“Porque se há tanta gente que quer morrer e não vai, que se quer matar e não morre, e eu não queria que ele fosse, não conseguia deixar de me sentir assim porque não percebia porque é que ele foi”</i> (M L)
1.4.3.19.	Inveja	1/2	Codifica expressões que refletem ter existido um desejo de possuir o que outro detém ou de viver uma situação semelhante à de outrem (Costa et al., 2005).	<i>“Às vezes, até via pessoas na rua, casais, e, pensava porque é que eu não podia ter o F comigo também... Às vezes até sentia que invejava isso nos outros...”</i> (M A)
1.4.3.20.	Irritação	3/3	Integra unidades de registos que revelam ter existido momentos de exasperação nas participantes.	<i>“Qualquer coisa ficava irritada... Revoltada.”</i> (M L)
1.4.3.21.	Medo	2/5	Agrega verbalizações que indicam que as participantes sentiam pavor.	<i>“Ahhh, sim... E, no dia em que a minha irmã morreu, eu fui para o hospital de manhã cedo, às 8.30h, e, ela disse-me para ir tomar o pequeno almoço e eu não queria porque estava preocupada e tinha medo que ela partisse a qualquer momento...”</i> (M G)
1.4.3.22.	Preocupação	3/8	Integra enunciados que aludem para o facto de ter estado presente um estado de inquietação, desassossego e apreensão nas participantes.	<i>“E, então, eu soube da doença dela porque a minha irmã em 2 meses emagreceu para aí uns 15 quilos e eu a ficar preocupada e comecei-lhe a dizer que tinha de ir ao hospital porque estava a emagrecer assim muito de repente.”</i> (M G)
1.4.3.23.	Raiva	1/3	Integra enunciados que relatam que a participante sentia alguma cólera pelo tipo de acompanhamento da equipa médica ao pai.	<i>“Sim porque aquilo ficou a mexer muito comigo, eu tinha muita raiva dentro de mim por eles terem desvalorizado o problema dele e dizerem que ele não precisava ter tratamentos só porque já tinha 72 anos.”</i> (A M)
1.4.3.24.	Revolta com Deus	3/20	Integra unidades de registo que demonstram que as participantes ficaram muito indignadas e inconformadas face aos desígnios de Deus.	<i>“Mas eu fiquei mesmo revoltada com Deus.”</i> (M L)

1.4.3.25.	Saudade intensa	4/14	Agrega enunciados que traduzem ter existido muita melancolia, nostalgia e mágoa pela recordação e o sentir falta da pessoa perdida.	<i>“Chorava muito, chorava muito, as saudades e a dor eram muito grandes...”</i> (M A)
1.4.3.26.	Sufrimento emocional	2/8	Integra relatos que aludem para o facto de terem existido estados de dor de alma, mágoa e desgosto nas participantes.	<i>“Era olhar para o futuro e doer muito saber que não o ia ver mais.”</i> (A M)
1.4.3.27.	Solidão	2/6	Codifica expressões referentes à vivência de um estado em que as participantes se sentiram sós.	<i>“Às vezes, eu sentia que estava sozinha mas no fundo não estava, porque ele estava sempre lá...”</i> (M L)
1.4.3.28.	Tranquilidade	4/15	Integra verbalizações que demonstram a existência de um estado de sossego, paz e serenidade nas participantes.	<i>“Sim... Agora já me sinto mais tranquila e não tenho problemas nenhuns em lembrar-me de nada disso (memórias do doente) nem em mexer nas coisas dele...”</i> (M A)
1.4.3.29.	Tristeza	3/6	Agrega referências que indicam que as participantes sentiram nostalgia, insatisfação e pena.	<i>“Ficava triste mas sempre com aquela esperança...”</i> (A M)
1.4.3.30.	Vazio	3/4	Codifica unidades de registo que ilustram que as participantes tinham uma sensação de perda, de falta da pessoa perdida e de insatisfação.	<i>“Era uma pessoa que se visse alguém em baixo, ele até era capaz de dançar, e, quando ele me faltou, eu chegava a casa e não tinha nada, faltava aquela... A voz dele...”</i> (M L)

#### 1.5.4. Dimensão física

1.4.4.1.	Ausência de cansaço	1/3	Integra enunciados que aludem para o facto de a participante não ter sentido fadiga e fraqueza durante a prestação de cuidado à pessoa doente.	<i>“Eu lavava os pijamas dele, passava a ferro, arrumava o saco, tratava de mim, e, nada me cansava porque era algo que eu gostava de fazer...”</i> (M A)
1.4.4.2.	Ausência de dor	1/2	Agrega expressões que traduzem que a participante não sentia dor física pela prestação de cuidados à pessoa doente.	<i>“Mas isso nunca me custou, nunca me doeu nada...”</i> (M A)
1.4.4.3.	Doenças	2/11	Codifica unidades de registo que referenciam história de doenças ou patologias atuais das participantes.	<i>“Sim... Um deles foi a minha doença... Eu já tenho Fibromialgia há muito tempo e o enfermeiro estava sempre a dizer que eu tinha que cuidar de mim porque eu tinha o problema que tinha, e, nunca quis saber...”</i> (A M)

1.4.4.4.	Fraqueza	1/1	Integra verbalização que indica que a participante sentiu falta de força física e vigor no pós-morte.	“Sentia-me muito debilitada... Nem consigo andar...” (M A)
----------	----------	-----	---	--

### 1.5. Experiências anteriores

(Codifica todos enunciados relativos a acontecimentos de vida prévios ao surgimento da doença da pessoa perdida)

1.5.1.	Confronto com a morte do avô	1/2	Codifica os enunciados relativos à morte do avô no passado.	“Ahhh... Não... Como esta não... Tive só a morte do meu avô mas eu não tenho grandes recordações desse momento... Era muito pequena...” (A M)
--------	------------------------------	-----	---	---

#### 1.5.2. Confronto com outras doenças

1.5.2.1.	Doença da avó	1/1	Integra a referência relativa à doença do avô no passado.	“Não não, não senti necessidade... Ultrapassei por mim própria. Mentalizei-me que, pronto, foi preferível ter sido assim... A minha avó foi cancro no reto... e eu mentalizei-me que era melhor ela partir do que continuar a sofrer...” (M G)
----------	---------------	-----	---	--

1.5.2.2.	Doença do padrinho	1/1	Codifica a unidade de registo relativa à doença do padrinho no passado.	“Porque eu tinha o meu padrinho, que tinha muitos filhos, muitos netos, tinha a mulher, tinha afilhados, e era uma pessoa muito boa mesmo, e, quando ele ficou doentinho de repente e me mandou chamar, eu fui ter com ele falou, falou, falou para mim, pediu a toda a gente para sair, e, quando dei por mim ele estava a morrer nos meus braços...” (M L)
----------	--------------------	-----	---	--

1.5.2.3.	Doença do pai	2/4	Integra os enunciados relativos à doença que o pai teve antes do cancro.	“Quando eu casei ele teve a sensação de perda da filha... Mas eu fiquei lá em casa porque ele teve um AVC e então aí é que ele passou a ver-me só a mim... Passei a ser só eu...” (A M)
----------	---------------	-----	--	---

#### 1.5.3. Confronto com outros acontecimentos ‘difíceis’

(Codifica os enunciados relativos a experiências anteriores à doença e morte da pessoa perdida que foram percebidas pelas participantes como tendo sido ‘difíceis’)

1.5.3.1.	Experiência de maus tratos	1/2	Codifica referências associados à experiência de maus tratos numa relação conjugal.	<i>“Olhe, tive uma situação muito difícil na minha vida... Foi um companheiro que eu tive que me batia muito, eu era jovem e o coração falava mais alto e não via a vida como vejo hoje, e, portanto vivia com muito medo de fazer qualquer coisa que ele não gostasse porque se abrisse a boca ele dava-me uma tareia” (M G)</i>
1.5.3.2.	Morte da avó	1/4	Integra todas expressões que se referem à morte da avó.	<i>“Tive... Tive a perda da minha avó materna que me marcou muito também, foi muito difícil também...” (M G)</i>
1.5.3.3.	Morte do padrinho	1/6	Agrega as verbalizações que descrevem a morte do padrinho.	<i>“Não, não procurei ajuda porque quando ele (padrinho) morreu eu era nova, eu acabei por ultrapassar e não foi preciso...” (M L)</i>
1.5.3.4.	Morte do pai	1/5	Codifica os enunciados relativos à morte do pai.	<i>“E depois há 19 anos houve um dia que, quando estava a ir para o trabalho, a minha mãe me ligou e chamou-me porque o meu pai não estava bem e quando mal cheguei à beira dele, ele deu-me a mão e morreu...” (M L)</i>
1.5.3.5.	Suicídio do irmão	1/10	Integra todas as unidades de registo que descrevem o ato de suicídio do irmão.	<i>“Portanto... O mais difícil que lidei também foi com o suicídio de um irmão meu que tinha 39 anos na altura, e, que também deixou 3 crianças...” (M A)</i>

## 1.6. Fatores que na perspetiva das participantes influenciaram o processo de luto

### 1.6.1. Fatores que na perspetiva das participantes influenciaram negativamente o processo de luto

1.6.1.1.	Antecedentes psicopatológicos depressivos	1/2	Agrega expressões que esclarecem que ter história depressiva foi um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Eu acho que sim... Porque eu fui sempre assim... Tive sempre muitas depressões e naquela fase parecia que estava encasulada num ovo para mim própria, isolava-me completamente... Perdia a vontade de sair de casa... Até para ir às compras e dar uma volta... Não conseguia.” (A M)</i>
----------	---	-----	---	---

1.6.1.2.	Aparecimento da doença do marido pouco tempo após a morte do pai	1/1	Integra verbalização que aponta o diagnóstico do marido pouco tempo depois da morte do pai como um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim... A doença do meu marido, claro (problemas que influenciaram)... Nunca cheguei a fazer uma pausa... Nunca cheguei a ter aquele tempo para mim... Porque logo a seguir estive dois meses fechada num hospital e então o processo retornou todo para trás...” (A M)</i>
1.6.1.3.	Atitude pessimista	1/1	Agrega verbalização que descreve o pessimismo como um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“É assim, eu quando era nova, era mais otimista... Depois fui deixando de ser... Tornei-me mais realista das coisas e infelizmente mais pessimista... O que também não me ajudou naquele momento como deve calcular...” (M L)</i>
1.6.1.4.	Consciência do sofrimento do(a) doente durante a doença	3/4	Agrega relatos que descrevem a consciência do sofrimento da pessoa doente ao longo da doença como um fator que, na perspetiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Não (não ajudou)... Eu pensava muito nisso (sofrimento do doente)..” (A M)</i>
1.6.1.5.	Conspiração de silêncio com o(a) doente	1/1	Codifica a expressão que esclarece que a existência de conspiração de silêncio com a pessoa doente foi um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Eu penso que sim (que influenciou)... Porque eu sentia-me muito mal por ela me ter omitido tudo para não me fazer sofrer...” (M G)</i>
1.6.1.6.	Depressão no pós-perda	1/2	Agrega referências que indicam que ter depressão pós-perda foi um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Depois eram as depressões... Depressões atrás de depressões...” (A M)</i>
1.6.1.7.	Diagnóstico de cancro da mama na altura em que irmã fica doente	1/1	Agrega a verbalização que esclarece que o diagnóstico de cancro da mama na altura em que irmã ficou doente foi um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim não me ajudou nada ter-me aparecido cancro naquela altura em que a minha irmã ficou doente foi uma cruz muito pesada para mim... Porque foi muito junto... Já o divórcio da minha filha não porque é recente...” (M G)</i>

1.6.1.8.	Dificuldade de aceitação da morte no pré-perda	3/4	Codifica enunciados que esclarecem a pouca aceitação da morte pré-perda como um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Pois, se calhar não ajudou (aceitação da morte pré-perda)... Porque, como eu disse à doutora, eu demorei muito tempo até conseguir aceitar...”</i> (M A)
1.6.1.9.	Diminuição considerável do rendimento mensal da participante	1/1	Integra a verbalização que descreve a existência de problemas económicos no pós-perda como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim, sim... Tive... Eu hoje podia ser uma rainha pequenina porque trabalhei 41 anos, descontei 17 anos mas como tive este problema aos 56 anos não me consideraram incapacidade, e, hoje o meu rendimento é 317€, o que como é óbvio veio trazer nessa altura muitas preocupações como a doutora disse... E claro, também não ajudou...”</i> (M G)
1.6.1.10.	Dívidas da filha	1/3	Integra unidades de registo que expõe o endividamento da filha como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Isso (endividamento da filha) não me ajudou nada... Foi mais uma preocupação naquele momento...”</i> (M A)
1.6.1.11.	Duas mortes súbitas no passado	1/2	Codifica enunciados que revelam que ser confrontada com duas mortes súbitas no passado foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim claro que isso (duas perdas) não ajudou porque depois foi o meu marido e então aí foi na totalidade que rejeitei completamente Deus porque não percebia porquê porque já não era um nem dois, mas um terceiro...”</i> (M L)
1.6.1.12.	Estabelecimento tardio do diagnóstico	2/2	Integra expressões que apontam o estabelecimento tardio do diagnóstico como um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim porque aquilo ficou a mexer muito comigo, eu tinha muita raiva dentro de mim por eles terem desvalorizado o problema dele e dizerem que ele não precisava ter tratamentos só porque já tinha 72 anos.”</i> (M A)
1.6.1.13.	Falta de apoio de alguns familiares mais afastados	1/2	Codifica enunciados que expõem a falta de suporte por parte de alguns familiares mais afastados como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Pois, pois... É assim acho que outra coisa que não ajudou foi... Ver a insensibilidade que alguns familiares mais afastados tiveram comigo, que nem um telefonema me fizeram...”</i> (A M)

1.6.1.14.	Fibromialgia	1/1	Integra unidade de registo que descrevem a Fibromialgia como um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim... Um deles (problemas que influenciaram) foi a minha doença... Eu já tenho Fibromialgia há muito tempo e o enfermeiro estava sempre a dizer que eu tinha que cuidar de mim porque eu tinha o problema que tinha, e, nunca quis saber...” (A M)</i>
1.6.1.15.	Fortes crenças religiosas	1/2	Codifica verbalizações que expõem crenças religiosas como um fator que, na perspetiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Foi isso (ter crenças religiosas) que deixou-me daquela maneira...” (M A)</i>
1.6.1.16.	Intensidade do vínculo com a pessoa perdida	4/4	Agrega as unidades de registo que apontam a intensidade do vínculo com a pessoa perdida como um fator que, na perspetiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Pode, pode, isso (o facto de a relação ser tão forte e próxima) fez muito diferença... Muita, mesmo.” (M L)</i>
1.6.1.17.	Introversão	3/3	Integra referências que descrevem a introversão como um fator que, na perspetiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“Sim (influenciou) porque eu não desabafava com ninguém...” (A M)</i>
1.6.1.18.	Problemas com determinados profissionais da equipa assistencial	2/4	Agrega os enunciados que descrevem a existência de problemas com profissionais de equipa assistencial como um fator que, na perspetiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“(Problemas na relação com equipa não ajudaram) Nada... Nada... Não ajudou nada... Porque, depois de ele morrer, passado 3 meses o meu marido ficou doente, teve de ser internado e eu aí já tive que enfrentar os médicos...” (A M)</i>
1.6.1.19. Reações emocionais à perda				
1.6.1.19.1.	Culpa	4/5	Integra expressões que esclarecem que o sentimento de culpa foi um fator que, na perspetiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	<i>“(Não ajudou) pensar que eu poderia ter feito melhor e algumas coisas que ele queria que eu tivesse feito, porque depois fiquei a sentir-me culpada por isso” (M A)</i>

1.6.1.19.2.	Revolta	3/3	Agrega enunciados que expõe a revolta como um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou negativamente o processo de luto.	“(A revolta influenciou) Muito, muito, porque eu nunca pedi para o meu marido ficar são, curado, era para viver com uma qualidade que desse para ele sozinho se desencascar, porque sozinho ele já não tomava banho, e eu nunca pensei que Deus não me atendesse...” (M L)
1.6.1.20.	Ser confrontada com perdas múltiplas no pós-perda	1/3	Agrega referências que expõem que terem existido mortes múltiplas no pós-morte foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou negativamente o processo de luto	“Mas, essa altura, também foi muito complicada para mim porque o F morreu em Junho, minha mãe morreu em Setembro e o meu pai em Novembro...” (M A)
1.6.2. Fatores que na perspectiva das participantes influenciaram positivamente o processo de luto				
1.6.2.1.	Apoio de elementos da equipa médica	2/2	Codifica enunciados que apontam o acompanhamento por parte da equipa médica como um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou positivamente o processo de luto.	“E, agora, pronto... Quem me ajudou foram vocês... Os psicólogos e a equipa toda...” (M A)
1.6.2.2.	Apoio de elementos familiares significativos	1/2	Integra expressões que descrevem o apoio de familiares como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto	“É assim o que fez pôr a minha vida na normalidade foi a presença do meu filho, da minha irmã, dos meus sobrinhos, e, vocês também claro... Acho que foi isso basicamente...” (M L)
1.6.2.3.	Apoio do psicólogo	4/5	Agrega unidades de registo que expõem o acompanhamento psicológico como um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou positivamente o processo de luto.	“E não me posso esquecer do doutor que foi impecável e me ajudou muito a sair daquele buraco como ele dizia...” (A M)
1.6.2.4.	Crença em Deus	1/2	Agrega verbalizações que revelam que a crença em Deus foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	“Quer dizer, para mim... Foi muito, muito, muito, difícil porque éramos muito ligadas, como eu já disse à doutora, mas eu sou uma pessoa que sou muito crente... Acredito muito em Deus... Tenho muita fé, muita fé... E isso também me ajudou a ultrapassar tudo...” (M G)

1.6.2.5.	Encontrar uma ligação duradoura com a pessoa perdida	2/6	Integra enunciados que esclarecem que conseguir reconstruir o vínculo com a pessoa perdida foi um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“O que me foi ajudando foi conseguir passar a lembrar estas pequenas coisas dele com carinho...” (A M)</i>
1.6.2.6.	Espírito de luta	1/1	Codifica referência que expõe ter espírito de luta foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“E, e depois é assim eu sou uma pessoa que luto sempre pelas coisas, sempre fui, porque sei que se precisamos de alguma coisa temos que nos mexer, e, tanto que quando eu comecei a perceber que estava doente, eu fui logo ao doutor e ele é enviou-me para o hospital... portanto eu tive de aceitar o que aconteceu e continuar por mim e pela minha irmã...” (M G)</i>
1.6.2.7.	Extroversão	1/1	Agrega unidade de registo que indica que ser extrovertida foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Eu até acho que me ajudou ser uma pessoa muito extrovertida, relaciono-me muito facilmente com as pessoas, também sou muito seletiva nas minhas amizades mas socializo com facilidade...” (M G)</i>
1.6.2.8.	Otimismo	1/1	Codifica expressão que aponta o otimismo como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Às vezes, até brinco um bocadinho com as situações e eu acho que isso e o facto de eu ser muito otimista contribuiu realmente para eu conseguir ultrapassar todas estas vicissitudes que têm passado por mim...” (M G)</i>
1.6.2.9.	Reavaliação positiva da perda	2/5	Agrega referências que indicam que a reavaliação positiva da perda foi um fator que, na perspectiva das participantes, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Em relação a isso (adaptação à perda)... Ahh... Bom, primeiro que tudo acho que foi conseguir aceitar que ele tinha ido e que realmente isso tinha sido melhor para ele...” (M L)</i>
1.6.2.10.	Reconciliação com Deus	1/2	Integra expressões que descrevem a reaproximação e pacificação com Deus como um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Voltar a ler a palavra de Deus, e, fazer a minha reflexão da minha fé, ajudou-me a voltar a olhar para tudo com outros olhos e sem mágoa...” (M A)</i>

1.2.11.	Sentido de humor	1/1	Codifica relato que explica que ter sentido de humor foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Às vezes, até brinco um bocadinho com as situações e eu acho que isso e o facto de eu ser muito otimista contribuiu realmente para eu conseguir ultrapassar todas estas vicissitudes que têm passado por mim...” (M G)</i>
1.6.2.12.	Ter lembranças positivas da experiência de cuidados à pessoa doente	1/2	Codifica enunciados que expõem que conseguir ter recordações da experiência de cuidados à pessoa doente foi um fator que, na perspectiva da participante, influenciou positivamente o processo de luto.	<i>“Mas pronto, depois ficaram que essas lembranças que ajudam a recordar esses tempos (experiência de cuidados ao doente)... Sim.. Acho que me ajudaram, sim...” (M A)</i>

### 1.7. Fatores que na perspectiva das participantes não influenciaram o processo de luto

(Codifica enunciados que descrevem características das entrevistadas ou circunstâncias, eventos e acontecimentos que ao ocorrer na doença e no momento da perda poderiam ter desencadeado reações desadaptativas mas que não foram avaliados de forma negativa e por isso não se afiguraram, na percepção das participantes, como dificultadores à adaptação à morte)

1.7.1.	Características pessoais	1/1	Codifica enunciado que indica que as características pessoais não influenciaram, na perspectiva da participante, o processo de luto.	<i>“Hmm... Eu não vejo assim que alguma coisa em mim que pudesse ter piorado esse momento...” (M G)</i>
1.7.2.	Complicações respiratórias após traqueostomia	1/2	Integra referências que indicam que as complicações respiratórias pós-traqueostomia não influenciaram, na perspectiva da participante, o processo de luto.	<i>“Negativamente, só me recordo de uma situação que teve a ter com ele... Que foi quando aquilo, depois da traqueostomia... Aquele tubo não ficou bem e ele quase que perdeu a respiração... E, aí eu fiquei muito irritada com o médico mas depois disso que passou porque percebemos que ninguém teve culpa...” E, aí (complicação respiratória após traqueostomia) eu fiquei muito irritada com o médico... Mas depois disso passou porque percebemos que ninguém teve culpa...” (M A)</i>

1.7.3.	Existência de conspiração de silêncio com a pessoa doente	3/3	Agrega unidades de registo que expõem que a existência de conspiração de silêncio com a pessoa doente não influenciou, na perspetiva das participantes, o processo de luto.	“Não... Não tínhamos assim coisas (pendências)... Só se fosse, realmente, sobre a doença... Agora outras coisas (pendências), não... Falar sobre outras coisas que tivéssemos assim para dizer... Como, olha, vou ficar com saudades tuas... Vais me fazer muita falta... Humm, isso, para mim, seria um bocado chocante e eu acho que não iria me ajudar em nada...” (M A)
1.7.4.	Falta de apoio por parte dos irmãos	1/1	Agrega verbalização que indica que a falta de apoio dos irmãos não influenciou, segundo a participante, o processo de luto.	“Não... Não vejo isso (falta de apoio dos irmãos) como um obstáculo de eu... Não conseguir ultrapassar o luto como devia... Eu sabia que não podia contar com eles mas também tinha o meu marido, a minha irmã e a minha mãe... Eu nunca precisei da ajuda deles” (A M)
1.7.5.	Hospitalização prolongada do(a) doente	2/2	Integra enunciados que esclarecem que a hospitalização prolongada da pessoa doente não influenciou, segundo as participantes, o processo de luto.	“Não, acho que não (influenciou negativamente), porque eu sabia que ele tinha de estar no hospital para ter as condições que precisava, tinha mesmo de ser... Por isso eu ficava o tempo que fosse preciso com ele...” (M L)
1.7.6.	Luto da avó	1/1	Integra expressão que descreve que a experiência de luto da avó não influenciou, na perspetiva da participante, o processo de luto da irmã.	“Não... Não acho que (experiência de luto da avó) tenha influenciado o que passei depois da minha irmã morrer porque foi tudo muito diferente...” (M G)
1.7.7.	Maus tratos por parte de um ex-companheiro	1/1	Codifica referência que aponta que a experiência de maus tratos numa relação conjugal anterior não influenciou, segundo a participante, o processo de luto.	“Não não (não influenciou)... Isso (experiência de maus tratos) foi uma fase da minha vida que eu tive que ultrapassar e consegui graças ao apoio que tive da minha mãe e da minha irmã que foi o meu braço direito, esquerdo... Tudo...” (M G)

1.7.8.	Modo da morte	4/4	Agrega verbalizações que revelam que o modo da morte não influenciou, segundo as entrevistadas, o processo de luto.	<i>“Sim, sim, até porque apesar de tudo, foi uma morte tão serena tão calma, e, até os enfermeiros, que estiveram lá e comigo depois no funeral disseram-me isso... que tudo nele foi muito pacífico... Tranquilo...”</i> (M A)
1.7.9.	Morte em casa	1/1	Integra a verbalização que indicam que o facto de a morte ter acontecido em não influenciou, na perspetiva da participante, o processo de luto.	<i>“Não (influenciou)... Eu acho que ele morreu como queria, com os filhos todos lá... Porque eu estive a noite toda até às 5 da manhã, depois foi o meu marido até às 7 e qualquer coisa, e, depois a minha irmã gêmea até ele falecer, que eu sempre disse que era o que ia acontecer porque ele esteve sempre à espera que ela chegasse...”</i> (A M)
1.7.10.	Morte no hospital	3/4	Codifica referências que expõem que o facto de a morte ter acontecido no hospital não influenciou, na perspetiva das participantes, o processo de luto.	<i>“Acho que não (influenciou)... Porque ele queria estar no hospital e só vir quando estivesse bom, como eu lhe disse... Então ele vir para casa e os netos virem vê-lo assim... Aqui, iria ser pior... Mais traumatizante...”</i> (M A)
1.7.11.	Suicídio do irmão	1/1	Integra a verbalização que descreve que o ato de suicídio do irmão não influenciou, na perspetiva da participante, o processo de luto.	<i>“Não... Não. Não senti nunca que essa memória (suicídio) tivesse me afetado nessa altura, até porque o meu marido me ajudou muito... E isso acabou por passar...”</i> (M A)

### 1.8. Indicadores de luto adaptativo

[Codifica os enunciados que apresentam indicadores de luto adaptativo de acordo com a literatura (Barbosa, 2010; Bonanno, 2004; Devries & Arbuckle, 2000; Worden, 2009)]

1.8.1.	(Re)construção de uma visão positiva sobre o mundo e o futuro	3/6	Integra enunciados que esclarecem que as participantes conseguiram (re)definir valores, crenças e considerações sobre o mundo, o que as fez adotar uma visão e postura mais positiva em relação à sua existência.	<i>“Voltar a ler a palavra de Deus, e, fazer a minha reflexão da minha fé, ajudou-me a voltar a olhar para tudo com outros olhos e sem mágoa...”</i> (M A)
--------	---	-----	---	--

1.8.2.	Aceitação da morte	4/56	Codifica referências que revelam que as participantes já conseguiram reconhecer, integrar e aceitar perda do(a) familiar e adaptar-se à sua nova vida.	<i>“Quando estou no XXXX e vejo os familiares em baixo, eu abordo a pessoa e conto-lhe o meu testemunho pela positiva... Porque sei que, quando a pessoa está assim, só uma palavra é muito importante...”</i> (M G)
1.8.3.	Ausência de pensamentos intrusivos sobre a morte da pessoa perdida	3/3	Agrega verbalizações que indicam que as participantes deixaram de ter pensamentos intrusivos e persistentes sobre a morte da pessoa perdida.	<i>“Ahh... E eu lembro-me que ele também me fez uma observação que foi muito importante para mim que foi perguntar-me como é que eu vi a cara da minha irmã quando ela estava no funeral e eu realmente e a determinado comecei a ver a carinha dela como se estivesse a rir para mim, e, então o doutor fez-me deixar de pensar naquela situação e entender que isso era a prova de que ela partiu feliz...”</i> (M G)
1.8.4.	Crença de autoeficácia	1/2	Integra unidades de registo que descrevem as crenças que as participantes detêm acerca da sua capacidade para responder de forma favorável aos desafios que foram e vão surgindo ao longo da sua trajetória.	<i>“Porque eu tenho a minha filha num processo de divórcio, e é eu sei que é ela que me ajuda a conseguir lidar com isto e a dar conselhos a minha filha...”</i> (M G)
1.8.5.	Elaborar projetos de vida	2/2	Codifica expressões que indicam que as participantes conseguiram definir novos projetos e estabelecer planos/metapas para o futuro.	<i>“Eu pego, muitas vezes, nas coisas que ele escreveu e até gostava de fazer um livro com aquilo mas não sei como é que hei-de fazer isso...”</i> (M A)
1.8.6.	Encontrar ligação duradoura com a pessoa perdida	3/20	Integra relatos que esclarecem que as participantes conseguiram reconstruir o vínculo com a pessoa perdida, percebendo que essa ligação não se rompe e que podem continuar a preservá-la seja utilizando objetos da pessoa perdida, sentindo a sua presença ou falando com a pessoa.	<i>“Eu sei que ele está a olhar por mim e que está trancado no meu coração...”</i> (A M)
1.8.7. Investimento nas relações afetivas				

1.8.7.1.	Desenvolvimento de novas relações afetivas	1/1	Codifica referência que expõe que a participante têm continuando a desenvolver e investir em outras relações afetivas.	<i>“Por isso é que agora como não trabalho vou todos os dias para o XXXX para me distrair porque lá fazem muitos trabalhos de artesanato que eu adoro... E muito convívio com outras pessoas que também estivera doentes e desde essa altura se tornaram grandes amigas minhas...” (M G)</i>
1.8.7.2.	Investimento nas relações afetivas construídas no pré-perda	2/3	Agrega verbalizações que indicam que as participantes foram capazes de investir e fortalecer as relações afetivas já existentes.	<i>“Mas pronto, não havendo nada a fazer, se não olhe... andar para a frente... tive que me apoiar noutras coisas, na minha família, para ultrapassar essa revolta que agora graças a Deus posso dizer que já passou...” (M L)</i>
1.8.8.	Reavaliação positiva da perda	4/13	Integra unidades de registo que demonstram que as participantes conferiram sentido à ocorrência da morte da pessoa perdida, sobrevalorizando o que poderia ser um lado mais positivo do final da sua existência.	<i>“Bom, primeiro que tudo acho que foi conseguir aceitar que ele tinha ido e que realmente isso tinha sido melhor para ele...” (M L)</i>
1.8.9.	Reconhecer crescimento pessoal a favor da perda	1/1	Codifica enunciado que indica que a participante reconheceu ter desenvolvido competências depois da morte do marido.	<i>“Mas depois acho que mudei muito, já não sou assim tão calada... Com o tempo fui conseguindo soltar-me mais e abrir-me mais com o meu filho, o que foi bom...” (M L)</i>
1.8.10. Retorno ao funcionamento prévio nas atividade diárias				
1.8.10.1.	Não centralização da rotina diária na afluência a espaços de culto religioso	1/1	Agrega relato que revela que a participantes passou a não centralizar o seu dia-a-dia na afluência ao cemitério.	<i>“Depois o doutor entretanto também me ajudou a deixar de ir ao cemitério todos os dias, porque com as saudades que eu tinha não era fácil...” (M G)</i>
1.8.10.2.	Voltar a confeitarias	1/1	Codifica enunciado que indica que a participante conseguiu voltar a estes locais públicos.	<i>“Até conseguir ver e comer uma bola de berlin levou mais de dois anos” (M G)</i>
1.8.10.3.	Voltar a espaços partilhados com a pessoa perdida	2/2	Integra expressões que apontam o regresso das participantes a antigos espaços de convívio familiar.	<i>“Depois vim para a minha casa, e, como os miúdos... Os meus netos não queriam vir dormir comigo, eu comecei a dormir sozinha” (M A)</i>

1.8.10.4.	Voltar a sair de casa	2/2	Agrega verbalizações que indicam que as participantes deixaram de isolar em casa.	<i>“Também comecei a sair mais de casa e agora vivo para a minha família... Dedico-me totalmente ao meu netinho e à minha família...”</i> (M L)
1.8.10.5.	Voltar à prática de rituais religiosos	1/4	Codifica referências que demonstram que as participantes voltaram a ir à igreja, ao cemitério e a rezar a Deus.	<i>“E, ahhh... Outra coisa que eu passei também a fazer e que acho que me fez bem foi, como lhe disse, ir à igreja e ao cemitério...”</i> (M A)
1.8.11.	Ter pensamentos positivos sobre a pessoa perdida	4/9	Integra unidades de registo que expõem que as participantes são já capazes de ter pensamentos positivos sobre a pessoa perdida, por conseguirem recordá-la sem mágoa.	<i>“Fiquei com a imagem dele a sorrir porque ele tinha uma cara horrível... De sofrimento, era horrível... E, no momento, em que partiu ficou a sorrir... Nem parecia o homem que estava no dia anterior, na cama, totalmente diferente. Era o homem que era antes de ficar doente...”</i> (A M)

### 1.9. Indicadores de luto complicado

[Codifica indicadores que podem estar presentes num processo de luto adaptativo e complicado, mas que aqui pela sua maior intensidade, frequência e duração distam do que é tipicamente considerado como sendo uma vivência adaptativa da perda (American Psychiatric Association, 2013; Prigerson et al., 1999)]

1.9.1.	Amargura relacionada com a perda	2/2	Codifica referências que refletem ter existido um estado de angústia e aflição nas participantes.	<i>“Mas, se calhar, o que foi difícil foi ter aquela angústia por achar que eu tinha feito tudo, tudo mas que não tinha feito nada também...”</i> (M A)
1.9.2.	Anseio da pessoa perdida	1/2	Agrega unidades de registo que refletem que as participantes tinham desejo e ânsia pela pessoa perdida.	<i>“Porque eu queria que ele tivesse continuado a minha beira apesar de ele estar a sofrer...”</i> (M A)
1.9.3.	Ausência de sentido	3/11	Integra relatos que descrevem que havia as participantes percecionavam um vazio existencial, pela perda de significado em viver. (Cherny, 2009).	<i>“Porque eu quase deixei de viver... Estava mesmo no fundo... Não havia nada que me fizesse sair de lá...”</i> (M G)
1.9.4.	Crença de que não pode viver sem a pessoa perdida	1/1	Codifica enunciado que reflete que as participantes acreditavam não poder ou conseguir viver sem a pessoa perdida.	<i>“Por isso... Foi muito complicado... Nada tinha sentido... Eu achava que não estava aqui a fazer nada, que não havia que eu tivesse para fazer aqui, porque sentia que não ia conseguir viver sem ele...”</i> (M A)

1.9.5.	Culpa relacionada com a perda	4/10	Agrega verbalizações que indicam que as participantes faziam uma avaliação mal adaptativa sobre si em relação à pessoa perdida ou à morte.	<i>“Sim porque eu sentia-me culpada por ela não ter ido médico mais cedo por estar preocupada em resolver a minha situação...”</i> (M G)
1.9.6.	Dificuldade em perseguir interesses	1/1	Integra expressão que retrata dificuldade que a participante tinha em realizar atividades de interesse.	<i>“Na semana, por acaso, fui à aldeia que é um sítio que eu gosto muito porque me faz lembrar muitos momentos bons que nós passamos... Mas nessa altura, nem sequer ia, que ninguém me falasse disso e de sair de casa...”</i> (M A)
1.9.7.	Dificuldade em ter pensamentos positivos sobre a pessoa perdida	2/2	Codifica enunciados que expõem a dificuldade tida pelas participantes em ter lembranças agradáveis da pessoa perdida.	<i>“Só pensava que o F era uma pessoa que ainda tinha tanto para fazer... Para a catequese, para a Igreja, para a família, principalmente, para a família... Para os netos, para mim e para os filhos... Para todos.”</i> (M A)
1.9.8. Evitamento excessivo de lembranças da pessoa perdida				
1.9.8.1.	Evitar lugares que façam lembrar a pessoa perdida	4/4	Agrega referências que expõem que as participantes evitavam intencionalmente lugares associados à pessoa perdida.	<i>“Depois, pronto, vim para casa, e, durante muito tempo, talvez 7, 8 meses... Dormi lá baixo, no segundo andar, em casa da minha filha mais velha.”</i> (M A)
1.9.8.2.	Evitar objetos que façam lembrar a pessoa perdida	2/2	Codifica relatos que indicam que as participantes evitavam intencionalmente objetos da pessoa perdida.	<i>“Muito... Não conseguia sentar-me na cama dele... Às vezes, não conseguia entrar no quarto dele que começava logo a chorar...”</i> (A M)
1.9.8.3.	Evitar pensamentos a respeito pessoa perdida	1/1	Integra unidade de registo que mostra que a participante procurava evitar pensamentos relativos ao dia da morte da irmã.	<i>“Depois da minha irmã morrer, eu fiquei a ver a bola de berlim como... Não dá para explicar... Eu... Eu nunca mais consegui comer uma bola de berlim, nessa altura porque eu não me queria lembrar do que tinha acontecido no dia em que ela morreu...”</i> (M G)

1.9.9.	Grande dificuldade em aceitar a morte	4/99	Codifica verbalizações que demonstram que as participantes tiveram muitas dificuldades em integrar e aceitar a morte do(a) familiar.	<i>“E, portanto, o que eu pensei em todas essas situações e na do meu marido é que Deus não era presente porque, na hora que eu estava a precisar, ele não estava comigo e por isso é que me sentia muito revoltada e desacreditada de Deus por ele me estar sempre à prova...”</i> (M L)
1.9.10. Incapacidade de regressar totalmente à rotina diária				
1.9.10.1.	Centralização da rotina diária na afluência a espaços de culto religioso	2/2	Integra referências que demonstram que as participantes não conseguiam dedicar-se a áreas importantes da sua vida, seja em termos familiares, sociais ou profissionais, por centralizarem o seu dia-a-dia na afluência à igreja e ao cemitério.	<i>“Mas também era só isso (ir à igreja) que eu fazia... Isso e ir ao cemitério..”</i> (M A)
1.9.10.2.	Deixar de praticar rituais religiosos	1/2	Codifica relatos que indicam que as participantes deixaram de fazer rituais religiosos que muito eram valorizados antes da morte da pessoa perdida.	<i>“Deixei de rezar... Não conseguia... Nada... Nessa altura, não queria nada.”</i> (M A)
1.9.10.3.	Não conseguir estar no café do filho	1/1	Agrega enunciado que expõe a dificuldade tida pela participante em estar no café do filho pela incapacidade que sentia em conseguir ouvir outros a falar sobre o marido.	<i>“Ahhh, o isolar-me foi... só me tornei assim nessa altura, tinha momentos que fazia isso porque como as pessoas estavam sempre a falar dele eu não conseguia gerir isso, e, foi por isso que eu deixei o café.”</i> (M L)
1.9.10.4.	Não conseguir ir a confeitarias	1/2	Integra verbalizações que descrevem a dificuldade que a participante tinha em conseguir entrar em confeitarias e ver bolas de berlim.	<i>“Porque quando eu lá cheguei (hospital) a minha irmã já tinha partido, e eu depois não conseguia ir a confeitarias porque não queria ver uma montra de bolos para não encarar a bola de berlim...”</i> (M G)
1.9.10.5.	Não conseguir sair de casa	1/1	Codifica relato que indica a dificuldade tida pela participante em sair de casa.	<i>“Eu acho que sim... Porque eu parecia que estava encasulada num ovo para mim própria, isolava-me completamente... Perdia a vontade de sair de casa... Até para ir às compras e dar uma volta... Não conseguia.”</i> (A M)

1.9.10.6.	Não ir a casa da filha	1/1	Agrega unidade de registo que demonstra que a participante deixou de ir a casa da filha.	<i>“Mesmo à minha filha eu deixei de ir muitas vezes...” (M A)</i>
1.9.11.	Isolamento	3/10	Integra expressões que expõem que as participantes se isolavam e refugiavam de todo o mundo exterior.	<i>“Olhe, não sei...Eu sentia, eu sentia, que tudo tinha deixado de ter interesse... Só me apetecia estar quieta... Sossegada no meu canto” (M A)</i>
1.9.12.	Pensamentos intrusivos sobre a morte da pessoa	2/2	Codifica enunciados que revelam que as participantes tinham pensamentos disfuncionais, intrusivos e persistentes sobre a morte da pessoa perdida.	<i>“Ahh... Eu quando o meu pai faleceu... Eu devia não ter ido a baixo. Devia ter dito assim, ele deixou de sofrer e vou deixá-lo ir... Mas eu não fui capaz de pensar assim... Não consegui... Só pensava que ele já não estava cá, e no que tinha sofrido, e não devia e depois ainda mais sofria...” (A M)</i>
1.9.13.	Perda de identidade	1/1	Agrega relato que retrata que houve uma rutura de identidade por a participante não conseguir perceber qual era o seu papel na vida.	<i>“Por isso... Foi muito complicado... Nada tinha sentido... Eu achava que não estava aqui a fazer nada, que não havia que eu tivesse para fazer aqui, porque sentia que não ia conseguir viver sem ele...” (M A)</i>
1.9.14.	Raiva relacionada com a perda	1/3	Integra referências que relatam que a participante sentia alguma cólera pelo tipo de acompanhamento da equipa médica ao pai.	<i>“Às vezes também uma pequena raiva... porque se eu os tivesse enfrentado (médicos)... Se calhar ele não tinha chegado ao estado que chegou em tão pouco tempo...” (A M)</i>
1.9.15.	Revolta relacionada com a perda	3/28	Codifica enunciados que indicam que as participantes estavam muito indignadas e inconformadas com a perda.	<i>“Ahhh... Eu tive muitas situações difíceis no passado... Muitas... Por isso é que eu depois da morte do meu marido me voltei a revoltar com Deus...” (M L)</i>
1.9.16.	Saudade da pessoa perdida	3/12	Agrega relatos que traduzem que as participantes vivenciaram muita melancolia, nostalgia e mágoa pela recordação e o sentir falta da pessoa perdida.	<i>“Chorava muito, chorava muito, as saudades e a dor eram muito grandes...” (M A)</i>

1.9.17.	Sentir-se sozinha desde a morte	2/2	Integra expressões que indicam que as participantes sentiam muita solidão.	<i>“Às vezes, eu sentia que estava sozinha mas no fundo não estava, porque ele estava sempre lá...”</i> (M L)
---------	---------------------------------	-----	--	---

### 1.10. Processo de doença

(Codifica todos os enunciados relativos: i) aos primeiros sintomas da doença; ii) ao modo de conhecimento de diagnóstico; iii) às consequências da evolução do estado clínico na pessoa doente; iv) à causa da morte da pessoa perdida; e, v) ao modo da morte)

#### 1.10.1 Causa da morte

1.10.1.1.	Veia vital rebentou	1/2	Codifica a verbalização de que a causa da morte do marido foi a veia vital ter rebentado.	<i>“E... num certo sentido, eu agora também acho que Deus foi nosso amigo, nesse momento, porque a doutora já pensou que se me acontecia aquilo aqui em casa... Ele ficou todo cheio de sangue porque foi a veia vital que rebentou...”</i> (M A)
-----------	---------------------	-----	---	---

#### 1.10.2. Conhecimento do diagnóstico

##### 1.10.2.1. Modo de comunicação do diagnóstico

1.10.2.1.1.	Médico comunica diagnóstico ao casal	1/3	Integra unidades de registo que indicam que a pessoa doente e a participante souberam qual era o diagnóstico no mesmo momento.	<i>“Quando chegamos lá o médico começou a explicar o que era, e, marcou logo uma cirurgia plástica”</i> (M A)
1.10.2.1.2.	Médico comunica diagnóstico à pessoa doente, filha e participante	1/3	Agrega referências que descrevem que a pessoa doente, a sua filha e a participante souberam qual era o diagnóstico no mesmo momento.	<i>“E um dia, ela estava no talho perto de nossa rua, e uns vizinhos vieram-me chamar porque ela tinha desmaiado, e eu fui lá ter com a minha sobrinha, e viemos tivemos que vir logo para o hospital e foi aí que o médico nos disse o que ela tinha...”</i> (M G)
1.10.2.1.3.	Médicos comunicam diagnóstico só à participante	1/2	Codifica expressões que esclarecem que a participante foi a única a saber qual era o diagnóstico da pessoa doente.	<i>“Sim... Por exemplo... Quando eu fui saber o resultado da biopsia e o médico me disse que já estava em fase terminal... O meu pai perguntou-me o que tinha, eu não lhe disse... Prefери dizer-lhe que era só um bichinho...”</i> (A M)

1.10.2.1.4.	Participante só conhece o diagnóstico na segunda consulta	1/2	Integra enunciados que expõem que a pessoa doente e a participante souberam qual era o diagnóstico em alturas distintas.	“Pois sentir isso (culpa) não ajudou porque só na outra consulta que eu vim, é que eu fiquei a saber mesmo o que o médico lhe tinha dito e muito preocupada por ele ter de ser logo operado...” (M L)
1.10.2.2. Primeiro confronto com a gravidade dos sintomas da doença				
1.10.2.2.1.	Alerta dado pela médica farmacêutica	1/2	Codifica verbalizações que explicam que participante e pessoa doente só se aperceberam de que os sintomas poderiam ser graves quando procuraram aconselhamento junto da médica farmacêutica.	“Um dia, fomos à farmácia comprar a medicação, e, a médica pediu para ver, e, disse que não queria estar a pôr problemas mas que aquilo não estava com muito bom aspeto...” (M A)
1.10.2.2.2.	Alerta dado pelo médico do hospital	4/8	Agrega unidades de registo que indicam que participante e pessoa doente só se aperceberam da gravidade dos sintomas quando procuraram aconselhamento médico.	“Só quando mudou o médico de família é que finalmente se preocuparam em saber o que é que o meu pai tinha e ele foi enviado para as urgência do hospital XXXX e foi aí que os médicos disseram-me que já era tarde de mais...” (A M)
1.10.2.3. Tipo de informação transmitida na comunicação de diagnóstico				
1.10.2.3.1.	Foi transmitida a irreversibilidade da doença	3/6	Codifica enunciados que indicam que no momento de diagnóstico foi comunicado a irreversibilidade da situação clínica.	“E o médico depois veio-nos confirmar exatamente o que eu tinha dito... Que já estava tudo espalhado em vários órgãos e que ela já não tinha hipóteses...” (M G)
1.10.2.3.2.	Foi transmitida a possibilidade de cura	1/2	Integra referências que descrevem que no momento de diagnóstico foi comunicada a possibilidade de cura da doença.	“Disseram que aquilo era canceroso... Maligno mas que ainda estava ali e que podia haver uma solução...” (M A)
1.10.2.3.3.	Foi transmitido que era uma condição cancerosa maligna	1/3	Agrega expressões que explicam que no momento de diagnóstico foi comunicado que a pessoa doente tinha cancro maligno.	“Disseram que aquilo era canceroso... Maligno mas que ainda estava ali e que podia haver uma solução...” (M A)
1.10.2.3.4.	Foi transmitido que era uma condição clínica perigosa	1/2	Codifica verbalizações que expõem que no momento de diagnóstico foi comunicado que a pessoa doente tinha uma patologia perigosa.	“Disseram que era perigoso e assim mas ficamos sempre como lhe disse com aquela esperança...” (M A)
1.10.3. Consequências da evolução do estado clínico na pessoa doente				

1.10.3.1.	Antecipação da morte	1/2	Integra enunciados que indicam que a pessoa doente estava consciente da progressiva terminalidade da sua existência.	<i>“Não, não existiu muito abertura... Mas também não era preciso porque ele sabia o problema que tinha e o que lhe ia acontecer...” (M L)</i>
1.10.3.2.	Debilitação física	3/7	Agrega unidades de registo que evidenciam que a pessoa doente estava a perder contínua e gradualmente a força.	<i>“Mas, sabe, eu sentia-me bem apesar de tudo... só ficava triste quando o via fraquinho...” (M L)</i>
1.10.3.3.	Falência de órgãos	2/2	Codifica expressões que descrevem que os órgãos da pessoa doente entraram progressivamente em falência.	<i>“Ele foi para o hospital, e, o médico ao fim da noite chamou-me e disse-me que ele tinha que ficar internado porque ele estava em fase de um ou dois dias porque tinha quase os órgãos todos em falência...” (A M)</i>
1.10.3.4.	Feridas	1/4	Integra referências que demonstram que a pessoa doente apresentava ferimentos.	<i>“Era complicado porque eu nunca tinha confiança no pessoal de enfermagem... Porque já havia coisas anteriores, e, eu chegava lá e ele ou tinha uma ferida ou queixava-se que as enfermeiras tinham feito coisas e eu não gostava...” (A M)</i>
1.10.3.5. Hospitalização				
1.10.3.5.1. Duração da hospitalização				
1.10.3.5.1.1.	15 dias	1/1	Agrega verbalização que discrimina a pessoa doente ficou 15 dias internada no hospital.	<i>“Sim... Só estive no hospital 15 dias...” (A M)</i>
1.10.3.5.1.2.	2 semanas	1/1	Codifica expressão que especifica que a pessoa doente ficou 2 semanas internada no hospital.	<i>“E... Ahh... Isso era outra coisa que eu lhe ia dizer ao bocado é que durante aqueles 2 semanas em que ela esteve internada custaram-me muito... Mas eu estive sempre com ela, desde que abria a hora da visita até ao final do dia...” (M G)</i>

1.10.3.5.1.3.	5 meses	1/4	Integra enunciados que esclarecem a pessoa doente ficou 5 meses internada no hospital.	<i>“Quer dizer, eu vivi até ao fim com duas hipóteses, a dos médicos que para mim não servia, embora eu fosse vendo que ele ia ficando pior até porque já estávamos aqui há muito tempo, foram 5 meses e nunca mais o mandavam embora, e, a minha, que ele se ia curar porque tinha a certeza que Deus estava do meu lado...”</i> (M L)
1.10.3.5.1.4.	6 meses	1/5	Agrega unidades de registo que explicam que a pessoa doente ficou 6 meses internada no hospital.	<i>“É assim, ele depois esteve lá (hospital) 6 meses...”</i> (M A)
1.10.3.5.2.	Importância da hospitalização	3/3	Codifica relatos sobre o valor da hospitalização para a promoção da qualidade de vida da pessoa doente.	<i>“Não... Eu acho que foi melhor para todos porque ele em casa não as tinha condições que lhe davam no hospital... Faz de conta, ele estava sempre com insulina e em casa não podia porque para isso tinha de ter ali uma enfermeira 24h, e, por isso com ele no hospital, eu podia estar descansada...”</i> (M A)
1.10.3.5.3.	Necessidade de hospitalização	2/10	Integra referências que esclarecem quais as justificações para as hospitalizações de cada pessoa doente.	<i>“Não... Eu acho que foi melhor para todos porque ele em casa não as tinha condições que lhe davam no hospital... Faz de conta, ele estava sempre com insulina e em casa não podia porque para isso tinha de ter ali uma enfermeira 24h, e, por isso com ele no hospital, eu podia estar descansada...”</i> (M L)
1.10.3.6.	Incapacidade de deglutir alimentos sólidos	2/5	Agrega verbalizações que descrevem que a pessoa doente tinha dificuldades em engolir alimentos sólidos.	<i>“Só depois da operação que ele foi fazer, em que lhe cortaram bastante a língua e o retalho não ficou bem feito, é que começaram-nos a dizer que aquilo não estava bem e nós percebemos que estava a piorar... Tanto que ele só podia comia yogurts líquidos...”</i> (M A)
1.10.3.7.	Incapacidade de falar	2/3	Codifica expressões que atestam que a pessoa doente tinha dificuldade em comunicar.	<i>“Mas pronto, eu também sei que era puro egoísmo pedir- Lhe que o meu pai ficasse porque eu via-o a sofrer, sem se mexer... falar... com oxigénio ao máximo, morfina, enfim... Aquilo tudo...”</i> (A M)

1.10.3.8. Intervenções médico-cirúrgicas

(Codifica todos os enunciados relacionados com a existência de exames médicos, cirurgias e tratamentos efetuados)

1.10.3.8.1.	Necessidade de intervenções médico-cirúrgicas	2/4	Integra enunciados que esclarecem quais as justificações para as intervenções médico-cirúrgicas realizadas junto de cada pessoa doente.	<i>“Logo nesse dia nós fomos, e o médico disse que não gostava nada daquilo, que aquilo parecia uma coisa mais feia, e pediu logo uma biopsia para ter os resultados com urgência...” (M A)</i>
1.10.3.8.2. Tipos de intervenções médico-cirúrgicas				
1.10.3.8.2.1. Exames				
1.10.3.8.2.1.1.	Biopsia	2/3	Agrega unidades de registo que descrevem que houve colheitas e exames microscópicos a tecidos orgânicos no decorrer do processo de diagnóstico médico (Costa et al., 2005).	<i>“Ele devia-me ter dito logo o que se passava... Até os enfermeiros ficaram chocados com a atitude dele porque na biopsia percebia-se logo que a situação já estava a ficar complicada... Eles até me disseram que queriam ver se ele tinha feito o mesmo se fosse o pai dele...” (A M)</i>
1.10.3.8.2.2. Operações				
1.10.3.8.2.2.1.	Cirurgia ao estômago	1/1	Codifica expressão que descreve que a pessoa doente foi submetida a uma operação gástrica.	<i>“Até que ela veio ao hospital várias vezes mas na vez em que foi operada ao estômago e só esteve 1h no bloco, eu percebi logo que pelo tempo não lhe tinham feito nada e que já não havia nada a fazer...” (M G)</i>
1.10.3.8.2.2.2.	Cirurgia ao pulmão	1/2	Agrega verbalizações que abordam a existência de uma operação ao pulmão da pessoa doente.	<i>“Ele foi para tirar meio pulmão mas não tiraram... E, quer dizer, se eu sabia que era para tirar tudo e só tiraram um bocadinho do mal que estava no pulmão, eu percebi que o meu marido estava muito mal...” (M L)</i>
1.10.3.8.2.2.3.	Cirurgia plástica	1/4	Integra unidades de registo que especificam a existência de uma operação plástica à face da pessoa doente.	<i>“Quando chegamos lá o médico começou a explicar o que era, e, marcou logo uma cirurgia plástica.” (M A)</i>

1.10.3.8.2.2.4.	Entubação endotraqueal	1/2	Codifica relatos que abordam a justificativa para a realização de uma entubação endotraqueal.	<i>“Ela chegou na quinta, ele já estava com morfina e foi lá a casa um enfermeiro para o entubar... Porque ele já não comia nem engolia a medicação... Tinha que desfazê-la toda para ele poder tomar...” (A M)</i>
1.10.3.8.2.2.5.	Traqueostomia	1/2	Agrega referências que aludem à realização de uma traqueostomia e à presença de complicações respiratórias que a pessoa doente enfrentou após a cirurgia.	<i>“Negativamente, só me recordo de uma situação que teve a ter com ele... Que foi quando aquilo, depois da traqueostomia... Aquele tubo não ficou bem e ele quase que perdeu a respiração...” (M A)</i>
1.10.3.8.2.3. Radioterapia				
1.10.3.8.2.3.1. Efeitos da radioterapia				
1.10.3.8.2.3.1.1.	Boca queimada	1/1	Codifica expressão que descreve que a pessoa doente ficou com a boca queimada como consequência da radioterapia.	<i>“Ele começou a fazer a radioterapia passado algum tempo mas depois chegou a meio e não conseguiu fazer mais porque ficou com a boca toda queimada.” (M A)</i>
1.10.3.8.2.3.1.2.	Ineficácia do tratamento	1/1	Agrega verbalização que evidencia a urgência da radioterapia, a incontabilidade dos sintomas e a progressão da doença pela ineficácia do tratamento.	<i>“Tanto que de tão mal que estava que o puseram logo a fazer radioterapia, e, mesmo assim a radioterapia não resultou...” (M A)</i>
1.10.3.9.	Necessidade de cuidados	4/26	Integra unidades de registo que descrevem o nível dependência da pessoa doente aos cuidados das participantes.	<i>“Ele ficou totalmente dependente, a minha mãe ajudava-me... Mas como filhos, ele chamava-me sempre “a nossa A M”...” (A M)</i>
1.10.3.10.	Perda de peso	1/1	Codifica relato que aborda como sintoma do estado avançado da doença a redução de peso corporal.	<i>“Eu estava sempre a fazer-lhe festinhas nos bracinhos... Magrinhos, ela emagreceu muito... 15 quilos, e a por cremezinho nas perninhas e nos pezinhos...” (M G)</i>

1.10.3.11.	Perdas de sangue	1/3	Agrega referências que apontam como sintoma do estado avançado da doença a existência de hemorragias.	<i>“E, eu lembro-me, perfeitamente, que ele aí sofreu muito porque quando voltávamos para casa, parecia que lhe saía muito sangue pela boca...” (M A)</i>
1.10.3.12.	Problemas respiratórios	3/6	Integra enunciados que especificam como sintoma do estado avançado da doença a presença de problemas de caráter respiratório.	<i>“Eu lembro-me que eu queria chamar o INEM e ele não deixou e veio a conduzir o caminho todo com muito sacrifício mas eu deixei-o porque não queria contrariá-lo porque, quando ele ficava enervado, davam-lhe mais crises de falta de ar.” (M L)</i>
1.10.3.13.	Sufrimento	4/21	Codifica verbalizações que descrevem a existência de sofrimento na pessoa doente, podendo este remeter para uma dimensão física, psicológica, social, espiritual e/ou existencial.	<i>“Ele chegou muito mal, estava mesmo em sofrimento, eu pedi ao médico para pôr o oxigénio logo à entrada da porta e ele telefonou para as urgências porque ele estava muito mal e, depois, ficou internado e nunca mais foi embora...” (M L)</i>
1.10.3.14. Surgimento de outras doenças físicas				
1.10.3.14.1.	Diabetes	1/1	Codifica relato que indica o aparecimento de diabetes ao longo da progressão da doença.	<i>“Punha-lhe os suplementos, levava-lhe boiões sem açúcar, que se dão aos bebês, porque depois ele ficou com diabetes... E assim...” (M A)</i>
1.10.3.15.	Ter de usar fraldas	1/1	Agrega referência que apresenta como sintoma do estado avançado da doença a necessidade da pessoa doente ter que usar fraldas.	<i>“Então puseram-lhe as grades na cama e a fralda... E pronto passou a estar ali assim...” (M A)</i>
1.10.3.16.	Ter que tomar injeções	1/1	Integra verbalizações que descrevem como sintoma do estado avançado da doença a necessidade da pessoa doente ter que tomar injeções a determinadas horas.	<i>“Por isso é que me desentendia com os médicos... Por exemplo, ele tinha que tomar uma injeção à hora do almoço, e eu às vezes chegava, e, ainda não tinha dado... Ficávamos à espera e nada... Isso não se faz...” (A M)</i>

1.10.3.17.	Ter que tomar morfina	1/3	Codifica expressões que expõem como sintoma do estado avançado da doença a necessidade da pessoa doente ter que tomar morfina.	<i>“Ela chegou na quinta, ele já estava com morfina e foi lá a casa um enfermeiro para o entubar... Porque ele já não comia nem engolia a medicação... Tinha que desfazê-la toda para ele poder tomar...” (A M)</i>
1.10.3.18.	Tosse frequente	1/1	Agrega unidade de registo que apontam como sintoma do estado avançado da doença a presença de tosse frequente.	<i>“Lembro-me que tivemos que vir embora mais cedo porque ele não se estava a sentir muito bem... Tossia muito e estava muito nervoso, tanto que tivemos que ligar ao médico e ele disse para irmos ao hospital quando chegássemos cá...” (M A)</i>
1.10.4. Modo da morte				
1.10.4.1.	Morte ‘santa’	1/3	Integra enunciados em que a participante refere que a morte da irmã foi ‘santa’.	<i>“É assim eu fiquei feliz por sabe quando cheguei ao hospital que a minha irmã teve uma morte santa mas no início culpava-me muito por não ter estado lá...” (M G)</i>
1.10.4.2.	Morte ‘boa’	1/2	Codifica referências em que a participante refere que a morte do pai foi ‘boa’.	<i>“Pois... Eu acho que foi uma morte boa, como ele merecia e nós queríamos que fosse... Porque ele não parecia estar morto... Não parecia... Estava com uma cor bonita, a sorrir...” (A M)</i>
1.10.4.3.	Morte ‘calma’	1/1	Agrega relato em que a participante refere que a morte do marido foi ‘calma’.	<i>“Ahhh... Eu lembro-me que eu tinha medo que ele morresse em agonia mas no fim acabou por acontecer muito calmamente porque depois de eu chegar, eu falei um bocadinho com ele, ele ainda sorriu, depois disse que queria descansar, deu-me um beijinho e acabou por fechar os olhos para sempre...” (M L)</i>
1.10.4.4.	Morte ‘serena’	1/1	Integra verbalização em que a participante refere que a morte do marido foi ‘serena’.	<i>“Sim, sim, até porque apesar de tudo, foi uma morte tão serena tão calma, e, até os enfermeiros, que estiveram lá e comigo depois no funeral disseram-me isso... que tudo nele foi muito pacífico... Tranquilo...” (M A)</i>

1.10.4.5.	Morte não presenciada pela participante	1/4	Codifica expressões que indicam que a participante não testemunhou a morte da irmã.	<i>“Mas como Deus não decide o que faz por acaso... Eu sei que foi melhor assim (não estar presente) porque se eu estivesse lá podia ter sido pior para as duas...”</i> (M G)
1.10.4.6.	Morte presenciada por elementos da equipa assistencial	1/2	Agrega referências que indicam que a equipa assistencial testemunhou a morte do marido.	<i>“E quando nós chegamos as três (filhas), estavam os médicos todos ao lado dele, a dar-lhe as mãos...”</i> (M A)

#### 1.10.4.7. Morte presenciada pelos familiares

1.10.4.7.1.	Morte presenciada pela mãe, participante, marido e irmãos	1/1	Agrega unidade de registo que indica que a mãe, a participante, o marido e os irmãos testemunharam a morte da pessoa doente.	<i>“Não... Eu acho que ele morreu como queria, com os filhos todos lá... Porque eu estive a noite toda até às 5 da manhã, depois foi o meu marido até às 7 e qualquer coisa, e, depois a minha irmã gêmea até ele falecer, que eu sempre disse que era o que ia acontecer porque ele esteve sempre à espera que ela chegasse...”</i> (A M)
1.10.4.7.2.	Morte presenciada pela participante	1/2	Codifica expressões que indicam que a participante não testemunhou a morte da irmã.	<i>“Ahhh... Eu lembro-me que eu tinha medo que ele morresse em agonia mas no fim acabou por acontecer muito calmamente porque depois de eu chegar, eu falei um bocadinho com ele, ele ainda sorriu, depois disse que queria descansar, deu-me um beijinho e acabou por fechar os olhos para sempre...”</i> (M L)
1.10.4.7.3.	Morte presenciada pela participante e filhas	1/1	Integra enunciado que indica que a participante e filhas testemunharam a morte da pessoa doente.	<i>“E quando nós chegamos as três (filhas), estavam os médicos todos ao lado dele, a dar-lhe as mãos...”</i> (M A)

#### 1.10.4.8. Reações fisiológicas da pessoa doente

1.10.4.8.1.	Pessoa doente estava ofegante	1/1	Integra verbalização que descreve que, no momento da morte, a pessoa doente ficou ofegante.	<i>“Eu cheguei lá (perto do doente) e vi os enfermeiros com o meu marido, muito branco, com muito sangue... Foi a veia vital que rebentou e eu só dizia “ó F, ó F” e as minhas filhas “ó pai, ó pai”, e, ele ofegava.”</i> (M A)
-------------	-------------------------------	-----	---	--

#### 1.10.5. Primeiros sintomas da doença

1.10.5.1.	Constância dos sintomas	2/4	Codifica relatos que apresentam sintomas da doença que se perpetuaram no tempo.	<i>“E, então, eu soube da doença dela porque a minha irmã em 2 meses emagreceu para aí uns 15 quilos e eu a ficar preocupada e comecei-lhe a dizer que tinha de ir ao hospital porque estava a emagrecer assim muito de repente.” (M G)</i>
1.10.5.2. Tipos de sintomas				
1.10.5.2.1.	‘Pequenos nódulos’	1/1	Integra verbalização que descreve que o primeiro sintoma da doença a ser sinalizado foi o aparecimento de ‘pequenos nódulos’ na próstata.	<i>“Ahh.. Uns anos antes, ele tinha feito uma biopsia à próstata e o médico de notou que ele tinha lá pequenos nódulos mas não fez caso daquilo...” (AM)</i>
1.10.5.2.2.	Aftas	1/5	Agrega unidades de registos que esclarecem que os primeiros sintomas da doença a serem sinalizados foram as aftas.	<i>“Ahhh sim, apareceu-lhe uma afta...” (M A)</i>
1.10.5.2.3.	Desmaio	1/1	Codifica enunciado que indica que um dos primeiros sintomas da doença a ser sinalizado foi o desmaio da irmã.	<i>“E um dia, ela estava no talho perto de nossa rua, e uns vizinhos vieram-me chamar porque ela tinha desmaiado, e eu fui lá ter com a minha sobrinha, e viemos tivemos que vir logo para o hospital e foi aí que o médico nos disse o que ela tinha...” (M G)</i>
1.10.5.2.4.	Pele com tom esverdeado	1/1	Integra expressão que indica que um dos primeiros sintomas da doença a ser sinalizado foi a alteração da cor da pele da irmã.	<i>“Depois, ela começou a ficar assim com um tom de pele... Meio esverdeado...” (M G)</i>
1.10.5.2.5.	Perda de peso	2/3	Agrega referências que apontam que o primeiro sintoma da doença a ser sinalizado foi a redução do peso corporal do marido.	<i>“Porque ele apesar de ele ter vindo a essa consulta porque começou a perder a algum peso, soube logo nesse dia que tinha um cancro numa fase já muito avançada...” (M L)</i>
<b>1.11. Rede de suporte social</b>				
1.11.1. Papel da rede de suporte formal				
1.11.1.1. Atitude da equipa assistencial face à pessoa doente				

1.11.1.1.1.	Desvalorização da gravidade dos sintomas	1/3	Codifica relatos que expõem que existiu no pré-diagnóstico, segundo a participante, uma desconsideração da gravidade dos sintomas por parte da equipa médica.	<i>“Ahh.. Uns anos antes, ele tinha feito uma biopsia à próstata e o médico de notou que ele tinha lá pequenos nódulos mas não fez caso daquilo...” (A M)</i>
1.11.1.1.2.	Desvalorização da importância das intervenções médico-cirúrgicas	1/1	Integra expressão que revela não ter existido, segundo a participante, celeridade na realização das intervenções médico-cirúrgicas que era necessárias tendo em conta o estado clínico da pessoa doente.	<i>“Sim porque aquilo ficou a mexer muito comigo, eu tinha muita raiva dentro de mim por eles terem desvalorizado o problema dele e dizerem que ele não precisava ter tratamentos só porque já tinha 72 anos.” (A M)</i>
1.11.1.1.3.	Negligência nos cuidados à pessoa doente	1/3	Agrega referências que indicam ter existido, segundo a participante, um descuido e desleixo por parte da equipa médica à pessoa doente.	<i>“Uma vez eu cheguei lá, ele estava com o oxigénio e ele tinha as orelhas todas em ferida, e, eu tive que me irritar com as enfermeiras porque no momento em que ele está no hospital, acho que devem... Ter o cuidado de ver as pequenas coisas, e eles eram um bocado negligentes... Quer dizer o tubo de oxigénio a passar por de trás da orelhas com feridas, doía e eu acho que é preciso terem noções...” (A M)</i>
1.11.1.1.4. Prestação de cuidados de qualidade à pessoa doente				
1.11.1.1.4.1.	Acompanhamento da pessoa doente	3/10	Codifica verbalizações que demonstram a presença física de elementos da equipa assistencial nos cuidados à pessoa doente.	<i>“Foi, foi... Porque eu acho que o hospital é a casa que nos acolhe e trata quando estamos doentes e a minha irmã aqui foi muito bem acompanhada e se estivesse em casa poderia não ter partido da forma que partiu...” (M G)</i>
1.11.1.1.4.2.	Controlo sintomático	3/5	Integra as enunciados que indicam que os elementos da equipa assistencial garantiram o controlo de sintomas da doença.	<i>“Sim, sim, isso (controlo sintomático) eles conseguiram sempre... Sempre... Sempre... Desde auxiliares aos cirurgiões...” (M L)</i>
1.11.1.1.4.3.	Dar banho	1/2	Agrega as unidades de registo que apontam que elementos da equipa assistencial asseguravam a higiene da pessoa doente.	<i>“E mesmo quando era a enfermeira a dar-lhe banho, eu estava lá porque havia muita intimidade entre nós e ele não se importava que eu estivesse ali nem nada disso...” (M L)</i>

1.11.1.1.4.4.	Injetar insulina	1/1	Codifica expressão que expõe que os elementos da equipa assistencial estavam encarregues de injetar insulina na pessoa doente.	“Não... Eu acho que foi melhor para todos porque ele em casa não as tinha condições que lhe davam no hospital... Faz de conta, ele estava sempre com insulina e em casa não podia porque para isso tinha de ter ali uma enfermeira 24h, e, por isso com ele no hospital, eu podia estar descansada...” (M L)
1.11.1.1.4.5.	Intervenções médico-cirúrgicas	4/7	Codifica relatos relacionados com a existência de exames médicos, cirurgias e tratamentos efetuados.	“Só depois da operação que ele foi fazer, em que lhe cortaram bastante a língua e o retalho não ficou bem feito, é que começaram-nos a dizer que aquilo não estava bem e nós percebemos que estava a piorar... Tanto que ele só podia comia yogurts líquidos...” (M A)
1.11.1.1.4.6.	Prescrição de medicação	1/1	Integra referência que é reveladora de que os elementos da equipa assistencial prescreviam medicamentos para o controlo sintomático.	“Um dia, fomos à farmácia comprar a medicação, e, a médica pediu para ver, e, disse que não queria estar a pôr problemas mas que aquilo não estava com muito bom aspeto...” (M A)
1.11.1.1.4.7.	Troca de pensos	1/1	Agrega unidade de registo que indica que os elementos da equipa assistencial estavam encarregues de trocas de pensos da pessoa doente.	“Não, acho que não (influenciou a duração prolongada da hospitalização) doutora, da maneira que ele estava eu, aqui, também não tinha condições para o tratar, não é? Para lhe fazer aquelas coisas... Os pensos... Isto e aquilo... Que ele podia precisar...” (M A)
1.11.1.1.5.	Procura pelo estabelecimento de diagnóstico	2/2	Codifica verbalizações que descrevem que a equipa médica moveu esforços no sentido de descobrir qual a causa dos sintomas apresentados e a patologia da pessoa doente.	“Foi sempre muito bom (papel da equipa médica)... Foi sempre muito bom. Mesmo o pessoal, as enfermeiras, toda a gente, desde o primeiro momento, que se preocuparam com a situação e fizeram por descobrir o que se passava...” (M A)
1.11.1.2. Natureza da relação com a equipa assistencial				

1.11.1.2.1.	Boa relação com os profissionais da equipa assistencial	3/8	Integra os enunciados que refletem a existência de uma relação equipa-família marcada pelo consenso, pela partilha de informação, pela tomada de decisões conjuntas e uma prestação de ajuda eficaz.	“ <i>Sim, sim... Foi muito muito importante (apoio da equipa até ao fim) porque eu digo... Eu tinha por todo o pessoal do hospital, tinha uma... Como é que eu hei de dizer... Tinha um carinho enorme porque dizem que ele foi um exemplo de vida e os marcou a todos...</i> ” (M A)
1.11.1.2.2.	Existência de problemas com profissionais da equipa assistencial	2/12	Agrega enunciados que revelam a presença de divergências, problemas e conflitos entre a participante e profissionais da equipa assistencial.	“ <i>Na última vez que ele esteve internado, eu discuti com o médico por uma estupidez que ele tinha feito na noite anterior na urgência, e, por sorte ou azar foi ele que depois ficou a acompanhá-lo...</i> ” (A M)
1.11.1.3. Papel da equipa assistencial para a participante				
1.11.1.3.1.	Importância da ajuda prestada pelo psicólogo da equipa assistencial	4/12	Codifica relatos que ilustram a o valor do apoio prestado pelo psicólogo às participantes.	“ <i>Se fosse hoje tinha ido logo ao doutor, porque andei sem saber o que fazer à minha vida durante tanto tempo e graças às palavras do doutor, eu parece que consegui ultrapassar tudo quase de um dia para o outro...</i> ” (M G)
1.11.2. Papel da rede de suporte informal alargada				
1.11.2.1.	Ausência de elementos próximos	1/3	Integra referências que indicam que a participante não perceciona ter pessoas próximas na sua rede de suporte informal alargada.	“ <i>Até que eu agora não tenho ninguém, que possa dizer assim que vou sair ou que vou até casa daquela... Não tenho...</i> ” (M A)
1.11.2.2.	Convidar a participante para ir à igreja	1/1	Agrega unidade de registo que expõe que elementos da rede de suporte informal alargada convidavam a participante para ir à igreja.	“ <i>E, pronto, depois um dia as pessoas começaram a vir cá a casa ter comigo e a dizer para ir a igreja porque achavam que me ia fazer bem...</i> ” (M A)
1.11.2.3.	Convívio diário com pessoas que tiveram cancro	1/1	Codifica verbalização que retrata que a participante convive e desenvolve laços afetivos com pessoas que também tiveram cancro.	“ <i>Por isso é que agora como não trabalho vou todos os dias para o XXXX para me distrair porque lá fazem muitos trabalhos de artesanato que eu adoro... E muito convívio com outras pessoas que também estivera doentes e desde essa altura se tornaram grandes amigas minhas...</i> ” (M G)

1.11.2.4.	Disponibilidade de vizinhos	1/1	Integra enunciado que evidencia que os vizinhos estão disponíveis para apoiar a participante.	<i>“Quer dizer, dou-me bem com toda a gente, nunca tive problemas com ninguém, vizinhos e eles até me estão sempre a dizer que se precisar de alguma coisa de noite e não sei quê... Mas sou incapaz de o fazer...”</i> (M A)
1.11.2.5.	Falar com a participante	2/2	Agrega expressões que apontam que elementos da rede de suporte informal alargada falam frequentemente com a participante.	<i>“Havia lá um senhor que é voluntário no hospital e que, às vezes, quando eu ia almoçar ele ficava lá com ele... E hoje ele diz-me, muitas vezes, que o F não me queria fazer sofrer...”</i> (M A)
1.11.2.6.	Ir ao funeral	1/1	Integra referência que indica que elementos rede de suporte informal alargada foram ao funeral da pessoa perdida.	<i>“E não fui só eu a dizer isso (que doente estava com uma cor bonita e a sorrir), toda a gente que foi ao funeral dizia que ele estava a sorrir... E isso é uma coisa que me consola porque sinto que fiz o que ele quis...”</i> (A M)
1.11.2.7.	Rezar pela pessoa doente	1/2	Agrega unidades de registos que expõem que elementos da rede de suporte informal fizeram orações pela pessoa doente.	<i>“Deus para mim não existia mais... E, eu estava sempre a perguntar porquê? Eu rezei tanto... Outras pessoas também”</i> (M A)
1.11.2.8.	Visitas ao café da participante	1/1	Codifica verbalização que retrata que elementos da rede de suporte informal alargada iam visitar a participante ao seu café.	<i>“Nessa altura, inclusive, posso-lhe dizer... Eu não pensei que teria apoio de tanta gente... Eu tinha um cafezinho e tinha sempre muitas pessoas a ir lá falar comigo...”</i> (M G)
1.11.2.9.	Visitas à casa da participante	1/1	Integra enunciado que evidencia que elementos da rede de suporte informal alargada se deslocavam a casa da participante.	<i>“E, pronto, depois um dia as pessoas começaram a vir cá a casa ter comigo e a dizer para ir a igreja porque achavam que me ia fazer bem...”</i> (M A)
1.11.2.10.	Visitas à pessoa doente	1/2	Agrega expressões que apontam que elementos da rede de suporte informal alargada deslocavam-se ao hospital para ver a pessoa doente.	<i>“Apesar de ele não me dizer tudo porque preferia falar, quando eu saía, com algumas pessoas que iam vê-lo, para não me fazer sofrer... Pelo menos, foi o que me disseram depois de ele ter falecido...”</i> (M A)

1.11.2.11.	Vizinhos alertam participante para a condição clínica da irmã	1/1	Codifica relato que retrata que elementos da rede de suporte informal alargada alertaram a participante quanto a sintomas apresentados pela irmã.	<i>“E um dia, ela estava no talho perto de nossa rua, e uns vizinhos vieram-me chamar porque ela tinha desmaiado, e eu fui lá ter com a minha sobrinha, e viemos tivemos que vir logo para o hospital e foi aí que o médico nos disse o que ela tinha...”</i> (M G)
1.11.3. Papel de outros elementos da família nuclear				
1.11.3.1.	Apoio da mãe	2/5	Integra referências que indicam que a mãe foi um elemento fortemente suportador para a participante.	<i>“O meu marido, a minha mãe e a minha irmã... A minha irmã foi muito importante também porque apesar de ela estar em França, estamos sempre em contacto...”</i> (M A)
1.11.3.2. Apoio das irmãs				
1.11.3.2.1.	Ajudar a participante a distrair-se	1/1	Agrega unidade de registo que expõe que a irmãs procuraram ajudar a participante a distrair-se no pós-morte.	<i>“Mas passei uns dias terríveis, apesar de elas (irmãs) me irem tentando distrair...”</i> (M A)
1.11.3.2.2.	Cuidar da pessoa doente	2/4	Codifica enunciados que evidenciam que as irmãs estavam disponíveis para prestar cuidados à pessoa doente.	<i>“E, depois quando ele ficava em casa e eu tinha de ir ajudar o meu filho a trabalhar no café, era a minha irmã que ia lá cuidar dele, mas eu também não ficava bem porque podia dar-lhe uma crise qualquer e eu tinha medo de não estar lá se isso acontecesse...”</i> (M L)
1.11.3.2.3.	Fazer companhia à participante	3/8	Integra expressões que indicam que as irmãs procuravam e procuram acompanhar e suportar a participante.	<i>“E também tinha a minha irmã, que é uma pessoa que anda sempre comigo para todo o lado, me ajuda muito, e, deixa a vida dela para estar comigo se for preciso...”</i> (M L)
1.11.3.3.	Apoio do marido	1/3	Agrega relatos que demonstram o suporte prestado pelo marido durante a doença do pai.	<i>“Pois não... Não foi fácil deixar de sentir... Mas eu realmente não podia fazer mais do que fiz porque, em parte, eu deixei o meu casamento para cuidar do meu pai... Eu fiz tudo... Eu vivia para o meu pai... O meu marido compreendia perfeitamente nunca pôs em causa eu estar sempre com ele... Mas eu pus tudo à parte para estar a apoiá-lo...”</i> (A M)

1.11.3.4. Apoio dos filhos				
1.11.3.4.1.	Acolher a participante em casa	1/2	Codifica verbalizações que demonstram que as filhas convidaram e receberam a participante para viver em sua casa.	<i>“Porque eu sempre fui uma pessoa que, se o meu marido fosse a qualquer lado, por exemplo, a reuniões, a retiros ou assim, eu ficava, e, nunca sentia me sentia só porque dormia nas minhas filhas...”</i> (M A)
1.11.3.4.2.	Convidar a participante para passarem férias juntas	1/1	Integra enunciado que indica que as filhas queriam que a participante fizesse férias com a restante família.	<i>“As minhas filhas foram de férias e queriam que eu fosse com elas mas eu não quis...”</i> (M A)
1.11.3.4.3.	Estar presente ao lado da participante e do pai	2/22	Agrega unidades de registo que revelam os filhos participaram ativamente em todo o processo de doença.	<i>“As minhas filhas iam todos os dias lá (hospital)...”</i> (M A)
1.11.3.4.4.	Fechar o café para cuidar da participante	1/1	Codifica expressão que expõe que filho, no pós-morte, priorizou acompanhar a participante em detrimento de ter o seu café aberto ao público.	<i>“Lembro-me que, quando ele faleceu, o meu filho tinha um café, e ele teve que fechá-lo por minha causa...”</i> (M L)
1.11.3.4.5.	Levar roupa ao hospital para a participante	1/1	Integra relato que evidencia a disponibilidade do filho para responder a pedidos e necessidades que a participante apresentava.	<i>“E também quando precisava de alguma coisa tinha sempre quem me socorresse, se eu precisasse o meu filho levava-me roupa ao hospital e eu tomava banho lá...”</i> (M L)
1.11.3.5.	Apoio dos sobrinhos	1/3	Agrega referências que especificam que os sobrinhos da participante foram elementos suportadores no pós-morte.	<i>“Sim, sim... Tive muito apoio da minha irmã e dos meus sobrinhos... Tenho dois sobrinhos só mas eles e o meu filho são espetaculares.”</i> (M L)
1.11.3.6.	Falta de apoio de alguns elementos da família	2/5	Codifica verbalizações que revelam que alguns familiares não foram suportadores na altura da doença nem no pós-morte.	<i>“Hmm... Nessa altura, só pude contar com o apoio do meu marido e da minha mãe... Porque os irmãos não faziam nada... Limitavam-se a perguntar se estava tudo bem e iam embora, e, eu começando a ver essas coisas... Pensava para que é que eu lhes vou pedir ajuda se eles não fazem nada...”</i> (A M)

1.11.3.7.	União da família	4/28	Agrega enunciados que indicam que existia consenso, harmonia e convergência, entrecruzamento, de esforços no sentido de cuidar da pessoa doente e participante.	<i>“Porque ele, nos últimos dias, já estava mesmo em agonia... Só chamava pela minha irmã gêmea... Felizmente, na quinta, ela já estava a vir para Portugal e eu percebi logo que ele só estava à espera que ela chegasse para morrer...” (A M)</i>
-----------	------------------	------	---	---

## 2. EIXO TEMPORAL

(Codifica os enunciados das participantes que permitiram a sua localização temporal, isto é, no processo da doença, na morte, no passado, no pós-morte e no presente)

### 2.1. Doença

2.1.1.	Fases mais avançadas da convivência com o diagnóstico	4/53	Agrega todas as unidades de registo que foram alocadas temporalmente nas fases mais avançadas da doença.	<i>“Ainda para mais, e nas últimas semanas, ele estava ali e eu sabia que de momento para momento, sei lá, de minuto a minuto, estava a piorar...” (M L)</i>
2.1.2.	Momentos próximos ao estabelecimento do diagnóstico	3/6	Codifica todas as verbalizações que foram alocadas temporalmente nos momentos seguintes e mais próximos ao estabelecimento do diagnóstico.	<i>“Passados uns tempos, ele foi e começou logo a fazer exames, e, depois foi operado...” (M A)</i>
2.1.3.	Não especificado	4/150	Integra todos os enunciados que foram alocados temporalmente em tempos de convivência com a doença não especificados.	<i>“É assim, pela minha família não posso falar... Mas por mim enquanto eu andei pelo hospital, houve alguns episódios maus...” (A M)</i>
2.1.4.	No momento do diagnóstico	4/11	Agrega todas as expressões que foram alocadas temporalmente no momento de diagnóstico.	<i>“Só quando mudou o médico de família é que finalmente se preocuparam em saber o que é que o meu pai tinha e ele foi enviado para as urgência do hospital XXXX e foi aí que os médicos disseram-me que já era tarde de mais...” (A M)</i>
2.1.5.	Pré-diagnóstico	4/16	Codifica todos os relatos que foram alocados temporalmente na fase pré-diagnóstica.	<i>“Ele devia-me ter dito logo o que se passava... Até os enfermeiros ficaram chocados com a atitude dele porque na biopsia percebia-se logo que a situação já estava a ficar complicada... Eles até me disseram que queriam ver se ele tinha feito o mesmo se fosse o pai dele...” (A M)</i>

2.1.6.	Véspera da morte	4/4	Integra todas referências que foram alocadas temporalmente na véspera da morte da pessoa doente.	“Ele só na véspera é que se despediu do meu neto na fotografia dele porque ele, sempre que ia para o hospital, trazia uma fotografia do campeão dele...” (M L)
2.2.	<i>Morte</i>	4/29	Agrega todas as unidades de registo que foram alocadas temporalmente no momento da morte.	“É assim eu andei sempre a falar com o doutor para saber se podia levá-lo embora, mas nunca foi possível, e, ele acabou por falecer no hospital...” (M L)
2.3.	<i>Passado</i>	4/70	Codifica todas as verbalizações que foram alocadas temporalmente nos momentos anteriores ao surgimento da doença da pessoa perdida.	“Ahhh... Tive sempre muitos esgotamentos... Acho que foi, desde os 18 anos, para cá... Já tomo medicação há alguns anos porque se não tomar vou logo a baixo...” (A M)
<b>2.4. Pós-Morte</b>				
2.4.1.	1 ano e meio após a perda	2/5	Agrega todos os enunciados que foram alocados temporalmente num 1 e meio após a perda.	“Só hoje, que já passou um ano e meio, é que estou mais calma em relação a isso (revolta), apesar de não ter sido fácil...” (M L)
2.4.2.	8 meses após a perda	1/4	Codifica todas as expressões que foram alocadas temporalmente em 8 meses após a perda.	“Depois, pronto, vim para casa, e, durante muito tempo, talvez 7, 8 meses... Dormi lá baixo, no segundo andar, em casa da minha filha mais velha...” (M A)
2.4.3.	Indefinido	4/204	Integra todos os relatos que foram alocados temporalmente num pós-morte não definido.	“Depois lembrava-me que ele era incansável porque, mesmo quando o meu filho fazia muitas horas no café porque ele já não conseguia estar lá a trabalhar por causa da doença, ele mesmo assim, ficava nos cantinhos só para estar presente ao lado do filho.” (M L)
2.4.4.	Mais de 2 anos após a perda	1/1	Codifica referência que foi alocada temporalmente em mais de 2 anos após a perda.	“Até conseguir ver e comer uma bola de berlim levou mais de dois anos” (M G)

2.5.	Presente	4/68	Agrega todas as unidades de registo que foram alocadas temporalmente no dias que correm.	“O meu marido nunca disse nada (relacionado com a doença e o futuro)... Eu, hoje, só sei o que ele sentia isso pelo que deixou naquelas pequenas coisas... Como a biblia e aquela oração e assim...” (M A)
------	----------	------	--	--

### 3. LOCALIZAÇÃO ESPACIAL

(Codifica todos os enunciados das participantes na sua localização espacial, isto é, em espaços de culto religioso, em espaços partilhados com a pessoa perdida e em outros locais)

#### 3.1. Espaços de culto religioso

3.1.1.	Capela do hospital	1/1	Agrega enunciado que foi alocado espacialmente na capela do hospital.	“Mas eu tenho sempre uma ideia que já depois de ele estar no hospital... Eu ia muitas vezes à capela do hospital e uma vez estava em frente ao sacário a pedir ao Senhor para o curar e para ele vir para casa e eu acho que aí Deus me falou ao coração e disse que o F ia para a beira dele...” (M A)
3.1.2.	Cemitério	4/15	Codifica todas as expressões que foram alocadas espacialmente no cemitério.	“Eu gosto de ir lá (cemitério) porque faz-me sentir que estou perto dela...” (M G)
3.1.3.	Igreja	4/11	Integra todos os relatos que foram alocados espacialmente na igreja.	“Mas, depois, ainda andou assim algum tempo e, depois, começou a ficar melhor um bocadinho e já ia para a igreja, ainda que não conseguisse falar muito... E, eu só lhe dizia que ele era um herói por isso...” (M A)

#### 3.2. Espaços partilhados com a pessoa perdida

3.2.1.	Aldeia	1/2	Agrega verbalizações que foram alocadas espacialmente na aldeia.	“Na semana, por acaso, fui à aldeia que é um sítio que eu gosto muito porque me faz lembrar muitos momentos bons que nós passamos... Mas nessa altura, nem sequer ia, que ninguém me falasse disso e de sair de casa...” (M A)
3.2.2.	Café da participante	1/2	Codifica todas as expressões que foram alocadas espacialmente no café da participante.	“E nessa altura eu tinha o café e ela todos os dias levar-me miminhos porque eu acho que ela sempre pensou que eu ia partir porque o meu cancro era galopante...” (M G)

3.2.3.	Café do filho da participante	1/8	Integra todos os relatos que foram alocados espacialmente no café do filho da participante.	<i>“E, depois lembrava-me que ele era incansável porque, mesmo quando o meu filho fazia muitas horas no café porque ele já não conseguia estar lá a trabalhar por causa da doença, ele mesmo assim, ficava nos cantinhos só para estar presente ao lado do filho.” (M L)</i>
3.2.4.	Casa	4/32	Agrega todas as unidades de registo que foram alocadas espacialmente na casa das participantes.	<i>“Também comecei a sair mais de casa e agora vivo para a minha família... Dedico-me totalmente ao meu netinho e à minha família...” (M L)</i>
<b>3.3. Outros locais</b>				
3.3.1.	Confeitarias	1/2	Codifica todos os relatos que foram alocados espacialmente nas confeitarias.	<i>“Porque quando eu lá cheguei (hospital) a minha irmã já tinha partido, e eu depois não conseguia ir a confeitarias porque não queria ver uma montra de bolos para não encarar a bola de berlim...” (M G)</i>
3.3.2.	Farmácia	1/1	Integra enunciado que foi alocado espacialmente na farmácia.	<i>“Um dia, fomos à farmácia comprar a medicação, e, a médica pediu para ver, e, disse que não queria estar a pôr problemas mas que aquilo não estava com muito bom aspeto..” (M A)</i>
3.3.3.	Hospital	4/85	Agrega todas as referências que foram alocadas espacialmente no hospital.	<i>“No início era complicado porque eu pensava muito no que ela sofreu e no esforço que ela fazia porque em vez de estar preocupada com ela, ela só se preocupava comigo porque uns dias depois de ela ir para o hospital eu fui internada no XXXX porque tive que ser operada à mama...” (M G)</i>
3.3.4.	Rua	2/2	Codifica todas as unidades de registo que foram alocadas espacialmente na casa das participantes.	<i>“Mas mesmo assim houve alturas em que me chegava a acontecer olhar na rua... Não era olhar e dizer assim... Está ali a minha irmã... Não, mas parecia vê-la em pessoas parecidas... Com a mesma estatura... O mesmo corte de cabelo e assim...” (M G)</i>

3.3.5.	Talho	1/1	Integra verbalização que foi alocada espacialmente num talho.	<i>“E um dia, ela estava no talho perto de nossa rua, e uns vizinhos vieram-me chamar porque ela tinha desmaiado, e eu fui lá ter com a minha sobrinha, e viemos tivemos que vir logo para o hospital e foi aí que o médico nos disse o que ela tinha...”</i> (M G)
4.	<b>NÃO RELEVANTE</b>	4/24	Codifica referências sem relevância para a investigação.	<i>“Eu é que agradeço à doutora por poder falar sobre isto. Espero que lhe seja útil, e, desculpe lá se me escapou alguma coisa... Sabe que, às vezes, uma pessoa não sabe o que dizer...”</i> (M A)

## ANEXO 5 – CATEGORIAS PERTINENTES PARA A RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Questão de investigação		Categorias (última geração)
<b>Q1</b>	Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência das suas <i>características pessoais</i> no desenvolvimento do LC?	1.4.1.23. Significação negativa 1.4.1.24. Significação positiva 1.6.1.16. Introversão 1.6.1.17. Atitude pessimista 1.6.2.6. Espírito de luta 1.6.2.7. Extroversão 1.6.2.8. Otimismo 1.6.2.11. Sentido de humor 1.7.1. Características pessoais 2.3. Passado 2.4.3. Indefinido 2.5. Presente
<b>Q2</b>	Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados à <i>história de vida anterior à doença</i> no desenvolvimento do LC?	1.4.1.23. Significação negativa 1.4.1.24. Significação positiva 1.6.1.1. Antecedentes psicopatológicos depressivos 1.6.1.10. Duas mortes súbitas no passado 1.7.6. Luto da avó 1.7.7. Maus tratos por parte de um ex-companheiro 1.7.11. Suicídio do irmão 2.3. Passado 2.4.3. Indefinido

<p><b>Q3</b></p>	<p>Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência do <i>suporte social</i> no desenvolvimento do LC?</p>	<p>1.4.1.23. Significação negativa  1.4.1.24. Significação positiva  1.6.1.12. Falta de apoio de alguns familiares mais afastados  1.6.1.18. Problemas com determinados profissionais da equipa médica  1.6.2.1. Apoio de elementos da equipa médica  1.6.2.2. Apoio de elementos familiares significativos  1.6.2.3. Apoio do psicólogo  1.7.4. Falta de apoio por parte dos irmãos  2.1.3. Não especificado  2.4.3. Indefinido</p>
<p><b>Q4</b></p>	<p>Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência das <i>características da relação com o(a) doente</i> no desenvolvimento do LC?</p>	<p>1.1.1. Boa ligação afetiva  1.1.3. Apoio mútuo  1.1.4. Ausência de conflitos  1.1.5. Confiança  1.1.7. Estima pelo outro  1.1.8. Importância do outro  1.1.9. Intimidade  1.4.1.23. Significação negativa  1.4.1.24. Significação positiva  1.6.1.10. Intensidade do vínculo com a pessoa perdida  2.1.3. Não especificado  2.3. Passado  2.4.3. Indefinido</p>
<p><b>Q5</b></p>	<p>Qual é a perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados ao <i>processo da doença</i> no desenvolvimento do LC?</p>	<p>1.4.1.23. Significação negativa  1.4.1.24. Significação positiva  1.6.1.3. Consciência do sofrimento do(a) doente durante a doença  1.6.1.4. Conspiração do silêncio com o(a) doente  1.6.1.7. Dificuldade de aceitação da morte no pré-perda  1.6.1.11. Estabelecimento tardio do diagnóstico</p>

		<p>1.7.2. Complicações respiratórias após traqueostomia  1.7.3. Existência de conspiração de silêncio com a pessoa doente  1.7.5. Hospitalização prolongada do(a) doente  1.10.3.5.1.3. 5 meses  1.10.3.5.1.4. 6 meses  1.10.3.5.2. Importância da hospitalização  1.10.3.5.3. Necessidade de hospitalização  1.10.3.9. Necessidade de cuidados  1.10.3.13. Sofrimento  2.1.1. Fases mais avançadas da convivência com o diagnóstico  2.1.3. Não especificado  2.4.3. Indefinido  3.3.3. Hospital</p>
<p><b>Q6</b></p>	<p>Qual é a perspectiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos sobre a influência de aspetos associados à morte do(a) doente no desenvolvimento do LC?</p>	<p>1.4.1.24. Significação positiva  1.7.8. Modo da morte  1.7.9. Morte em casa  1.7.10. Morte no hospital  1.10.4.1. Morte ‘santa’  1.10.4.2. Morte ‘boa’  1.10.4.3. Morte ‘calma’  1.10.4.4. Morte ‘serena’  1.10.4.5. Morte não presenciada pela participante  1.10.4.7.1. Morte presenciada pela mãe, participante, marido e irmãos  1.10.4.7.2. Morte presenciada pela participante  1.10.4.7.3. Morte presenciada pela participante e filhas  2.2. Morte  2.4.3. Indefinido  3.2.4. Casa  3.3.3. Hospital</p>

<p><b>Q7</b></p>	<p>Que <i>outras dimensões</i> influenciaram, na perspetiva de familiares cuidadoras de doentes oncológicos, o desenvolvimento do LC?</p>	<p>1.4.1.23. Significação negativa  1.6.1.2. Aparecimento da doença do marido pouco tempo após a morte do pai  1.6.1.5. Depressão no pós-perda  1.6.1.6. Diagnóstico de cancro da mama na altura em que irmã fica doente  1.6.1.8. Diminuição considerável do rendimento mensal da participante  1.6.1.9. Dívidas da filha  1.6.1.12. Falta de apoio de alguns familiares mais afastados  1.6.1.13. Fibromialgia  1.6.1.14. Fortes crenças religiosas  1.6.1.20. Ser confrontada com perdas múltiplas no pós-perda  1.6.1.19.1. Culpa  1.6.1.19.2. Revolta  2.3. Passado  2.4.3. Indefinido  2.5. Presente</p>
------------------	---	--

