



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

TERAPIA DE SENTIDO DE VIDA: PERCEÇÃO DOS DOENTES E FAMILIARES EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Bruna Daniela Lisboa Correia

Porto, julho de 2023



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

TERAPIA DE SENTIDO DE VIDA: PERCEÇÃO DOS DOENTES E FAMILIARES EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Bruna Daniela Lisboa Correia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Elisa Veiga

Porto, julho de 2023

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

- Antoine de Saint-Exupery

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Elisa Veiga, por me desafiar a cada reunião e estimular continuamente o meu desenvolvimento e crescimento enquanto futura profissional. Obrigada pela dedicação, pelas palavras de encorajamento, por todos os ensinamentos e todo o cuidado ao longo destes momentos.

A todos os professores, por sempre transmitirem os seus conhecimentos e experiências, mas também, os valores certos para sermos profissionais de excelência. Pela exigência, rigor e dedicação durante todo o percurso académico.

Ao diretor do serviço de psicologia pela simpatia com que me recebeu no local e por possibilitar a oportunidade de realizar a dissertação neste contexto.

À minha orientadora por toda a disponibilidade, preocupação, ajuda e partilha. Pelo carinho e confiança durante todo o acompanhamento. Obrigada pela oportunidade de aprender com uma profissional tão competente e inspiradora!

À equipa do Serviço de Cuidados Paliativos, pela forma como me receberam. Por serem o exemplo de profissionalismo e dedicação a todos os doentes e familiares.

À minha família, por me terem dado a oportunidade de tornar isto possível e pelo suporte constante. Sei que torcem por mim a cada passo que dou e não existe nada mais importante que isso.

Aos meus amigos que, sem saberem, foram os melhores a proporcionarem-me momentos de descontração e permitir recarregar energias. À Patrícia e ao Miguel por nunca me falharem e ao Afonso por encher o meu coração de uma forma pura e genuína de amor e felicidade. À Ana, Márcia e Clotilde, por me acompanharem desde o início até ao fim. Foram um pilar nesta minha jornada.

Ao Tiago, por acreditar sempre em mim. Pelo amor, ajuda, apoio incondicional, por todas as horas que me ouvia falar sobre esta aventura e por me motivar a dar o meu melhor a cada desafio da minha vida. Sou uma sortuda por o ter ao meu lado.

A todas as pessoas que tive o privilégio de conhecer e que me inspiraram a ser melhor a cada história de vida partilhada. São o exemplo de coragem e resiliência e estou profundamente grata por me terem permitido fazer parte das suas vidas!

RESUMO

A intervenção em Cuidados Paliativos (CP) visa o alívio do sofrimento na sua totalidade e a promoção da qualidade de vida. As psicoterapias existenciais apresentam-se como intervenções eficazes na abordagem aos doentes em fim de vida e seus familiares. Nesta ótica, a Terapia de Sentido de Vida (TSV) é uma intervenção psicoexistencial breve e inovadora, baseada em terapias com eficácia comprovada, adaptada para a população portuguesa, que visa promover o ajustamento psicológico do doente em fim de vida, através da promoção do senso de significado e propósito de vida.

O objetivo deste estudo consiste na implementação da TSV e avaliação da sua eficácia, através de entrevistas semiestruturadas junto do doente e respetivo familiar. Cinco doentes e três familiares foram envolvidos. A análise qualitativa dos dados foi conduzida de acordo com os princípios da análise temática, com auxílio do *software* Nvivo 11.

Este protocolo evidenciou resultados positivos no ajustamento psicológico dos doentes e familiares, na aceitação da doença e a (re)construção de novos significados, que permitem preservar a dignidade e promover o propósito de vida. Constitui-se, assim, uma proposta promissora para a população portuguesa nos CP. No entanto, mais estudos são necessários para ampliar o conhecimento sobre a sua eficácia.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Terapia de Sentido de Vida, Psicoterapias Existenciais, Principais cuidadores, Familiares

ABSTRACT

Intervention in Palliative Care aims to relieve suffering and to promote quality of life. Existential psychotherapies are effective interventions in the approach to end-of-life patients and their families. In this perspective, Meaning of Life Therapy (MLT) is a brief and innovative psychotherapeutic intervention, based on therapies with proven efficacy, adapted for the Portuguese population, which aims to promote the psychological adjustment of the end-of-life patient by promoting a sense of meaning and purpose in life.

This study aims to implement the MLT and evaluate its effectiveness through semi-structured interviews with the patient and their family. Five patients and three family members were involved. Qualitative data analysis was conducted according to the principles of thematic analysis, with the aid of Nvivo 11 software.

This protocol showed positive results in the psychological adjustment of patients and relatives, in the acceptance of the disease and in the (re)construction of new meanings, allowing the preservation of dignity and promotion of life purpose. Thus, it is a promising proposal for the Portuguese population in PC. However, further studies are needed to expand the knowledge of its effectiveness.

Keywords: Palliative Care, Meaning of Life Therapy, Existential Psychotherapies, Caregivers, Family Members

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE DE TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS	VI
INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. Os cuidados paliativos	2
2. Necessidades dos doentes e dos familiares	3
3. Psicoterapia Existencial	5
MÉTODO	7
Amostra.....	9
Instrumentos.....	12
Procedimento de Recolha de dados.....	14
Tratamento e análise de dados	15
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	16
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Protocolo de Intervenção Terapia Sentido de Vida</i>	8
Tabela 2. <i>Caracterização Sociodemográfica e clínica dos doentes participantes na intervenção</i>	11
Tabela 3. <i>Caracterização Sociodemográfica dos familiares participantes na intervenção</i>	11
Tabela 4. <i>Guião de Entrevista Semiestruturada com o Doente</i>	12
Tabela 5. <i>Guião de Entrevista Semiestruturada com o Familiar</i>	13

LISTA DE ABREVIATURAS

CP - Cuidados Paliativos

CE – Consulta Externa

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de vida

TSV - Terapia do Sentido de Vida

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas e epidemiológicas são uma realidade inexorável que obriga a repensar sistematicamente as estratégias de saúde, atendendo, por exemplo, ao aumento da esperança média de vida (Lopes, 2019). Este cenário envolve um número crescente de pessoas em sofrimento onde os cuidados paliativos (CP) são como uma pedra angular da saúde global, pela sua evidência na melhoria da qualidade de vida (QV), controlo dos sintomas e na satisfação de doentes e familiares (Sleeman et al., 2019).

Em Portugal, de acordo com dados mais recentes do INE (2020), estima-se que o número de pessoas com necessidades de CP varia entre 81.553 e 96.918. No entanto, embora já se assista a uma distribuição geográfica dos CP, muitos portugueses com necessidades paliativas ainda não têm facilidade de acesso a estes cuidados (CNCP, 2019). Atendendo ao panorama mundial, estima-se que apenas 14% das pessoas que precisam de CP realmente o recebem (Connor & Sepulveda Bermedo, 2018).

De facto, a literatura sustenta a importância de uma crescente conscientização sobre as necessidades psicológicas, sociais e espirituais que acompanham uma doença terminal (Warth et al., 2019), sendo que as intervenções psicoexistenciais demonstram-se eficazes na fase final de vida, uma vez que visam fortalecer o senso de identidade, promovendo a reflexão sobre aspetos importantes da vida dos doentes (Wang et al., 2017).

Dada a escassez de investigação neste âmbito em Portugal, foi delineado um projeto de investigação longitudinal e de natureza mista que visa o desenvolvimento e avaliação do impacto da Terapia de Sentido de Vida (TSV) que está a ser implementado em diversas unidades de CP no norte do país. Integrado neste projeto mais amplo, o objetivo geral do presente estudo é avaliar o impacto da TSV no doente e no familiar através de uma metodologia qualitativa, inspirado na abordagem fenomenológica, uma vez que procura descrever detalhadamente o impacto da intervenção dos participantes e, também, o impacto no principal familiar, a partir de entrevistas semiestruturadas (Creswell & Poth, 2016).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Os cuidados paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2002), os CP correspondem a uma abordagem multidisciplinar de intervenção que permite melhorar a QV dos doentes e dos seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e diminuição do sofrimento, pela identificação precoce e tratamento da dor, assim como de outros problemas de cariz físico, psicossocial e espiritual. Ademais, baseiam-se num conjunto de pressupostos nos quais não procuram antecipar ou adiar a morte, defendem o direito à vida e continuidade de cuidados e procuram encarar o processo de morrer como um processo natural, influenciando positivamente o percurso da doença (Connor & Sepulveda Bermedo, 2018). Assim, estes cuidados de saúde devem ser rigorosos e humanizados, de modo a intervir ativamente no sofrimento os doentes, na promoção da sua dignidade, respeitando a sua autonomia, vontade e individualidade, estendendo-se, ainda, aos respetivos familiares, no processo de luto (Neto, 2017).

Em Portugal, foi fundada, em 1995, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) que tem como missão dinamizar os CP em Portugal, trabalhando em sinergia com as organizações que visam o desenvolvimento dos CP, contribuindo para a sua credibilização e garantia da qualidade dos cuidados prestados (APCP, n.d.). Contudo, só em 2012 é que foi definida a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro) que consagra o direito e acesso dos cidadãos aos CP, como responsabilidade do Estado, conferindo maior dignidade a este nível de cuidados. Neste seguimento, estabeleceu-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) sendo a sua coordenação assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). A CNCP tem como responsabilidade elaborar e propor para aprovação do Ministério da Saúde o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CNCP, 2019), tendo este por base as recomendações da OMS e da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC). De acordo com este plano, para o biénio 2021-2022, o grande objetivo proposto para Portugal era alcançar um estado de integração dos CP em todos os sistemas de saúde. Ainda, salienta a necessidade das equipas de CP serem compostas por um núcleo central de médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social, podendo, depois, colaborar com a equipa outros profissionais como conselheiros religiosos e espirituais, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais (CNCP, 2019).

De modo a atender à complexidade de uma doença ameaçadora de vida, uma equipa multidisciplinar assume-se como uma característica inerente aos CP (Connor & Sepulveda

Bermedo, 2018; Watson et al., 2019). A interdisciplinaridade procura assegurar cuidados integrados e suportados pela diversidade de conhecimentos teóricos que serão mais benéficos do que a atuação de profissionais isolados (Cherny et al., 2015).

Neste sentido, esta visão de cuidados de saúde pluridisciplinares no âmbito dos CP amplia o modelo biopsicossocial em que o contínuo entre o bem-estar/sofrimento dos indivíduos com doenças avançadas, a capacidade de adaptação à doença e aos desafios que ela apresenta é influenciada por uma variedade de fatores de ordem biológica, psicológica, social e espiritual ao longo do tempo. Assim, implica uma intervenção que requer uma resposta articulada com múltiplas contribuições (Bhadelia et al., 2022; Rodríguez, 2018).

2. Necessidades dos doentes e dos familiares

Com o aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento da doença avançada progressiva, potencialmente ameaçadora de vida, surge a necessidade de atualização da medicina paliativa, onde a intervenção em CP não se restringe apenas às doenças oncológicas, mas também, por exemplo, a insuficiências orgânicas ou doenças neurodegenerativas (Serrano & Capelas, 2017). De facto, em todo o mundo, as condições que mais contribuem para o aumento do sofrimento grave relacionado à saúde são neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, pulmonares e neurodegenerativas, nomeadamente as demências (Sleeman et al., 2019).

O momento de diagnóstico constitui-se como um grande desafio para a maioria dos doentes. A forma como essa informação é processada e integrada na experiência do indivíduo varia significativamente, uma vez que é influenciada por uma variedade de stressores biológicos e psicossociais ao longo do tempo (Cherny et al., 2015). Deste modo, a doença avançada é acompanhada por um conjunto de perdas e alterações nas trajetórias e objetivos de vida, onde os doentes enfrentam comumente questões relativas ao propósito e significado de vida (Cherny et al., 2015; Lil et al., 2010).

Assim, a ênfase na multidimensionalidade do sofrimento no final da vida ganhou ampla influência dentro do movimento de CP, sendo que tratar o sofrimento significa atender à totalidade da dor vivenciada pelos pacientes (Streeck, 2020). É imperativo que se reconheçam todas as formas que o sofrimento pode revestir: física, psicológica, existencial e espiritual (Kon, 2010), uma vez que a compreensão eficaz deste deve remeter-se para uma compreensão complexa de múltiplas causas coexistentes (Watson et al., 2019).

Nesta linha, segundo um estudo de Antunes e colaboradores (2020), que procurou identificar as principais necessidades numa amostra de 135 doentes paliativos portugueses, evidenciou que as dimensões psicológicas, familiares e espirituais, eram as suas principais fontes de preocupação. Os autores concluíram que só depois das necessidades psicológicas e espirituais, é que foram identificadas necessidades físicas. Constataram, ainda, que embora os sintomas físicos possam ser mais facilmente identificados pelos profissionais de saúde, doentes e cuidadores, os sintomas não físicos podem igualmente impactar a QV do doente e da família e constituir-se como fontes geradoras de sofrimento.

No que concerne às necessidades psicológicas, a depressão e ansiedade são os sintomas mais comumente vivenciados por indivíduos com doenças graves nos CP (Fulton et al., 2018; Von Blanckenburg & Leppin, 2018).

Por sua vez, alterações funcionais e mudanças na aparência podem representar uma ameaça à identidade e dignidade do doente (Cherny et al., 2015; Watson et al., 2019). Segundo a literatura, a integridade e identidade pessoal podem, também, influenciar o bem-estar espiritual dos doentes (Rego et al., 2018). Assim, a desmoralização surge como um evidente desafio, na medida em que corresponde à desesperança, desamparo e perda de propósito e significado de vida, associada a problemas físicos e variáveis sociais e psicológicas, que culminam na redução da QV (Kissane, 2000; Robinson et al., 2015). Num estudo conduzido em contexto português, em cerca de 80 doentes terminais, a prevalência de desmoralização foi de 52,5% (Julião et al., 2016).

Deste modo, a compreensão dos fatores subjacentes ao sofrimento existencial e espiritual no final da vida tornou-se um foco crescente, demonstrando que, no âmbito dos CP, é comum que se desencadeie uma jornada espiritual, que permita à pessoa vivenciar um sentido transcendente a fim de encontrar um propósito e significado na sua vida (Rego & Nunes, 2019; Rudilla et al., 2018). Vários estudos concluíram que estas preocupações são uma importante dimensão da QV (Rego et al., 2018; Warth et al., 2019). De facto, quando as necessidades espirituais não são cumpridas, o sofrimento existencial pode surgir, influenciando outras dimensões, como físicas e psicológicas, contribuindo para o aumento do sofrimento total dos doentes e, também, dos familiares (OPP, 2019; Rego et al., 2018; Rego & Nunes, 2019).

Por sua vez, também a comunicação é uma necessidade transversal aos doentes nos CP (Watson et al., 2019). A “má comunicação” pode ser uma das causas geradoras de mais sofrimento, podendo contribuir para expectativas irrealistas e dificuldades no ajustamento no doente e, também, no seu familiar (OPP, 2019). Sendo esta um dos pilares fundamentais dos

CP, é importante garantir que a dinâmica comunicacional entre a tríade profissionais de saúde-família-doente seja eficaz.

Contudo, o surgimento e progressão de uma doença ameaçadora de vida resulta numa série de desafios para o doente e, de igual forma, para o cuidador (De Vries & Stiefel, 2018; OPP, 2019). No âmbito desta investigação, surge a necessidade de trazer a definição destes cuidadores, que são maioritariamente familiares, designadamente figuras femininas e cônjuges do doente (Ochoa, 2020). Segundo a Euricarers (2018), o cuidador informal é definido como alguém que presta cuidados não remunerados, fora do âmbito formal, a alguém com uma doença prolongada ou com necessidade de cuidados de longa duração.

Efetivamente, as doenças ameaçadoras provocam alterações na dinâmica familiar e a necessidade de redistribuição de papéis, constituindo-se como uma das maiores crises que uma família pode enfrentar (OPP, 2019).

Na revisão sistemática de Oechsle (2019), é refletida a crescente conscientização sobre a importância de atender às necessidades dos familiares na perspectiva de CP, uma vez que são relatadas necessidades específicas associadas a um amplo espectro de fatores psicossociais, físicos e económicos, que contribuem para o sentimento de sobrecarga e altas taxas de sofrimento psicológico, como ansiedade e depressão. Vários estudos relatam a imprevisibilidade e incerteza, que decorre da trajetória do doente e alterações nos papéis sociais, como fatores que exacerbam a sobrecarga associada ao papel de cuidador informal (Choi & Seo, 2019; OPP, 2019). Ainda, é reconhecido como a família enfrenta múltiplas dificuldades relacionadas com a prestação de cuidados (OPP, 2019). Deste modo, também os principais cuidadores/familiares podem potencialmente beneficiar de intervenções que procuram mitigar esses sentimentos (Scarton et al., 2018).

3. Psicoterapia Existencial

Partindo do conjunto de necessidades supracitadas, a investigação recente sobre os cuidados CP na Europa ressalta a importância do empoderamento, esperança e a sensação de paz nos doentes e familiares no processo de ajustamento à doença (Gijssberts et al., 2019).

Para uma abordagem efetiva das necessidades espirituais e existenciais, a literatura recomenda intervenções com particular foco na revisão de vida, que permitam facilitar a expressão do sofrimento e ajudar o doente em fim de vida a (re)encontrar o seu sentido e propósito de vida, a partir da promoção da reflexão sobre a sua existência e identidade. O objetivo é alcançar o bem-estar espiritual e existencial, manter a esperança e ajudar na aceitação

da morte (Rudilla et al., 2018). Assim, abre-se a possibilidade de um conjunto de intervenções de caráter existencialista, nomeadamente a Terapia da Dignidade (TD) (Chochinov, 2002), Life review (LR) (Butler, 1963) e Psicoterapia Centrada no Significado (Breitbart, 2002), como alguns exemplos (OPP, 2019; von Blanckenburg & Leppin, 2018).

Particularmente, num estudo realizado com a população portuguesa, a aplicação da TD evidenciou um aumento do senso de dignidade dos doentes (Julião et al., 2017). Já na meta-análise de Huang et al. (2020), os estudos mostraram resultados consistentes da aplicação da LR em doentes terminais uma vez que ao recordar eventos significativos, a revisão de vida facilita a reintegração de experiências e a reconstrução de significados, a partir da abordagem de dimensões como a culpa, conflitos interpessoais e assuntos pendentes. Em detalhe, a psicoterapia centrada no significado tem sido útil a apoiar os doentes na construção de significado e propósito de vida, face a doenças graves e morte iminente (Saracino et al., 2019).

Nesta linha, várias meta-análises e revisões sistemáticas têm vindo a demonstrar a eficácia das psicoterapias existenciais referidas, especialmente no fim de vida, onde são evidenciados efeitos positivos no bem-estar espiritual, na QV em geral (Bauereiß et al., 2018; Wang et al., 2017), vontade de viver e propósito de vida (Julião et al., 2017; Rego et al., 2018; Scarton et al., 2018;), redução do sofrimento emocional e existencial (Guerrero-Torrelles et al., 2017; Warth et al., 2019), promoção do senso de significado (Rosenfeld et al., 2017), ajudando os doentes a lidar com as perdas de uma doença ameaçadora de vida (Guerrero-Torrelles et al., 2017) e, ainda, eficazes na promoção de um senso de paz, dignidade (Guerrero-Torrelles et al., 2017; Saracino et al., 2019) e aumento da esperança (Grossman et al., 2018; Salamanca-Balen et al., 2021).

Por sua vez, estas intervenções têm como objetivo final a elaboração de um documento que se pode constituir um legado. Os estudos realizados neste âmbito demonstram que o desenvolvimento desse legado final tem demonstrado efeitos positivos na dignidade e senso de generatividade do doente (Scarton et al., 2018; Vuksanovic et al., 2017). Este documento permite que os doentes expressem os seus desejos, esperanças, mensagens de gratidão e perdão, sendo que a literatura sugere que este processo de revisão vital e a construção do legado em si, promovem aos doentes terminais uma sensação de paz. Ainda, as temáticas emergentes destes documentos permitem ajudar a reconhecer e entender os valores, desejos, preferências e necessidades dos doentes em fim de vida, facilitando a prestação de cuidados que preservam a dignidade e a qualidade cuidados de saúde (Julião et al., 2021).

Neste sentido, a literatura evidencia a necessidade de envolver os familiares como participantes ativos nas intervenções, pela sua importância nos CP e uma vez que estes, geralmente, são os destinatários deste legado (Scarton et al., 2018). Ainda, o envolvimento do principal cuidador/familiar, tem como objetivo criar momentos de partilha na fase final de vida do doente, na promoção da comunicação, fortalecimento da relação e permitir a reconstrução de significados, que poderá produzir efeitos no bem-estar do doente e do familiar (Rodrigues, 2017). De facto, segundo a literatura, intervenções baseadas na dignidade e revisão de vida promovem o bem-estar espiritual do familiar (Cardoso et al., 2023; Scarton et al., 2018), ajudam a preparar melhor o fim de vida do seu ente querido e, posteriormente, podem apresentar efeitos positivos no luto (Grijó et al., 2021; Martínez et al., 2017).

Adicionalmente, as intervenções neste contexto precisam de se adaptar a mudanças rápidas dentro de uma quantidade limitada de tempo (Von Blanckenburg & Leppin, 2018). Neste sentido, segundo a meta-análise de Warth et al. (2019), intervenções breves demonstram-se eficazes na melhoria da QV e na redução do sofrimento emocional e existencial dos doentes, sendo a sua flexibilidade e curta duração um fator preponderante.

Dada a escassez de investigações e de recursos de natureza existencial em Portugal, surge a necessidade de desenvolver um protocolo adaptado para a população portuguesa, que atenda à sua realidade sociocultural, baseado nas psicoterapias existenciais apresentadas, empiricamente validadas e suportadas na literatura pelos seus efeitos significativos nos CP (Saracino et al., 2019).

Assim, o objetivo do presente estudo foi aplicar e avaliar o efeito de uma nova intervenção psicoexistencial desenvolvida para a população portuguesa, junto dos doentes e respetivos familiares em CP.

MÉTODOS

Intervenção TSV

A intervenção denominada Terapia do Sentido de Vida (TSV), desenvolvida por Cardoso e colaboradores (2023), afigura-se como um protocolo de intervenção breve e inovador, fundamentada pela LR, TD e Psicoterapia centrada no significado. Este propõe um conjunto de questões orientadoras do processo de reflexão, (re)significação do sentido de vida, (re)conciliação com o presente e o passado, no sentido de promover o ajustamento psicológico do doente em fim de vida e do seu familiar, através da promoção do senso de significado e

propósito de vida. À semelhança do documento de legado proposto pelas intervenções psicoexistenciais, a TSV sugere a elaboração de um documento designado “*Carta-de-vida*”.

O protocolo de intervenção consiste em cinco sessões. Na primeira, é entregue o conteúdo das 14 questões que vão orientar as próximas sessões. Estas exploram dimensões significativas para o doente, como: memórias biográficas, realizações, conselhos futuros, sentido de vida, tarefas inacabadas, o perdão e pedidos de desculpa e a despedida (Tabela 1). A segunda e terceira sessões destinam-se à implementação do protocolo das questões TSV. A quarta sessão destina-se à apresentação do primeiro rascunho da *Carta-de-vida*, elaborada pelo investigador a partir das respostas transcritas das sessões anteriores. Nesta sessão o participante pode ler, analisar e sugerir edições no seu conteúdo para a produção da versão final da carta. Na quinta sessão é entregue a versão final e impressa da carta, reescrita de acordo com as orientações prévias do doente, podendo este decidir sobre o seu destino (entregar ou não).

Tabela 1.

Protocolo de Intervenção Terapia Sentido de Vida

Parta 1 (Sessão 2)
1. Quais os acontecimentos felizes que gostaria de recordar?
2. Quais os acontecimentos da sua vida pelos quais se sente grato?
3. Do que é que se sente mais orgulhoso na vida?
4. Como gostaria de ser recordado pelos seus familiares e amigos?
5. Que conselhos deixaria aos seus familiares e amigos?

Parte 2 (Sessão 3)
6. Quem gostaria de pedir perdão ou por quem gostaria de ser perdoado?
7. Alguém lhe deve um pedido de desculpas? Ou sente que deve você mesmo um pedido de desculpas a alguém?
8. Quem gostaria de abraçar?
9. Gostaria de se despedir de algo ou alguém?
10. O que aprendeu com a vida?
11. O que sente que o pode fazer mais feliz agora?
12. O que sente que faz valer a sua vida e dar-lhe sentido?
13. O que sente que lhe resta ou falta fazer?
14. Qual o destino que gostaria que tivesse esta carta? Gostaria de a entregar esta carta a alguém? A quem e porquê?

Design do estudo

Importa salientar que o presente estudo está inserido numa investigação mais abrangente de carácter longitudinal e com metodologia mista, a ser desenvolvida em vários hospitais no norte do país. Contudo, para efeitos deste estudo, atender-se-á apenas à abordagem qualitativa.

Partindo do objetivo geral, que se foca na aplicação e avaliação do impacto da TSV no doente e no principal cuidador/familiar, foram delineados como objetivos específicos:

- Avaliar o impacto da TSV no ajustamento psicológico do doente em fim de vida, através da promoção do senso de significado e propósito de vida;
- Avaliar o impacto da TSV no ajustamento psicológico do seu familiar/ cuidador principal.

A investigação em CP é complexa e procura-se, cada vez mais, alcançar o rigor dentro deste campo, atendendo a todos os cuidados éticos (Van der Steen et al., 2022). Assim, uma abordagem metodológica que particularmente valorize o significado e experiências dos indivíduos e reconheça, de forma aprofundada, as suas necessidades, torna-se particularmente útil para a prática profissional nos CP (Cherny et al., 2015; Lim et al., 2017).

A metodologia qualitativa procura a compreensão subjetiva do indivíduo, acessível através da sua interpretação individual, onde implica considerar múltiplas perspetivas numa dinâmica interativa (Creswell & Poth, 2016). Ademais, permite compreender a complexidade das informações obtidas, facilitando uma construção mais detalhada sobre o fenómeno em estudo e sobre a realidade plurideterminada que representa a subjetividade humana (Denzin & Lincoln, 2000). Atendendo aos objetivos definidos, o plano de investigação deste estudo inspirou-se na fenomenologia, uma vez que procurará descrever e compreender a experiência sob o ponto de vista dos doentes e do principal cuidador/familiar (Creswell & Poth, 2016) e irá utilizar a entrevista semi-estruturada como método de recolha de dados.

Amostra

A população-alvo da investigação diz respeito aos doentes que são atendidos no serviço de CP num Hospital no norte do país e os principais cuidadores/familiares destes doentes.

Quanto ao procedimento de amostragem foi utilizada uma amostragem não probabilística, especificamente, foi utilizada uma amostragem por conveniência e intencional, uma vez que, os elementos convidados a participar no estudo encontravam-se a ser seguidos pela equipa de CP e cumpriam os critérios de elegibilidade, atendendo ao objetivo do estudo (Almeida & Freire, 2008; Coutinho, 2014).

Uma vez que o estudo privilegia uma abordagem qualitativa, é importante que os participantes sejam capazes de refletir e descrever as suas próprias experiências e expressar as suas perspetivas (Cropley, 2019). Assim, como critérios de inclusão para a implementação da intervenção e avaliação do seu impacto considerou-se:

- Doentes com idade superior a 18 anos;
- Presença de uma doença avançada progressiva que exija intervenção paliativa, com prognóstico inferior a 1 ano;
- Orientação alopsíquica e autopsíquica e capacidade de insight

Como critérios de exclusão:

- Presença de sintomatologia psiquiátrica grave e comprometimento intelectual, ao nível do raciocínio e memória, que interfira com a capacidade crítica e de reflexão.

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por oito participantes, cinco doentes acompanhados pelo serviço de CP de um hospital no norte do país, em diferentes regimes¹, e três principais cuidadores/familiares. Todos os participantes cumpriam os critérios de inclusão e completaram o protocolo.

Dos doentes, todos são casados, quatro são do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 49 e os 78 anos. Em relação ao diagnóstico, dois doentes foram diagnosticados com doença oncológica e três com doenças não oncológicas. Ao longo do processo, o participante Hu. começou a evidenciar alterações cognitivas (Tabela 2). Em relação aos familiares/cuidadores principais, todos os participantes são conjugues dos doentes sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos. Quanto à situação profissional atual dos familiares, dois encontram-se reformados e um em baixa médica (Tabela 3).

¹ Face à complexidade dos CP, estes organizam-se em diferentes níveis de cuidados. No centro hospitalar em que o estudo foi realizado, os participantes eram seguidos por duas das valências clínicas existentes: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, destinada para acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço do hospital; e Consulta Externa de Cuidados Paliativos – indicada para o acompanhamento de doentes em regime ambulatorio. Com os doentes acompanhados em regime de CE, eram, por vezes, realizadas consultas não presenciais (Teleconsultas).

Tabela 2.*Caracterização Sociodemográfica e clínica dos doentes participantes na intervenção*

Código	Diagnóstico	Regime atual de seguimento por CP	Tempo de diagnóstico	Idade	Género	Estado Civil
H.	Síndrome de Marfan	CE	Agravamento em junho de 2018	49	M	Casado
Hu.	Adenocarcinoma pulmonar	Intra-hospitalar	Outubro de 2022	78	M	Casado
A.	Fibrose Pulmonar	CE	Assintomática até janeiro de 2018	70	F	Casado
E.	Esclerose Lateral Amiotrófica	CE e teleconsulta	Julho de 2018	49	M	Casado
M.	Colangiocarcinoma	CE	Maior de 2022	70	M	Casado

Nota. M= Masculino; F= Feminino; CE= Consulta Externa.

Tabela 3.*Caracterização Sociodemográfica dos familiares participantes na intervenção*

Código	Grau de Parentesco	Idade	Género	Situação Profissional
FH.	Esposa de H.	50	F	Baixa médica
FA.	Marido de A.	67	M	Reformado
FM.	Esposa de M.	69	F	Reformada

Nota. FH= Familiar de H.; FA= Familiar de A; FM= Familiar de M; M= Masculino; F= Feminino; Baixa médica= incapacidade do trabalhador para executar a sua atividade profissional durante um determinado período.

Instrumentos

Protocolo de Investigação

Na abordagem fenomenológica as entrevistas semiestruturadas são o método de recolha mais ajustado, pelo que estas configuram a possibilidade de os participantes relatarem as suas experiências sobre o tema em estudo. A flexibilidade é valorizada na aplicação do guião, permitindo que o participante tenha liberdade para desenvolver as suas respostas, explorando, de forma profunda, aspetos relevantes que contribuem para a riqueza dos dados (Creswell & Poth, 2016).

No que concerne ao protocolo de investigação da intervenção, foram elaborados dois guiões de entrevista, de modo a avaliar a perceção do impacto da intervenção junto do doente e do cuidador.

Com o doente, a entrevista é realizada em duas partes, que correspondem às sessões cinco e seis do protocolo (Tabela 4). Num primeiro momento, procura-se explorar a sua perceção sobre a intervenção (como foi o processo, dimensões importantes e emoções/sentimentos presentes); compreender como foi o processo de elaboração da carta e explorar a quem poderia ser entregue e a reação que antecipa. Na sessão 6, realizada um mês após a sessão anterior, caso a carta tenha sido entregue, a entrevista procura explorar a reação do familiar e se isso modificou a relação entre ambos; compreender, do seu ponto de vista, quais as dimensões importantes para manter a dignidade de um doente; avaliação de aspetos positivos e negativos da intervenção e compreender a sua perceção sobre a aplicabilidade deste estudo.

Tabela 4.

Guião de Entrevista Semiestruturada com o Doente

Parte 1 (Sessão 5)

1. Ao longo das últimas semanas, fizemos uma pequena viagem sobre a sua vida, terminando com a redação desta carta.
 - a. Como foi para si este processo?
 - b. O que foi mais importante para si?
 - c. Como se sentiu ao longo do processo?
2. Como foi para si o processo de elaboração da carta?
3. A quem gostaria de entregar esta carta? Como acha que será recebida?

Parte 2 (Sessão 6 - Sessão um mês após a finalização da intervenção)

-
4. Qual foi a reação do seu familiar ao receber a carta?
 5. Sente que modificou de algum modo a vossa relação? Se sim, de que forma? Em que aspetos?
 6. Na sua opinião, o que é importante para garantir a dignidade da pessoa que, enfrenta uma doença como esta?
 7. O que considerou como mais positivo e menos positivo ao longo desta jornada?
 8. Na sua opinião, seria importante desenvolver este trabalho noutros hospitais, junto de doentes que enfrentam uma doença como esta?

NOTA: Se o doente optar por não entregar a carta ou só após a morte, não colocar as questões 4 e 5.

Com o familiar, a entrevista coincide com a sessão 6 do doente. Esta procura analisar como o familiar descreve o estado de ânimo do doente durante a intervenção; avaliar se foram encontradas alterações no relacionamento do doente com outros familiares; caso tenha recebido a carta, compreender como esse momento foi para si e se provocou alterações na forma como vivencia a doença; explorar como avalia a intervenção realizada; descrever os aspetos positivos e negativos da intervenção e, por fim, compreender a sua perceção sobre a aplicabilidade deste estudo junto de outros doentes (Tabela 5).

Tabela 5.

Guião de Entrevista Semiestruturada com o Familiar

Coincidente com a sessão 6 do doente

1. Como descreve o estado de ânimo do doente ao longo do processo de intervenção?
 2. O que poderá ter contribuído para isso?
 3. Desde o início da intervenção, notou alterações na relação entre o seu familiar e os familiares mais próximos? Se sim, em que sentido?
 4. Como foi para si receber a carta elaborada pelo doente?
 5. Mudou alguma coisa na forma como está a viver o processo de doença do seu ente querido?
 6. Como avalia a intervenção realizada com o doente?
-

7. O que considerou como mais positivo e menos positivo?

8. Recomendaria esta intervenção a alguém que conhecesse nesta mesma situação?

Porquê?

NOTA: Se o doente não entregou a carta ao familiar, eliminar questões 4 e 5.

Procedimento de Recolha de dados

No que concerne à recolha de dados, esta foi realizada num centro hospitalar no norte do país, tendo sido apresentado um pedido de autorização à Comissão de Ética e ao Centro de Epidemiologia Hospitalar do respetivo hospital, que emitiu um parecer favorável, garantindo-se, assim, todos os cuidados éticos e deontológicos (OPP, 2021).

Antes de se iniciar a aplicação do protocolo de intervenção, os objetivos e finalidade da investigação foram explicitados aos participantes, assim como o cariz voluntário e anónimo da sua participação, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento do processo, sendo entregue o consentimento informado. Ademais, dado o cariz da intervenção foi garantido apoio psicológico nos casos em que, a pedido do doente ou através da observação clínica, a mesma pudesse ser geradora ou intensificasse o sofrimento psicológico (OPP, 2021).

As entrevistas junto dos familiares e cuidadores, foram realizadas presencialmente pela Psicóloga do serviço de CP, contando com a presença da investigadora principal e, por vezes, realizadas só pela investigadora principal, em regime de consulta externa, à exceção de dois participantes: Hu. em que a sua realização ocorreu, na totalidade, em regime intra-hospitalar; e E. que realizou todo o protocolo de intervenção e avaliação de impacto em formato online, pela impossibilidade da sua deslocação ao hospital. Todas as respostas dos participantes foram gravadas em áudio para permitir uma transcrição integral e garantir um maior rigor na análise dos dados. A recolha decorreu entre os meses de abril e junho de 2023.

Adicionalmente, os dados de cariz sociodemográficos dos participantes foram recolhidos a partir da plataforma *SClinico* utilizada no Hospital.

Tratamento e análise de dados

Em primeira instância, todos os dados recolhidos foram tratados a partir da utilização de códigos, de modo a garantir o anonimato e confidencialidade dos mesmos (OPP, 2021).

A transcrição dos dados na íntegra permitiu realizar uma primeira leitura flutuante para familiarização com os dados, que possibilitou uma primeira identificação de temáticas, em coerência com os tópicos explorados pela entrevista. Posteriormente, foi realizada a leitura do texto linha a linha, segmentando as unidades de registo e procedendo-se à codificação aberta, próxima da linguagem dos participantes (Saldaña, 2013).

As restantes fases foram orientadas pela análise temática de Braun & Clarke (2006). Deste modo, no final deste processo de codificação, procurou-se agrupar os códigos emergentes dos dados, em categorias e subcategorias, e estas foram agregadas aos temas. Um tema é uma entidade abstrata que traz significado a uma experiência recorrente e as suas manifestações variantes. Como tal, um tema captura e unifica a natureza ou base da experiência num todo significativo (DeSantis & Ugarriza, 2000).

Neste estudo adotou-se uma abordagem semi-indutiva, uma vez que os objetivos formulados apontavam para a exploração de temáticas consideradas pertinentes, contudo este processo não limitou a identificação de outras temáticas que pudessem emergir no processo de análise.

Na seguinte fase, uma vez que a codificação é um processo orgânico contínuo, procedeu-se à revisão dos temas e subtemas emergentes e dos extratos de dados codificados para cada um destes, de modo a considerar se forneciam um padrão coerente, com uma distinção clara e identificável entre eles. Depois, procurou-se aprimorar a nomeação dos temas, próximos ao registo de linguagem dos participantes, clarificando a sua delimitação. A fase final envolveu a produção dos resultados (Braun & Clarke, 2006).

O processo de análise de dados envolveu ainda o recurso a memos e reflexões que foram desenvolvidas no âmbito da equipa de investigação. O *software Qualitative Research Solution* (QRS) NVivo 11 apoiou o processo de análise dos dados na medida em que este recurso facilita a coerência, rigor e consistência da exploração (Dollah et al., 2017).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados terá por base os objetivos específicos formulados, sendo convocadas as categorias e subcategorias pertinentes do Sistema Geral de Categorias e emergentes do tratamento dos dados (Consultar anexo A).

As categorias e subcategorias serão identificadas a **negrito**, assim como, a identificação (**número de participantes / número de referências**) entre parêntesis, incluindo excertos ilustrativos dos participantes em *itálico*. Os objetivos específicos apresentar-se-ão a sublinhado.

Perceção do doente acerca do Impacto da TSV

Partindo do objetivo de avaliar o impacto da TSV no ajustamento psicológico do doente em fim de vida, emergem aspetos percecionados pelos doentes como positivos e menos positivos. Relativamente aos **aspetos positivos (5/49)** mencionados por todos os participantes, emerge dos dados e na perspetiva de E. e M. o **apoio dos profissionais de saúde (2/6)**, pelo facto de permitir aos participantes **sentir-se apoiado (2/5)** “*é como digo é aquele apoio que a gente sente, uma voz, um apoio (...)*” (M). Surge também o **alívio (3/7)** pela perceção da intervenção se ter constituído como um momento de **desabafo (1/3)** “*o mais importante é o desabafo do doente, porque a gente a dizer o que sente e o que não sente está numa procura de equilíbrio e bem-estar e esse tipo de desabafo tem essa importância na medida em que, quer dizer, o desabafar em si, falar, no fundo acalma*” (M), assim como, ser referido que podiam **falar abertamente (1/1)** e **falar sem julgamento (1/1)** “*(...) porque pode-se falar de tudo abertamente, sem julgamento*” (Hu).

Na perceção de todos familiares, é corroborada a ideia de **proximidade com os profissionais de saúde (3/10)**, pela **relação (2/5)** “*E ajuda muito, sem dúvida, é importantíssimo, é sentir um porto de abrigo, acredite, é como um porto de abrigo*” (FM) e oportunidade da TSV representar um momento de **desabafo (2/3)** “*(...) que ele fale, desabafe.*” (FH).

Na avaliação do impacto, emerge, ainda, na perceção dos doentes, a **satisfação com o processo (4/19)** de intervenção, caracterizado como **agradável (3/3)** “*Foi agradável, não tenha dúvidas (...)*” (A), **positivo (3/4)** “*foi tudo positivo*” (A), **importante (2/2)** “*eu acho que no geral foi importante tudo*” (H), **benéfico (2/2)** “*(...) honestamente cheguei à conclusão que foi benéfico*” (M) e **diferente (1/1)** “*foi uma coisa diferente*”. Quanto aos **sentimentos (2/3)** associados ao desenrolar do processo, os participantes identificam o sentir-se **tranquila (1/1)** e

sentir muito bem (2/2). Na perspectiva dos familiares emergem, de igual modo, ideias associadas à **satisfação com o processo (3/6)** por considerarem ter sido uma **boa experiência (1/1)** e por ter sido **positiva (2/5)** *“acho que o impacto foi positivo, foi sempre positivo”* (FA).

O desenvolvimento da terapia permitiu na opinião dos doentes, o **estímulo à partilha (4/7)**, por poderem **falar do passado (3/4)** *“Foi o ter falado do meu passado que é importante”* (A) e pela **partilha (2/2)** *“a partilha, esse é o aspeto mais positivo”* (E), sendo destacado como relevante para E. **falar da doença (1/1)** *“sempre gostei de partilhar a minha história pós doença”*.

Outra dimensão positiva e reforçada pelo participante M. foi o **estímulo à reflexão (1/7)**, pela possibilidade de **reviver (1/1)** e ter promovido **recuperar a identidade (1/6)** *“A gente em princípio anseia a procura do que perdeu, no fundo foi um pouco isso, veio despertar a minha vontade de recuperar o que perdi, basicamente foi isso, despertar um pouco a minha vontade de voltar ao que era, digamos”*.

Por outro lado, foram reportados também **aspetos menos positivos associados ao desenvolvimento da terapia (4/8)**, uma vez que para Hu. suscitou uma **atitude crítica em relação a si próprio (1/2)** *“embora tivesse algumas críticas a fazer a mim mesmo (...)”*. Também pelo facto de ao longo do processo **revisitar certas memórias (2/2)** *“Como aspeto negativo, se calhar, ter de mergulhar nalgumas memórias”* (E), estando presente uma **percepção ambivalente (1/2)** *“Foi um misto”* (Hu) referindo-se às diversas emoções que surgiram ao longo da intervenção. Ainda, emergiu um **ceticismo inicial (1/1)** *“(...) negativo podia ser eu a princípio que era um pouco cético, fora disso (...)”* (M). Na ótica dos familiares, não surgiram impactos negativos da intervenção.

De acordo com os contributos trazidos pelos doentes, também Vuksanovic et al. (2017) demonstrou que sessões orientadas para a revisão de vida e das suas narrativas proporcionam uma oportunidade de discutir significados, resultando numa maior integração e aceitação das experiências de vida. Assim, e como salientado por este estudo, partilhar informações sobre a sua história de vida pode ajudar os doentes a sentirem-se mais confiantes sobre si mesmos e a recuperarem a sua identidade (Watson et al., 2019).

A proximidade com os profissionais de saúde emergiu como um tema de relevância na ótica dos doentes e dos familiares. Segundo a revisão de Sepulveda et al. (2022), após o controlo da dor e o acesso a um espaço limpo/seguro, ser tratado com gentileza e compreensão pelos profissionais de saúde foi identificado como um fator significativo na experiência de doentes

em fim de vida, na percepção dos familiares. Em detalhe, num estudo onde a TD foi aplicada, os familiares valorizaram o modo como a interação doente-terapeuta interferiu positivamente no doente (Goddard et al., 2013). Assim, tem sido descrito e examinado na literatura o modo como uma comunicação empática, que envolve uma escuta ativa e atenta entre o participante e o profissional que leva a cabo a intervenção, pode estar ligada a resultados positivos do doente, como a riqueza narrativa na sua história de vida, sentimentos aprimorados de dignidade e maior QV no final da intervenção (Bylund et al., 2022).

Não obstante, dimensões negativas emergiram nos dados. Como destacado na revisão de Fitchett et al. (2015), visitar memórias e experiências passadas também foram identificados como potenciais riscos na aplicação de intervenções baseadas na revisão de vida e dignidade, uma vez que podem gerar desconforto emocional e aumentar a angústia psicológica, realçando a importância de o terapeuta fornecer apoio emocional adequado durante o processo. No entanto, a maioria dos estudos indica que os pacientes relatam altos níveis de satisfação e benefícios com a intervenção, como em concordância com este estudo.

Perceção do familiar do impacto da TSV no doente

Quando procuramos avaliar junto dos familiares de que forma o impacto da intervenção promovia o ajustamento psicológico do doente em fim de vida, assim como o seu senso de significado e propósito de vida, surge a percepção de um **impacto neutro (1/1)** da TSV *“É como agora, há dias melhores e outros dias mais depressivo, portanto não vi assim...”* (FH). É também apontado um **impacto positivo no doente (3/29)**, realçando a **promoção de bem-estar (3/7)** e a percepção do familiar das melhorias no doente através das seguintes subcategorias emergentes dos dados: **Fez bem (2/2)** *“Fez lhe muitíssimo bem”* (FM), **melhoria no estado de animo (3/3)** *“Melhorou, muito, muito. Mas assim bastante.”* (FM) e evidências de **bem-estar (1/2)** *“(...) ele agora já fala doutra maneira (...)”* (FH).

Foi ainda evidente para os familiares melhorias na **atitude do doente face à doença (2/6)**, pela percepção de **alterações na realidade (1/1)** do doente *“A realidade como ela estava na doença, a realidade, mudou a esse nível, claramente”* (FA), revelando mais **iniciativa (1/1)**, **vontade de viver (1/1)**, **maior disponibilidade (1/2)** *“Sim, claramente, ela está mais disponível”* (FA) e a percepção de um **papel ativo (1/1)** *“Obrigou-a se calhar ao facto de ela participar de uma forma mais ativa na questão e não se limitar a uma conversa ou uma consulta digamos assim e ter implicado que ela tivesse que trabalhar a situação”* (FA).

Na exploração junto dos familiares sobre a **perceção de alterações nas relações**, FM. referiu terem existido alterações ao **nível das relações sociais (1/1)**, caracterizada por uma **maior abertura (1/2)** “*abriu-se mais para as pessoas*” e **maior interação (1/1)**. Já para FA. surge alterações ao nível **familiar (1/2)** “*A vivência de há uns meses para cá, digamos circunscreve-se mais ao nível familiar*”. Contudo, para FH. existe a perceção de **não (1/1)** haver alterações nas relações com os outros “*Não não, acho que não, está tudo igual, os amigos tudo igual (...)*”.

Na literatura, a perceção dos membros da família sobre os efeitos da TD no seu ente querido é maioritariamente positiva, acreditando que esta ajuda os doentes e é considerada parte importante dos cuidados ao mesmo (Martínez et al., 2017; Scarton et al., 2018). Em detalhe, os estudos evidenciam que os familiares denotam um aumento no senso de dignidade e significado de vida, sendo que 43% evidencia uma redução do sofrimento nos doentes (McClement et al., 2007) e 89% dos familiares de doentes com ELA considerou útil (Aoun, et al., 2015). Estas descobertas vão de encontro aos resultados obtidos neste estudo, uma vez que nenhum familiar identificou aspetos negativos no envolvimento do doente. Ademais, sugerem o modo como a intervenção pode facilitar o ajustamento psicológico do doente face à doença.

Por sua vez, a imersão e comprometimento enquanto investigadora permitiu-me observar aspetos positivos da intervenção nesta ótica das relações sociais em dois participantes, ainda que isso não fosse claramente relatado por estes ou pelos seus familiares. Designadamente, foi possível constatar uma maior procura ao nível destes contactos e a procura da resolução de um conflito interpessoal, gerador de sofrimento, relacionado com a esfera social também.

Mecanismos de *coping* do doente e do familiar

Nos testemunhos dos doentes e dos familiares emerge a referência a mecanismos de *coping* que se afiguram relevantes para avaliar o impacto da TSV no ajustamento psicológico do doente, que também se afiguram como um objetivo no desenvolvimento da TSV. Para A. e M. a TSV contribuiu para **a aceitação da doença (2/4)** “*fiquei com a minha consciência muito mais tranquila (...) eu dormia nem sequer pensava em nada, só pensava que ia morrer (...) e agora não, nem sequer penso nisso, não, penso “olha eu tenho que morrer e tenho por isso não vale a pena estar agora a chatear, é quando deus tiver que me chamar”, portanto nunca mais pensei na morte, é completamente diferente*” (A). Foram ainda referidas como estratégias de *coping* o **envolvimento em atividades prazerosas (2/3)** “*sim, sair da rotina, mesmo em casa*

(...) eu também para mudar isso esse fim de semana fomos dormir fora, aqueles vouchers e aproveitamos, estávamos à espera de uma oportunidade” (M) e o **foco na qualidade de vida (1/1)**. Para A. a **religião (1/2)** foi evidenciada como uma estratégia importante “(...) foi muito importante, foi o que me valeu (...)” (A). A **confiança nos profissionais de saúde (1/1)** também emergiu nos dados. No entanto, são também descritos mecanismos de *coping* desadaptativos, nomeadamente, o **embotamento afetivo (1/1)** “eu já não sinto tristeza, consigo falar de qualquer coisa sem problemas (...) cheguei a um ponto em que nada ou quase me consegue abalar” (E).

No familiar, surgem estratégias de *coping* **centrado no problema (1/1)** “Todos os dias é uma angústia (...) Porque eu não sei como é que ele vai acordar, vou muitas vezes ao quarto ver se ele tá a respirar” (FH), associadas a sentimentos de **revolta (1/1)** “eu nem num dos maiores pesadelos pensei que ia acabar assim (...) eu tenho pena...tenho muita pena dele, é uma pessoa espetacular, acho que não merecia (...) Acho que não merecia porque ele foi sempre uma pessoa de ajudar, uma pessoa inteligente (...)” (FH). Ainda, também são salientes estratégias adaptativas focadas no **autocuidado (1/1)** “(...) a médica mandou-me fazer uma ecografia (...) já vou fazer no dia 1 (...) Sim eu também preciso” (FM).

A capacidade de lidar com a doença e de se adaptar aos desafios que ela apresenta é influenciada por uma variedade de fatores (Watson et al., 2019), sendo a magnitude do ajustamento mediada também pela oscilação dinâmica entre múltiplas estratégias de *coping* utilizadas (Greer et al., 2020).

A emergência do tema da aceitação da doença, o envolvimento em atividades prazerosas e o foco na qualidade de vida sugere o modo como o período de fim de vida e intervenções baseadas na revisão de vida/ promoção da dignidade podem fomentar oportunidades de crescimento pessoal (Julião et al., 2017). Esta possibilidade foi trazida por um estudo que procurou avaliar a viabilidade de uma intervenção de revisão de vida, que compreende uma abordagem positiva, centrada no doente – *Revie*. Os resultados demonstraram que ao revisitarem valores e prioridades, foram observadas mudanças positivas ao nível dos relacionamentos com os outros, na força pessoal, mudanças espirituais e valorização da vida (Da Rocha et al., 2016; Da Rocha et al., 2019). Estas mudanças foram também evidenciadas neste estudo.

Ademais, tal como emerge nos dados, o *coping* espiritual e religioso, quando adaptativo, está associado a uma maior QV (Greer et al., 2020). Por sua vez, o embotamento afetivo pode

estar associado a uma dinâmica comunicacional desadequada, o que pode incrementar dificuldades no ajustamento psicológico do doente. Atender a estas dimensões é de importante relevância (OPP, 2019).

Em relação aos familiares, estudos demonstram que não parece haver um consenso claro sobre o modo como estratégias centradas no problema podem diminuir o sofrimento do cuidador (Perez-Ordóñez et al., 2016). Contudo, atendendo à evidência, o autocuidado constitui-se como uma medida altamente eficaz nesse sentido (OPP, 2019).

Recursos do doente e do familiar

De facto, os recursos do doente e do familiar vão impactar o ajustamento dos mesmos, sendo que, é crucial a sua valorização ao longo do processo. Como recurso mais significativo enunciado pelos doentes surgem as **relações significativas (3/5)** “*a família e os amigos (...) O resto é paisagem*” (H), nomeadamente, a **valorização da esfera social (1/1)** “*agora recebo as pessoas, saio com as pessoas*” (A) e da **relação íntima (1/1)** “*ela é extremamente cuidadosa comigo (...) ela não podia ser melhor*” (M). Surge como recurso de um familiar a **harmonia na relação (1/1)** “*É como digo a gente está sempre ali um para o outro*” (FH).

A rede de suporte constitui-se como um recurso de extrema relevância no fim de vida, sendo que, este período pode promover o aprofundamento dos relacionamentos e fortalecer o vínculo afetivo. Deste modo, aludir a essas referências potenciam uma maior continuidade e sentido vital (Arnedo, 2018). Ademais, o modo como os recursos internos e externos do doente são percecionados vão influenciar o seu senso de dignidade (Chochinov, 2002; Söderman, 2020).

Impacto elaboração da carta

A elaboração da *carta-de-vida* é a culminação da TSV. Neste sentido, constitui-se como objetivo explorar o impacto deste produto no ajustamento psicológico do doente em fim de vida, assim como na promoção do senso de significado e propósito de vida.

Junto dos doentes, no **impacto da elaboração da carta** emergem aspetos positivos e negativos, assim como, um impacto neutro. Todos os participantes destacaram **aspetos positivos (5/14)** realçando que o modo como se desenvolveu o processo de elaboração da carta foi **estruturante (3/4)**, considerando que esta estava **bem redigida (1/1)**, **bem interpretada (1/1)**, sendo, ainda, positivo o **processo de escrita (1/1)** e se constituir como a **compilação**

(1/1) do que foi abordado na intervenção. Para A. e M., constitui-se como **facilitador de reflexão (2/3)**, na medida em que, na sua perspectiva, permitiu **reviver (1/1)** *“fez-me reviver algumas coisas que eu já nem sequer, há muita coisa que a gente depois acaba por não... sei lá, por esquecer, nem é esquecer, mas é não voltar a pensar naquilo e é extremamente importante”* (A) e **refletir sobre a força de vontade (1/1)** *“reflete a minha vontade de melhorar, o que também já é muito positivo, a nossa força de vontade.”* (M). Emergiu ainda a **satisfação com o processo (3/7)**, realçando que **foi muito bom (1/2)** *“Foi muito bom, muito, muito bom”*, **interessante (1/1)**, destacando que foi algo **realizada em conjunto (1/1)** *“até foi uma maneira de fazer uma coisa que até estava com ideias de fazer sozinho e assim...”* (H) e, ainda, o modo como foi feita a **abordagem (1/1)** *“O que foi mais positivo foi... essas abordagens que teve.”* (Hu).

Quanto aos **aspetos negativos (3/5)** foi reportado que poderia haver **mais a dizer (2/2)** *“(...) enrolei ali algumas coisas e...e pronto ficou meio por dizer”* (Hu). Foi um processo que gerou um **impacto emocional (1/3)** *“só que o mais difícil é o emocional, o emocional é que é...é muito complicado”* (H) e, por isso, não foi simples. Por sua vez, para E. é evidenciado um **impacto neutro (1/1)** *“no meu caso não posso dizer que me fez bem nem mal”* (E), remetendo-se para algo já **previamente escrito e pensado (1/1)** *“porque já pensei naquilo que está escrito centenas de vezes”* (E).

Segundo a literatura, há evidências clínicas de que o processo de criação de um legado é capaz de afetar positivamente o senso de generatividade, significado e aceitação do fim de vida. Assim, o desenvolvimento de um documento que transcende a própria morte tem potencial de resignificar a perceção dos doentes em relação a várias dimensões, permitindo uma maior integração da sua experiência e a (re)conciliação entre o presente e o passado. No estudo piloto de Cardoso et al. (2023) a construção do legado permitia aos doentes desenvolver uma compreensão mais autêntica da sua identidade e singularidade, sendo que, este exercício de criar uma narrativa única e subjetiva da própria vida reforça a noção de generatividade. Ademais, o senso de generatividade e integridade do ego está positivamente associado ao bem-estar psicológico e emocional (Vuksanovic et al., 2017). Contudo, embora os participantes tivessem a oportunidade de editar a carta até chegar à sua versão final, havia a sensação de que esse documento estava incompleto. Isto foi igualmente registado no estudo de Hall et al. (2013). De forma a contornar estas barreiras, nos achados de Beck et al. (2019), a possibilidade de serem os próprios participantes a escreverem o documento emerge nos mesmos uma sensação de autoexpressão, uma vez que, segundo estes, escrever sobre determinados tópicos era mais

fácil do que falar sobre eles e permitia uma melhor expressão de pensamentos e sentimentos, que consideravam difíceis de transmitir de outra forma. Esta abordagem permite contornar, igualmente, o ceticismo inicial que pode surgir.

Desejo de entregar a carta

Na TSV é decisão do doente se a carta é ou não entregue aos familiares, cuidadores ou outros significativos, pelo que, procurou-se, igualmente, avaliar de que modo **o desejo de entregar a carta tem impacto no ajustamento psicológico do doente em fim de vida, através da promoção do senso de significado e propósito de vida.**

Apenas um doente afirmou **não (1/1)** querer entregar, sendo que os restantes expressaram a sua vontade de entregar à **esposa (3/3)**, **marido (1/1)**, aos **filhos (2/2)** e também aos **amigos (1/1)** “*Sim, e disse para tirar cópias e dar aos amigos*” (C). Contudo alguns doentes colocavam condições para esta partilha, nomeadamente **quando falecer (1/1)** “*(...) entregar antes disso... e para abrir só quando não estiver cá*” (H) e **quando piorar (1/1)** “*(...) mais tarde gostava de entregar a carta, só quando me sentisse assim mais...pior*” (A).

Impacto da partilha da carta – percepção doente e do familiar

Os doentes, destacaram diferentes impactos antes e depois de entregar a carta. **Antes de entregar** a carta, H. acredita que esta terá um **impacto emocional negativo (1/1)** “*a receber não sei mas quanto tiver que a ler vai ser triste*”, levantando, por isso, uma **incerteza quanto ao momento da entrega (1/1)** “*pois é isso que não sei qual será a melhor altura, se dar... dar eu posso a dar agora ler, não sei se lhe diga para ler agora... é que eu também conheço a C. se lhe der e ela não a ler...*”. De facto, na entrevista realizada com FH confirmamos na **percepção do familiar (2/5)** que, por exemplo, esta recebeu a carta, mas não a leu, e a sua **reação (2/2)** nesse momento foi ficar mais **nervosa (1/1)** “*Como é que hei de explicar... fiquei nervosa*” (FH).

Para A., esta acredita que será **bem recebida (1/1)** pelos seus familiares e na percepção de M. a sua esposa irá **perceber que é um relato da sua história (1/1)** pelo que, nesse sentido, será algo **sem novidades (1/1)** “*no fundo acho que, estou convencido que não vai encontrar nada fora do que já sabe, acho que, não sei*”.

A **percepção dos doentes do impacto após a entrega da carta** foi, no caso de M., inicialmente, de **curiosidade (1/1)** e, depois da leitura, ficou **sensibilizada (1/2)** “*ela efetivamente sentiu aquelas palavras*”. Esta carta foi **apaziguadora (1/1)** na medida em que

permitiu **resolver assuntos pendentes (1/1)** “*É, veio limpar uma nódoa antiga*”, embora a esposa tivesse um **conhecimento total do que lá estava (1/1)**. Para E. e H., apesar de terem entregado a carta, a filha de E. **não leu (1/1)**, nem a esposa de H. Já a esposa de E. leu e **gostou (1/1)**. Na perspetiva de E. e M. manteve-se **sem alterações na relação (2/2)** “*Olhe não modificou na medida em que ela não podia ser melhor (...)*” (M).

No aprofundamento da perspetiva do familiar acerca do impacto da entrega da carta em si e no seu ajustamento à doença, FM refere que proporcionou uma maior **aceitação da doença (1/1)** “*porque eu agora, eu penso assim eu sei que ele tem um problema muito grave, mas porque é que vou estar todos os dias a pensar “o problema é muito grave”? Ele está bem hoje, vamos aproveitar o hoje e amanhã logo vamos ver como é que as coisas (...)*”. Ainda, que permitiu facilitar no doente a sua **expressão de sentimentos (1/1)** “*Porque ele o verbalizar é um bocado complicado (...)*” (FM) e constituiu-se como um **meio de comunicação entre o casal (1/1)**. Deste modo, uma das **reações (2/2)** descritas a este momento é **comovente (1/1)**.

A preocupação por parte dos doentes com a reação dos destinatários ao documento legado foi igualmente trazida no estudo de Hall e colaboradores (2013). Alguns participantes destacaram também que a entrega desse documento poderia levar a que fossem experienciados sentimentos negativos associados à sua leitura.

Relativamente à expressão de sentimentos referida neste estudo, nos achados de Beck et al. (2019) que avaliou a perceção de 7 familiares que receberam o documento legado, também um familiar revelou que este tinha sido um formato útil para que o doente expressasse os seus sentimentos e pensamentos abertamente por escrito, uma vez que não o costumava fazer pessoalmente.

Não obstante, no presente estudo, não foi possível avaliar o impacto da carta como facilitadora do ajustamento no processo de luto e como o envolvimento nas intervenções pode trazer benefícios para os familiares após a morte. Esse impacto foi trazido por McClement e colegas (2007), em que numa amostra de 60 familiares de doentes terminais que faleceram, 78% considerou que o documento de generatividade os ajudou durante o processo de luto e 77% reporta que o documento é uma fonte de conforto, recomendando em 95% o envolvimento de doentes terminais e os seus familiares nestas intervenções.

Por sua vez, os familiares de doentes diagnosticados com doenças neurodegenerativas reconheceram igualmente potenciais benefícios quer na participação do doente, quer na sua participação na intervenção e, também, reconheceram como o documento legado os poderia

ajudar no processo de luto (Bentley et al., 2014). Nesse estudo, os membros da família foram incluídos no início do processo, nomeadamente, na criação do legado, permitindo o apoio do doente durante a entrevista e no processo de edição. Contudo, o envolvimento direto evidenciou pouco impacto e colocou algumas limitações na aceitabilidade e viabilidade da TD. Deste modo, e sendo reconhecido a importância do envolvimento dos familiares, não está claro, como o envolvimento destes no protocolo de intervenção e no processo de edição pode impactar a QV do doente, assim como, o seu senso de propósito e dignidade e, igualmente, no familiar, sendo necessário mais investigações neste sentido (Scarton et al., 2018).

Dignidade

Por fim, partindo do objetivo de avaliar de que modo a TSV promove o senso de significado e propósito devida, exploramos as dimensões que mantêm a **dignidade do doente**, denotando-se a emergência de, por um lado, **dimensões promotoras de dignidade** e, por outro lado, **dimensões que não promovem a dignidade**.

Em relação às **dimensões promotoras de dignidade (5/15)**, três dos participantes referem a importância da **atenção dos profissionais de saúde (3/4)** “*A gente quem é que tem? Os médicos.*”. Ainda dimensões como **ser bem tratado (1/2)**, o **respeito (1/1)**, a **educação (1/1)**, a **presença da família (1/1)** e a **sorte (1/1)** para se manter a dignidade de alguém que enfrente uma doença.

No que concerne às **dimensões que não promovem a dignidade (3/15)**, a **falta de humildade (1/2)** “*nós pensamos que somos muito, mas não somos assim tanto muito*” e as **ligações constantes à doença (1/1)** “*(...) agora o problema que eu tenho é sair à rua, passam os vizinhos “então está melhorzinho”, está com bom aspeto, ou seja nós nunca conseguimos fugir da doença*” surgem como desafios à dignidade no contexto social. Por sua vez, nos **hospitais** foram destacadas um conjunto de dimensões como a **falta de equidade (1/3)** “*(...) porque o que me faz falta a mim não é só a mim, fazia falta aos doentes todos*”, **falta de interação com os profissionais de saúde (1/2)** “*passam para trás, passam para a frente e nada, nada, nada, nem olham para os doentes*” e **falta de humanização (1/2)** “*(...) durante o banho, uma falta de humanização, as pessoas não têm cuidado, por exemplo, os biombos não são bem fechados*” em específico pela participante A., decorrente da sua experiência de internamento. Por sua vez, Hu. identifica a existência de **respostas desadequadas (1/1)** na sua vivência intra-hospitalar.

Surge no âmbito deste tema, para Hu. a **dignidade de uma pessoa idosa (1/4)**, onde emergem conteúdos como algo **difícil (1/1)** “*Porque sabe que manter a dignidade duma pessoa idosa é muito difícil, muito mesmo*” e uma **dimensão séria (1/1)** “*A dignidade de uma pessoa idosa é uma coisa séria sabe, a gente quando chega aqui é que começa a pensar e chega à conclusão que é uma coisa muita séria*”, reportando para a importância de **respeitar e ser respeitado (1/1)**, por acreditar que se pensa que os idosos **não têm valor (1/1)** “*As pessoas mais novas julgam que um velhote não tem valor nenhum*”.

Na revisão integrativa de Söderman (2020), foram identificadas várias categorias para fornecer cuidados que preservam a dignidade de uma pessoa que enfrenta uma doença ameaçadora de vida, baseadas nos contributos de Chochinov (2002). Os resultados fortalecem o uso de uma abordagem holística, uma vez que a dignidade não depende apenas da dimensão interna, mas é também determinada, por exemplo, pelas atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (empatia, o teor do cuidado e aspetos comunicacionais), sendo reforçada a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento destes aspetos. Deste facto, segundo um estudo recente que procurou documentar os principais domínios associados a uma “boa morte” a proteção da dignidade foi realçada com especial ênfase (Bhadelia et al., 2022).

Do ponto de vista individual, a literatura evidencia, a preservação da dignidade associada, por exemplo, ao bem-estar, à esperança, aceitação e ao empoderamento, sendo este último identificado como um resultado importante nos CP (Söderman, 2020). O empoderamento está também associado à proteção da identidade própria dos doentes em fim de vida e representa um importante fator-chave na dimensão espiritual do doente, promovendo a sua adaptação à progressão da doença (Gijssberts et al., 2019; Wakefield, 2018).

Recomendações da intervenção

Na exploração da **recomendação da intervenção pelo doente**, todos os doentes recomendam a intervenção, contudo, surge como fator relevante a **personalidade do doente (4/4)** “*acho que vai depender muito dos doentes que vão encontrar pela frente*” (E), referindo-se à disponibilidade, vontade e capacidade de envolvimento e aceitação por parte de outros doentes. Foi considerado, ainda, a importância de atender à **idade dos doentes (1/1)**, **momento da aplicação (1/1)** do protocolo e aos **diferentes impactos (1/1)** “*vai a meu ver afetar os doentes com mais ou menos impacto*” (E) que a intervenção pode ter. A recomendação surge apoiada pela **experiência pessoal** dos participantes, descrita como **importante (1/1)**, **interessante (1/1)** e **útil (1/2)**. Ainda, emerge o facto de a intervenção **promove a aceitação**

da doença, na medida em que permite uma **estabilidade emocional (1/1)** “*Faz sentido na medida em que dá um tipo de estabilidade emocional (...)*” (M), pode **ajudar outros doentes (1/1), preparar mentalmente os doentes para a doença (1/1)** “*as respostas sobre a doença podem preparar mentalmente novos doentes*” (E) e é importante em **doenças com EMV curta (1/1)** “*Muito importante sobretudo neste tipo de doentes, doentes que não têm grande, nós sabemos que, eu sei que não tenho, o tempo médio de vida é muito curto, já passei pelas minhas irmãs, já tenho esta experiência, mas enquanto andarmos cá que alguém...*” (A).

Ainda, como fator de recomendação, um dos doentes salienta o facto deste processo ser também **importante para a família (1/1)** “*eu acho que estas coisas são extremamente importantes mesmo para a família*” (A).

Na exploração da **recomendação da intervenção pelo familiar**, todos recomendariam a intervenção por diferentes motivos, nomeadamente, por **promover o bem-estar (2/4)** “*Isto é vir do inferno ao céu (...) uma pessoa vem completamente destruída, sem objetivos de vida, com vontade de terminar e conegue*” (FM), ser **benéfica (1/1), uma mais-valia (1/1)** “*Acho que sim, acho que é uma mais-valia*” (FH), pelo **ânimo (1/1)** “*Porque pelo menos dá um bocadinho de animo*” (FH), atendendo também ao facto de poder ter **diferentes impactos (1/1)** “*Faz sentido claramente, tendo em conta o que foi a nossa experiência acho que sim, agora se os outros, na mesma circunstância tiveram vantagem disso ou não, não sei*” (FA).

Tal como presente na literatura, a maioria dos familiares recomendaria o envolvimento de outros doentes na intervenção (Grijó et al., 2021; Martínez et al., 2017; Saracino et al., 2019), assim como, os próprios doentes, face aos efeitos positivos destacados. Contudo, a maioria dos doentes considera que os benefícios da mesma dependerão da disponibilidade, envolvimento e aceitação de outros doentes. De facto, é demonstrado alguns cuidados a ter na seleção dos participantes para a investigação, por exemplo, doentes que experienciam altos níveis de angústia podem ser menos propensos a aceitar participar nestas intervenções ou a concluí-las (Fitchett et al., 2015).

CONCLUSÃO

As dimensões existencial e espiritual têm vindo a ser identificadas como principal fonte de sofrimento em doentes em CP. Nesta linha, a intervenção TSV é considerada uma intervenção psicoexistencial promissora para a população portuguesa em CP uma vez que a sua implementação permitiu identificar benefícios significativos no ajustamento psicológico dos doentes e familiares, nomeadamente, ao nível do alívio emocional, bem-estar, estado de ânimo e propósito de vida. A proximidade e apoio fornecidos pelos profissionais de saúde durante a TSV emergem como fatores cruciais na promoção do senso de significado. Ainda, a estimulação da partilha, a revisão vital e a construção de um legado fomentaram uma maior aceitação da doença e a (re)construção de novos significados, que permitem preservar a dignidade e melhorar o bem-estar espiritual. No entanto, conclui-se que é importante ter profissionais preparados para o desenvolvimento da intervenção, uma vez que, a eficácia destas intervenções dependem, em grande parte, das competências do terapeuta que a desenvolve. Nesta ótica, é essencial que os terapeutas consigam lidar adequadamente com as complexidades emocionais e psicológicas envolvidas neste tipo de intervenção, assim como, atender à flexibilidade na implementação das questões do protocolo. Também um rastreio e seleção prévia dos participantes é fundamental (Fitchett et al., 2015).

Atendendo à importância dos familiares nos CP e o seu reconhecimento mundial como parte integrante da definição destes cuidados da OMS (2002) a inclusão destes assume-se como uma parte fulcral da intervenção. Contudo, mais investigações são necessárias para compreender a melhor forma de incluir e envolver os familiares, considerando a filosofia dos serviços e questões culturais.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a necessidade de uma maior diversidade de participantes, atendendo por exemplo à faixa etária. Outra limitação é o facto de nem todos os familiares terem sido envolvidos na investigação e, dos que foram envolvidos, nem todos terem recebido/lido a carta, o que traz implicações e dificuldades na avaliação das díades e impactos da intervenção nesta profundidade de análise. Ademais, face à limitação de tempo destinada à investigação, não foi possível a realização, como previsto no protocolo, das sessões follow-up com os familiares, após a perda do seu ente querido. Isto impossibilita a compreensão do impacto da TSV e da carta como documento legado no ajustamento ao processo de luto.

Quanto às forças deste estudo, este colmata uma lacuna da investigação nesta área em Portugal e sugere evidências da eficácia da TSV, sendo que o método de pesquisa qualitativa e as abordagens centrada na pessoa podem ajudar a obter uma imagem mais clara, quer dos benefícios, quer dos efeitos adversos experienciados pelos participantes. Ainda, a entrega da intervenção em formato online, constituiu-se como uma forma de proporcionar a participação na intervenção, que de outra forma não seria possível. De facto, esta modalidade tem sido evidenciada como viável e aceitável face à flexibilidade, redução de barreiras associadas ao tempo/custo e pela ampliação do alcance a um maior número de doentes e familiares (Bentley et al., 2020). Outra dimensão positiva do estudo prende-se com a presença de doentes com diferentes diagnósticos (oncológicos e não oncológicos), demonstrando a abrangência da aplicação da intervenção e, ainda, a adesão relativamente alta à mesma.

Em relação às implicações para a prática, diante os resultados positivos, pode ser relevante integrar a TSV na prática dos cuidados paliativos, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e apoiar de forma mais integral os seus familiares, a fim de promover o bem-estar psico-espiritual dos doentes e dos familiares. Denotar que esta implementação pode ser desafiadora face ao tempo e aos recursos necessários.

Sugere-se como possível linha de investigação futura a exploração de uma intervenção mais integrada, focada na díade doente-familiar. Também poderia ser mais explorado o benefício da entrega da intervenção em formato online, assim como, a sua aplicação em faixas etárias mais jovens.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5.a Ed.). Braga: Psiquilíbrios edições.
- Antunes, B., Rodrigues, P. P., Higginson, I. J., & Ferreira, P. L. (2020). Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated palliative care outcome scale - a multi-centre study. *BMC palliative care*, *19*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00571-8>
- Aoun, S. M., Chochinov, H. M., & Kristjanson, L. J. (2015). Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: a feasibility study. *Journal of palliative medicine*, *18*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0213>
- Arnedo, C. O. (2018). Psicoterapia Positiva no final da vida. In J. B. Gutiérrez, X. Gómez-Batiste, J. M. Méndez. & D. M. Ortega (Eds.), *Manual de apoio psicossocial e espiritual a pessoas com doenças avançadas. Intervenção psicológica e espiritual* (1ª ed., pp. 151-160). Fundação “la Caixa”
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (n.d). Recuperado de: <https://apcp.com.pt/apresentacao>
- Bauereiß, N., Obermaier, S., Özünal, S. E., & Baumeister, H. (2018). Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*, *27*(11), 2531–2545. <https://doi.org/10.1002/pon.4829>
- Beck, A., Cottingham, A. H., Stutz, P. V., Gruber, R., Bernat, J. K., Helft, P. R., Wilhelm, L., Schmidt, K., Stout, M. E., Willard, C., & Johns, S. A. (2019). Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study. *Palliative & supportive care*, *17*(3), 262–268. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000482>
- Bentley, B., O'Connor, M., Kane, R., & Breen, L. J. (2014). Feasibility, acceptability, and potential effectiveness of dignity therapy for people with motor neurone disease. *PloS one*, *9*(5), e96888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096888>

- Bentley, B., O'Connor, M., Williams, A., & Breen, L. J. (2020). Dignity therapy online: Piloting an online psychosocial intervention for people with terminal illness. *Digital health*, 6, 2055207620958527. <https://doi.org/10.1177/2055207620958527>
- Bhadelia, A., Oldfield, L. E., Cruz, J. L., Singh, R., & Finkelstein, E. A. (2022). Identifying Core Domains to Assess the "Quality of Death": A Scoping Review. *Journal of pain and symptom management*, 63(4), e365–e386. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.015>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breibart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10 (4), 272-280.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>
- Bylund, C. L., Taylor, G., Mroz, E., Wilkie, D. J., Yao, Y., Emanuel, L., Fitchett, G., Handzo, G., Chochinov, H. M., & Bluck, S. (2022). Empathic communication in dignity therapy: Feasibility of measurement and descriptive findings. *Palliative & supportive care*, 20(3), 321–327. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001188>
- Cardoso, A. R.; Remondes-Costa, S.; Veiga, E.; Almeida, V.; Rocha, JC.; Teixeira, RJ.; Macedo, G.; Leite, M. (2023). Meaning of Life Therapy: a Pilot Study of Novel a Psycho-Existential Intervention for Palliative Care in Cancer. *OSF Preprints*, 29. <https://osf.io/2bnsx/>.
- Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford University Press, USA.
- Chochinov, H. (2002). Dignity conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*, 287(17), 2253-2260.
- Choi, S., & Seo, J. (2019). Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing forum*, 54(2), 280–290. <https://doi.org/10.1111/nuf.12328>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2019). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biênio 2021-2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

- Connor, S. R., & Sepulveda Bermedo, M. C. (2018). *Global atlas of palliative care at the end of life*.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª Ed.). Almedina
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Cropley, A. J. (2019, 2 nd updated, revised, and enlarged edition). *Qualitative research methods: A practice-oriented introduction for students of psychology and education*. Riga, Latvia: Zinātne. doi: 10.13140/RG.2.1.3095.6888
- Da Rocha Rodrigues, M. G., Pautex, S., & Shaha, M. (2016). Revie ⊕: the influence of a life review intervention including a positive, patient-centered approach towards enhancing the personal dignity of patients with advanced cancer-a study protocol for a feasibility study using a mixed method investigation. *Pilot and feasibility studies*, 2, 63. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0101-z>
- Da Rocha Rodrigues, M. G., Pautex, S., & Zumstein-Shaha, M. (2019). Revie ⊕: An intervention promoting the dignity of individuals with advanced cancer: A feasibility study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 39, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.006>
- De Vries, M., & Stiefel, F. (2018). Psychotherapy in the Oncology Setting. In U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp- 143-161). Springer Cham.
- Decreto – Lei nº 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª série, N° 172. <https://www.dre.pt/application/dir/pdf1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research (3th Edition)*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- DeSantis, L., & Ugarriza, D. (2000). The concept of theme as used in qualitative nursing research. *Western Journal of Nursing Research*, 22(3), 351–372. doi:10.1177/019394590002200308
- Dollah, Syarifuddin & Abduh, Amirullah & Rosmaladewi, Rosmaladewi. (2017). *Benefits and Drawbacks of NVivo QSR Application*. DOI: 10.2991/icest-17.2017.21.

- Eurocarers (2018a). *Enabling Carers to Care an EU Strategy to Support and Empower Informal Carers*. Disponível em: https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/04/Eurocarers-Strategy_final.pdf
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *Journal of palliative medicine*, 21(7), 1024–1037. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- Gijsberts, M., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Goddard, C., Speck, P., Martin, P., & Hall, S. (2013). Dignity therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 122–132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05999.x>
- Greer, J. A., Applebaum, A. J., Jacobsen, J. C., Temel, J. S., & Jackson, V. A. (2020). Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 915–925. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00013>
- Grijó, L., Tojal, C., & Rego, F. (2021). Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 19(5), 605-614. doi:10.1017/S147895152100033X
- Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. (2018). Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative medicine*, 32(1), 172- 184. <https://doi.org/10.1177/0269216317722123>
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Rodríguez-Prat, A., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliative medicine*, 31(9), 798–813. <https://doi.org/10.1177/0269216316685235>
- Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2013). "It makes you feel that somebody is out there caring": a qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with

- advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 45(4), 712–725.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009>
- Huang, M. H., Wang, R. H., & Wang, H. H. (2020). Effect of Life Review on Quality of Life in Terminal Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of nursing research: JNR*, 28(2), e83. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000335>
- Julião, M., Nunes, B., & Barbosa, A. (2016). Prevalence and factors associated with demoralization syndrome in patients with advanced disease: Results from a cross-sectional Portuguese study. *Palliative & supportive care*, 14(5), 468–473.
<https://doi.org/10.1017/S1478951515001364>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A., & Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 628-637. doi:10.1017/S1478951516001140
- Julião, M., Sobral, M. A., Johnston, B., Lemos, A. R., Almeida, S., Antunes, B., Dönmez, Ç. F., & Chochinov, H. M. (2021). A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents. *Palliative & supportive care*, 20(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000754>
- Kissane, D.W. (2000). Psychospiritual and existential distress: The challenge for palliative care. *Australian Family Physician*, 29(11), 1022–1025.
- Kon, A. A., & Ablin, A. R. (2010). Palliative treatment: Redefining interventions to treat suffering near the end of life. *Journal of palliative medicine*, 13(6), 643-646.
- Lazarus, R. S., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer
- Li, M., Hales, S., and Rodin, G. (2010). Adjustment disorders. In Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., and McCorkle, R. (Eds.), *Psycho-Oncology (2nd ed.)*, 303–310. New York: Oxford University Press.
- Lim, C. T., Tadmor, A., Fujisawa, D., MacDonald, J. J., Gallagher, E. R., Eusebio, J., Jackson, V. A., Temel, J. S., Greer, J. A., Hagan, T., & Park, E. R. (2017). Qualitative Research in Palliative Care: Applications to Clinical Trials Work. *Journal of palliative medicine*, 20(8), 857–861.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0061>
- Lopes, M. (2019). Temos cuidados paliativos, e agora?. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 6(1), 5-7.

- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2017). 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, *31*(6), 492–509. <https://doi.org/10.1177/0269216316665562>
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of palliative medicine*, *10*(5), 1076–1082. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0002>
- Neto, I. G. (2017). Psicologia em Cuidados Paliativos. In H. Salazar (Eds.), *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos* (1ªed., pp. XII-XIV). Pactor
- Ochoa, C. Y., Buchanan Lunsford, N., & Lee Smith, J. (2020). Impact of informal cancer caregiving across the cancer experience: A systematic literature review of quality of life. *Palliative & supportive care*, *18*(2), 220–240. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000622>
- Oechsle, K. (2019). Current advances in palliative & hospice care: Problems and needs of relatives and family caregivers during palliative and hospice care—An overview of current literature. *Medical Sciences*, *7*(3), 43. DOI: 10.3390/medsci7030043
- OMS (2002). *World Health Organization. Definition of Palliative Care*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). *Linhas de Orientação para a prática profissional: Cuidados paliativos*. Ordem dos Psicólogos. www.ordemdospsicologos.pt
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses — versão consolidada*. Recuperado de: Código Deontológico - Ordem dos Psicólogos (ordemdospsicologos.pt)
- Perez-Ordóñez, F., Frías-Osuna, A., Romero-Rodríguez, Y., & Del-Pino-Casado, R. (2016). Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *European journal of cancer care*, *25*(4), 600–607. <https://doi.org/10.1111/ecc.12507>
- Rego, F., Rego, G., & Nunes, R. (2018). The psychological and spiritual dimensions of palliative care: a descriptive systematic review. *Neuropsychiatry*, *8*(2), 484-494. [10.4172/Neuropsychiatry.1000370](https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000370)

- Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of health psychology, 24*(3), 279–287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of pain and symptom management, 49*(3), 595–610. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>
- Rodrigues, C. (2017). A Família: Reconhecer e Investir no Apoio a Quem Rodeia o Doente em Cuidados Paliativos. In H. Salazar (Eds.), *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 29-57). Pactor
- Rodríguez, J. A. C. (2018). Psicologia da Saúde e Cuidados Paliativos. In J. B. Gutiérrez, X. Gómez-Batiste, J. M. Méndez. & D. M. Ortega (Eds.), *Manual de apoio psicossocial e espiritual a pessoas com doenças avançadas. Intervenção psicológica e espiritual* (1ª ed., pp. 31-46). Fundação “la Caixa”.
- Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Pessin, H., Applebaum, A., Brescia, R., & Breitbart, W. (2017). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative medicine, 31*(2), 140–146. <https://doi.org/10.1177/0269216316651570>
- Rudilla, D., Soto, A., Pérez, M. A., Galiana, L., Fombuena, M., Oliver, A., & Barreto, P. (2018). Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa, 25*(3), 203-212. DOI: 10.1016/j.medipa.2016.10.004
- Salamanca-Balen, N., Merluzzi, T. V., & Chen, M. (2021). The effectiveness of hope-fostering interventions in palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative medicine, 35*(4), 710–728. <https://doi.org/10.1177/0269216321994728>
- Saldaña, J. (2013) *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Saracino, R. M., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Chochinov, H. M. (2019). *Psychotherapy at the End of Life. The American Journal of Bioethics, 19*(12), 19–28. doi:10.1080/15265161.2019.1674552
- Scaccabarozzi, G., Amodio, E., Riva, L., Corli, O., Maltoni, M., Di Silvestre, G., Turriziani, A., Morino, P., Pellegrini, G., & Crippa, M. (2020). Clinical Care Conditions and Needs of

- Palliative Care Patients from Five Italian Regions: Preliminary Data of the DEMETRA Project. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 221. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030221>
- Scarton, L. J., Boyken, L., Lucero, R. J., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. J. (2018). Effects of Dignity Therapy on Family Members: A Systematic Review. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(6), 542–547. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000469>
- Sepulveda, J. M. G., Baid, D., Johnson, F. R., & Finkelstein, E. A. (2022). What is a Good Death? A Choice Experiment on Care Indicators for Patients at End of Life. *Journal of pain and symptom management*, 63(4), 457–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.005>
- Serrano, A. B. & Capelas, M. L. (2017). Intervenções Paliativas realizadas pelos enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 4(1), 39-49.
- SNS (2021). *Cuidados Paliativos: Recursos da RNCP*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/4/>
- Söderman A, Östlund U, Werkander Harstäde C, Blomberg K (2020). Dignityconserving care for persons with palliative care needs — identifying outcomes studied in research: An integrative review. *Palliative and Supportive Care* 18, 722–740. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000139>
- Sleeman, K. E., De Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., ... & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883-e892.
- Streeck N. (2020). Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, health care, and philosophy*, 23(3), 343–351. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09921-7>
- van der Steen, J. T., Bloomer, M. J., & Martins Pereira, S. (2022). The importance of methodology to palliative care research: A new article type for Palliative Medicine. *Palliative Medicine*, 36(1), 4-6.
- von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current opinion in psychiatry*, 31(5), 389–395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>

- Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of pain and symptom management*, 54(4), 530–537.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>
- Wakefield, D., Bayly, J., Selman, L. E., Firth, A. M., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2018). Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative Medicine*, 32(8), 1288-1304.
- Wang, C. W., Chow, A. Y., & Chan, C. L. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 31(10), 883-894.
- Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332–345. <https://doi.org/10.1177/0269216318818011>
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., Ward, S., & Wells, J. (Eds.). (2019). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford University Press, USA.
- Zhang, X., Xiao, H., & Chen, Y. (2017). Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 74, 138–148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.01>

ANEXOS

ANEXO A - DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

Código	Descrição	Número de fontes/ Referências	Exemplo
A IMPACTO DA TSV NO DOENTE	Codifica os excertos que se referem à perceção do doente à cerca do impacto da TSV		
ASPETOS MENOS POSITIVOS	Refere-se aos aspetos menos positivos identificados pelo doente em relação ao impacto da intervenção	4/8	
Atitude crítica em relação a si próprio	Refere-se à introspeção do doente durante o processo de intervenção	1/2	<i>“embora tivesse algumas críticas a fazer a mim mesmo” (Hu)</i>
Ceticismo inicial	Refere-se a uma atitude cética do doente numa fase inicial do processo	1/1	<i>“negativo podia ser eu a princípio que era um pouco cético, fora disso (...)” (M)</i>
Perceção ambivalente	Refere-se às várias emoções e sentimentos durante o processo de intervenção	1/2	<i>“Foi um misto” (Hu)</i>
Revisitar certas memórias	Refere-se a relembrar memórias com uma carga emocional negativa	2/3	<i>“Como aspecto negativo, se calhar, ter de mergulhar nalgumas memórias” (E)</i>

melancolia	Refere-se ao sentimento gerado por visitar algumas memórias	1/1	<i>“algumas memórias são mais propensas a uma certa melancolia”</i>
ASPETOS POSITIVOS	Refere-se aos aspetos positivos identificados pelo doente em relação ao impacto da intervenção	5/49	
ALÍVIO	Refere-se à sensação de alívio gerada pela intervenção	3/7	
Confessar		1/1	<i>“poder confessar me” (E)</i>
Desabafo		1/3	<i>“o mais importante é o desabafo do doente, porque a gente a dizer o que sente e o que não sente está numa procura de equilíbrio e bem-estar e esse tipo de desabafo tem essa importância na medida em que, quer dizer, o desabafar em si, falar, no fundo acalma” (M)</i>
Falar abertamente		1/1	<i>“(…) falar de tudo abertamente” (Hu)</i>

Falar sem julgamento		1/1	<i>“(...) sem julgamento” (Hu)</i>
Falar sem receio		1/1	<i>“eu pude falar sem receio” (E)</i>
APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Refere-se à perceção de apoio na relação com os profissionais de saúde durante a intervenção	2/6	
sentir-se apoiado		2/5	<i>“Porque a gente em princípio sente apoio, e pronto basicamente também é isso, e é muito importante a gente sentir...sentir apoio” (M)</i>
Sentir-se ouvido		1/1	<i>“sentir-me ouvido” (E)</i>
ESTÍMULO À PARTILHA	Refere-se à partilha de informação e acontecimentos sobre a história de vida do doente	4/7	
Falar da doença		1/1	<i>“sempre gostei de partilhar a minha história pós doença” (E)</i>
Falar do passado		3/4	<i>“Foi o ter falado do meu passado que é importante (...)” (A)</i>
Partilha		2/2	<i>“a partilha, esse é o aspeto mais positivo” (E)</i>

ESTÍMULO À REFLEXÃO	Refere-se à reflexão do doente sobre a sua história de vida e identidade	1/7	
Recuperar a Identidade		1/6	<i>“a gente em principio anseia a procura do que perdeu, no fundo foi um pouco isso, veio despertar a minha vontade de recuperar o que perdi, basicamente foi isso, despertar um pouco a minha vontade de voltar ao que era digamos” (M)</i>
Reviver		1/1	<i>“pelo menos deu-me aquela vontade de reviver” (M)</i>
SATISFAÇÃO COM O PROCESSO	Refere-se à satisfação dos doentes com o processo de intervenção	4/19	
Agradável		3/3	<i>“Foi agradável, não tenha dúvidas foi...” (A)</i>
Benéfico		2/2	<i>“(...) E honestamente cheguei à conclusão que foi benéfico” (M)</i>
Bom		1/1	<i>“tudo o que fizemos foi bom” (E)</i>
correu bem		1/1	<i>“assim correu bem” (H)</i>

Diferente		1/1	<i>“(...) foi uma coisa diferente” (H)</i>
Gostei		1/2	<i>“Sim sim, gostei” (A)</i>
Importante		2/2	<i>“eu acho que no geral foi importante tudo” (H)</i>
Interessante		1/1	<i>“(...) e interessante” (H)</i>
Normal		1/1	<i>“foi normal (...)” (H)</i>
Positivo		3/4	<i>“foi tudo positivo” (A)</i>
Uma experiência		1/1	<i>“foi uma experiência” (E)</i>
SENTIMENTOS	Refere-se aos sentimentos positivos relacionados com o impacto da intervenção.	2/3	
Sentir muito bem		2/2	<i>“Senti-me bem, muito bem (...)” (A)</i>
Tranquila		1/1	<i>“(...) tranquila” (A)</i>
B PERCEÇÃO DO FAMILIAR DO IMPACTO DA TSV NO DOENTE E EM SI	Codifica os excertos do testemunho do familiar à cerca do impacto no doente e em si próprio		
IMPACTO NEUTRO NO DOENTE	Refere-se à percepção do familiar de um impacto neutro da intervenção no doente	1/1	<i>“É como agora, há dias melhores e outros dias mais depressivo, portanto não vi assim...” (FH)</i>

IMPACTO NO FAMILIAR	Refere-se à percepção do familiar do impacto da intervenção em si		
Aceitação da doença		1/1	<i>“porque eu agora, eu penso assim eu sei que ele tem um problema muito grave mas porque é que vou estar todos os dias a pensar “o problema é muito grave”? Ele esta bem hoje, vamos aproveitar o hoje e amanhã logo vamos ver como é que as coisas.” (FM)</i>
IMPACTO POSITIVO NO DOENTE	Refere-se à percepção do familiar de um impacto positivo da intervenção no doente	3/29	
ATITUDE FACE À DOENÇA	Refere-se à percepção do familiar em relação à melhoria da atitude do doente face à doença	2/6	
Alterações na realidade		1/1	<i>“A realidade como ela estava na doença, a realidade, mudou a esse nível, claramente” (FA)</i>
Iniciativa		1/1	<i>“Mais iniciativa” (FM)</i>

Maior disponibilidade		1/2	<i>“Sim, claramente, ela está mais disponível (...)” (FA)</i>
papel ativo		1/1	<i>“obrigou-a se calhar ao facto de ela participar de uma forma mais ativa na questão e não se limitar a uma conversa ou uma consulta digamos assim e ter implicado que ela tivesse que trabalhar a situação” (FA)</i>
Vontade de viver		1/1	<i>“Com vontade de viver” (FM)</i>
PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR	Refere-se à perceção do familiar de melhorias no bem-estar do doente	3/7	
Bem-estar		1/2	<i>“(…) ele agora já fala doutra maneira” (FH)</i>
Fez bem		2/2	<i>“Fez lhe muitíssimo bem (...)” (FM)</i>
Melhoria no estado de ânimo		3/3	<i>“Melhorou, muito, muito. Mas assim bastante.” (FM)</i>
PROXIMIDADE COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Refere-se à perceção de proximidade do doente com os profissionais de saúde durante a intervenção	3/10	

Desabafo		2/3	<i>“(…) que ele fale, desabafe (…)” (FH)</i>
Relação		2/5	<i>“E ajuda muito, sem dívida, é importantíssimo, é sentir um porto de abrigo, acredite, é como um porto de abrigo” (FM)</i>
SATISFAÇÃO COM A INTERVENÇÃO	Refere-se à satisfação dos familiares face ao impacto positivo da intervenção no doente	3/6	
Boa experiência		1/1	<i>“Eu acho que é uma boa experiência” (FA)</i>
Positiva		2/5	<i>“acho que o impacto foi positivo, foi sempre positivo” (FA)</i>
PERCEÇÃO DE ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES	Refere-se à perceção do familiar em relação às alterações nas relações por parte do doente	1/2	
Familiar		1/2	<i>“a vivência de há uns meses para cá, digamos circunscreve-se mais ao nível familiar” (FA)</i>
Íntima			

Não		1/1	<i>“Hmm, entre os dois, digamos que não acho...em termos globais não...” (FA)</i>
Nas relações sociais			
Não		1/1	<i>“Não não, acho que não, está tudo igual, os amigos tudo igual” (FH)</i>
Sim		1/4	<i>“Relação dele com os outros, sim (...)” (FM)</i>
Maior abertura		1/2	<i>“abriu-se mais para as pessoas” (FM)</i>
maior interação		1/1	<i>“e ele agora já consegue, também o senhor do café diz “é uma diferença”, interage com eles (...)” (FM)</i>
C IMPACTO DA ELABORAÇÃO DA CARTA	Codifica os excertos que se referem à perspetiva do doente à cerca do processo de elaboração da carta		
ASPETOS NEGATIVOS	Refere-se à identificação de aspetos negativos associados à elaboração da carta, na perceção do doente	3/5	

Impacto emocional		1/3	<i>“só que o mais difícil é o emocional, o emocional é que é...é muito complicado” (H)</i>
Mais a dizer		2/2	<i>“(...) enrolei ali algumas coisas e...e pronto ficou meio por dizer” (Hu)</i>
ASPETOS POSITIVOS	Refere-se à identificação de aspetos positivos associados à elaboração da carta, na perceção do doente	6/14	
ESTRUTURANTE	Refere-se ao modo como as ideias estavam organizadas face ao que foi partilhado	3/4	
Bem interpretada		1/1	<i>“que foi escrito foi bem interpretado daquilo que eu disse” (H)</i>
Bem redigida		1/1	<i>“(...) estava bem redigida” (E)</i>
Compilação		1/1	<i>“o fundo digamos foi um compilar ...” (M)</i>
processo de escrita		1/1	<i>“(...) o processo de escrita sim” (E)</i>
FACILITADOR DE REFLEXÃO	Refere-se ao modo como a carta facilitou a reflexão do doente	2/3	

Refletir sobre a força de vontade		1/1	<i>“reflete a minha vontade de melhorar, o que também já é muito positivo, a nossa força de vontade (...)” (M)</i>
reviver		1/2	<i>“fez-me reviver algumas coisas que eu já nem sequer, há muita coisa que a gente depois acaba por não...sei lá, por esquecer, nem é esquecer mas é não voltar a pensar naquilo e é extremamente importante” (A)</i>
SATISFAÇÃO COM O PROCESSO	Refere-se à satisfação do doente face ao processo de elaboração da carta	4/7	
Abordagem		1/1	<i>“essas abordagens que teve” (Hu)</i>
Foi muito bom		1/2	<i>“Foi muito bom, muito, muito bom” (A)</i>
Gostei		1/1	<i>“Isso aí gostei (...)” (Hu)</i>
Interessante		1/1	<i>“Foi interessante, foi interessante” (Hu)</i>
Realizada em conjunto		1/1	<i>“até foi uma maneira de fazer uma coisa que até estava com ideias de fazer sozinho e assim...” (H)</i>

Simple		1/1	<i>“de resto sim foi simples” (H)</i>
NEUTRO	Refere-se à ausência de aspetos negativos e positivos	1/3	<i>“no meu caso não posso dizer que me fez bem nem mal” (E)</i>
Previamente escrito e pensado		1/2	<i>“porque já pensei naquilo que está escrito centenas de vezes” (E)</i>
D IMPACTO DA PARTILHA DA CARTA	Codifica os excertos que se referem à perspetiva do doente e do familiar à cerca da partilha da Carta-de-Vida		
PERCEÇÃO DO DOENTE	Refere-se à perceção do doente sobre a reação do seu familiar ao receber a carta		
ANTES DE ENTREGAR	Refere-se à perceção do doente sobre a reação que terá o seu familiar antes de receber a carta	3/8	
impacto emocional negativo		1/2	<i>“a receber não sei mas quanto tiver que a ler vai ser triste” (H)</i>
Incerteza quanto ao momento da entrega		1/3	<i>“pois é isso que não sei qual será a melhor altura, se dar.. dar eu posso a dar agora ler, não sei se lhe diga para ler agora... é que eu também conheço a C. se lhe der e ela não a ler” (H)</i>

Perceber que é um relato da história de vida		1/1	<i>“acho que ela prontas vai reconhecer a realidade, vai constatar que efetivamente o que ela pensa está escrito, que no fundo é um relato (...) um relato da minha história (...)” (M)</i>
Sem novidades		1/1	<i>“o fundo acho que, estou convencido que não vai encontrar nada fora do que já sabe, acho que, não sei” (M)</i>
será bem recebida		1/1	<i>“Muito bem” (A)</i>
DEPOIS DE ENTREGAR	Refere-se à percepção do doente sobre a reação que o seu familiar teve depois de receber a carta	3/14	
Apaziguadora		1/1	<i>“Exatamente, é, eu penso que aquilo foi um apaziguar...” (M)</i>
Conhecimento total do que lá estava		1/1	<i>“mas no fundo é uma realidade que ela tinha um conhecimento total e pronto” (M)</i>
Curiosidade		1/1	<i>“Ora bem, ao princípio curiosidade” (M)</i>

	Demonstração de afeto		1/1	<i>“ela leu e pronto deu-me um beijinho (...)” (M)</i>
	Gostou		1/1	<i>“a minha esposa já leu e gostou” (E)</i>
	Não leu		2/2	<i>“a minha filha não vai ler, pelo menos no imediato” (E)</i>
	Reforçar o comportamento		1/1	<i>“(…) mas isso veio como quem diz reforçar um pouco o tipo de comportamento que ela sempre teve comigo” (M)</i>
	Resolver assuntos pendentes		1/1	<i>“É, veio limpar uma nódoa antiga (...)” (M)”</i>
	Sem alterações na relação		2/2	<i>“Olhe não modificou na medida em que ela não podia ser melhor” (M)</i>
	Sem reação		1/1	<i>“não houve grande reação, nem da minha filha nem da minha esposa” (E)</i>
	Sensibilizada		1/2	<i>“e senti que ela ficou sensibilizada sem dúvida” (M)</i>
PERCEÇÃO DO FAMILIAR	Refere-se à perceção do familiar sobre a reação da carta		2/5	

Expressão de sentimentos		1/1	<i>“Porque ele o verbalizar é um bocado complicado (...)” (FM)</i>
Meio de comunicação entre o casal		1/2	<i>“eu às vezes sentia-me só, abandonada (...) Porque eu sei que ele é assim (...)” (FM)</i>
REAÇÕES	Refere-se à reação dos familiares com a partilha da carta	2/2	
Comovente		1/1	<i>“Olhe foi comovente” (FM)</i>
Nervosa		1/1	<i>“Como é que hei de explicar... fiquei nervosa” (FH)</i>
E DESEJO DE PARTILHAR A CARTA	Codifica os excertos que se referem à expressão de desejo na partilha da Carta-de-Vida, quem serão os destinatários e em que condições será entregue		
NÃO	Refere-se à vontade do doente de não partilhar a carta	1/1	<i>“Não” (Hu)</i>
SIM	Refere-se à vontade do doente de partilhar a carta		

A QUEM	Refere-se à descrição do doente das pessoas com quem gostaria de partilhar a carta		
Amigos		1/1	<i>“Sim, e disse para tirar cópias e dar aos amigos” (C)</i>
esposa		3/2	<i>“à esposa” (M)</i>
filhos		2/2	<i>“aos meus filhos” (A)</i>
marido		2/2	<i>“Ao meu marido (A)</i>
EM QUE CONDIÇÕES	Refere-se às condições estabelecidas pelo doente para a partilha da carta		
Quando falecer		1/1	<i>“Não, entregar antes disso... e para abrir só quando não estiver cá” (H)</i>
Quando piorar		1/1	<i>“Porque eu acho que ainda estou bem, mais tarde gostava de entregar a carta, só quando me sentisse assim mais...pior” (A)</i>
F MECANISMOS DE COPING DO DOENTE	Codifica excertos que revelam mecanismos de coping evidenciados pelo doente		
Aceitação da doença		2/4	<i>“fiquei com a minha consciência muito mais tranquila (...) eu dormia nem sequer pensava em nada, só</i>

			<i>pensava que ia morrer (...) e agora não, nem sequer penso nisso, não, penso “olha eu tenho que morrer e tenho por isso não vale apena estar agora a chatear, é quando deus tiver que me chamar”, portanto nunca mais pensei na morte, é completamente diferente” (A)</i>
Confiança nos profissionais de saúde	1/1		<i>“ajudaram-me imenso imenso imenso, por isso é que rezo todos os dias, peço para que deus os ajude, porque de facto me ajudaram a mim” (A)</i>
Embotamento afetivo	1/1		<i>“eu já não sinto tristeza, consigo falar de qualquer coisa sem problemas (...) cheguei a um ponto em que nada ou quase me consegue abalar” (E)</i>
Envolvimento em atividades prazerosas	2/3		<i>“sim, sair da rotina, mesmo em casa, (...) e eu também para mudar isso esse fim de semana fomos dormir fora, aqueles vouchers e</i>

			<i>aproveitamos, estávamos à espera de uma oportunidade” (M)</i>
Foco na qualidade de vida		1/1	<i>“Evidentemente é ser o mais feliz possível e ter uma melhor qualidade de vida enquanto cá estou, o resto vem” (A)</i>
Religião		1/2	<i>“(…) foi muito importante, foi o que me valeu (…)” (A)</i>
G MECANISMOS DE COPING FAMILIAR	Codifica excertos que revelam os mecanismos de coping evidenciados pelo familiar		
Autocuidado		1/1	<i>“(…) a médica mandou-me fazer uma ecografia (….) já vou fazer no dia 1 (….) Sim eu também preciso” (FM).</i>
Centrado no problema		1/1	<i>““Todos os dias é uma angústia (….) Porque eu não sei como é que ele vai acordar, vou muitas vezes ao quarto ver se ele tá a respirar” (FH)</i>
Confronto		1/1	<i>“Sim claro e a forma como ela está ou estava digamos que na situação que a envolve, não é que eu já tivesse desistido mas estava numa situação de “ok, vamos inverter os papeis, quando quiseres alguma coisa dizes”</i>

			<i>sobretudo naquilo que era a disponibilidade dela às vezes para sair, para estar, mas a disponibilidade, não é que não saísse, era da parte mental dela” (FA)</i>
Revolta		1/1	<i>“eu nem num dos maiores pesadelos pensei que ia acabar assim (...) eu tenho pena...tenho muita pena dele, é uma pessoa espetacular, acho que não merecia (...) Acho que não merecia porque ele foi sempre uma pessoa de ajudar, uma pessoa inteligente (...)” (FH).”</i>
H RECURSOS DOENTE	Codifica excertos da perceção do doente à cerca de recursos pessoais e familiares		
Relações significativas		3/5	<i>“a família e os amigos (...) O resto é paisagem” (H)</i>
Esfera social		1/1	<i>“agora recebo as pessoas, saio com as pessoas” (A)</i>

Relação íntima		1/3	<i>“ela é extremamente cuidadosa comigo (...) ela não podia ser melhor” (M)</i>
I RECURSOS DO FAMILIAR	Codifica os excertos do familiar que revela recursos pessoais e do doente		
Harmonia na relação		1/1	<i>“É como digo a gente está sempre ali um para o outro” (FH)</i>
J RECOMENDAÇÃO DA INTERVENÇÃO PELO DOENTE	Codifica excertos da perspectiva do doente em relação à recomendação da intervenção		
SIM		5/12	
EXPERIÊNCIA PESSOAL	Refere-se à recomendação da intervenção com base na experiência pessoal dos doentes	2/4	
Importante		1/1	<i>“acho que isto é extremamente importante” (A)</i>
Interessante		1/1	<i>“Para outros doentes poderá ser interessante” (E)</i>
Útil		1/2	<i>“Faz, para outros doentes poderá ser ainda mais útil” (E)</i>

Importante para a família		1/3	<i>“eu acho que estas coisas são extremamente importantes mesmo para a família” (A).</i>
PROMOVE A ACEITAÇÃO	Refere-se ao modo como a intervenção promove a aceitação da doença	3/3	
Ajudar outros doentes		1/1	<i>“para ajudar outros doentes” (E)</i>
Prepara mentalmente os doentes para a doença		1/1	<i>“as respostas sobre a doença podem preparar mentalmente novos doentes” (E)</i>
Doenças com EMV curta		1/1	<i>“Muito importante sobretudo neste tipo de doentes, doentes que não têm grande, nós sabemos que, eu sei que não tenho, o tempo médio de vida é muito curto, já passei pelas minhas irmãs, já tenho esta experiência, mas enquanto andarmos cá que alguém...” (A)</i>

Estabilidade emocional		1/1	<i>“Faz sentido na medida em que dá um tipo de estabilidade emocional (...)” (M)</i>
TALVEZ	Refere-se às dimensões a ter em conta na aplicação da intervenção	5/7	
Diferentes Impactos	Refere-se ao modo como vai impactar outros doentes	1/1	<i>“vai a meu ver afetar os doentes com mais ou menos impacto” (E)</i>
Idade do doente	Refere-se à influência da idade de outros doentes	1/1	<i>“(...) não sei se pessoas de mais idade se querem estar...” (H)</i>
Momento da aplicação	Refere-se ao momento e fase da doença em que a intervenção é aplicada	1/1	<i>“depende também da altura em que for feito” (E)</i>
Personalidade do doente	Refere-se à disponibilidade, vontade e capacidade de envolvimento e aceitação por outros doentes	4/4	<i>“acho que vai depender muito dos doentes que vão encontrar pela frente” (E)</i>
K RECOMENDAÇÃO DA INTERVENÇÃO PELO FAMILIAR	Codifica excertos da perspetiva do familiar em relação à recomendação da intervenção		
SIM		3/10	

Ânimo	Refere-se às melhorias no estado de ânimo provocadas pela intervenção	1/1	<i>“Porque pelo menos dá um bocadinho de animo” (FH)</i>
Benéfica	Refere-se à caracterização da intervenção como benéfica	1/1	<i>“é muito benéfico” (FM)</i>
Diferentes impactos	Refere-se aos diferentes impactos e objetivos que podem ser atingidos com outros doentes	1/1	<i>“Faz sentido claramente, tendo em conta o que foi a nossa experiência acho que sim, agora se os outros, na mesma circunstância tiveram vantagem disso ou não, não sei” (FA).</i>
Promover o bem-estar	Refere-se ao bem-estar provocado pela intervenção	2/4	<i>“Isto é vir do inferno ao céu (...) uma pessoa vem completamente destruída, sem objetivos de vida, com vontade de terminar e consegue” (FM)</i>
Uma mais-valia	Refere-se aos ganhos associados à intervenção	1/1	<i>“Acho que sim, acho que é uma mais-valia” (FH)</i>
L DIGNIDADE NO DOENTE	Codifica excertos sobre a perspetiva do doente em relação à dignidade		

Dignidade de uma pessoa idosa	Refere-se às dimensões identificadas como relevantes e os desafios na dignidade de uma pessoa idosa	1/4	
Difícil		1/1	<i>“Porque sabe que manter a dignidade dum pessoa idosa é muito difícil, muito mesmo” (Hu)</i>
Dimensão séria		1/1	<i>“A dignidade de uma pessoa idosa é uma coisa séria sabe, a gente quando chega aqui é que começa a pensar e chega à conclusão que é uma coisa muita séria” (Hu)</i>
Não têm valor		1/1	<i>“As pessoas mais novas julgam que um velhote não tem valor nenhum” (Hu)</i>
Respeitar e ser respeitado		1/1	<i>“em que tenhamos um aprumo sobre as outras pessoas, mas temos que ver as pessoas para manter um aprumo em sentido contrário, quer dizer, em que a pessoa que está a relacionar-se com nós para manter aquele aprumo” (Hu)</i>

DIMENSÕES PROMOTORAS DE DIGNIDADE	Refere-se às dimensões identificadas pelos doentes como promotoras da sua dignidade	5/15	
Atenção dos profissionais de saúde		3/4	<i>“A gente quem é que tem? Os médicos.” (H).</i>
Bem-estar		1/1	<i>“Ora bem, acima de tudo... o bem estar, o bem estar dá-nos alguma dignidade (...)” (M)</i>
Digno do lugar que ocupa		1/1	<i>“(...) e ser digno do lugar que ocupa” (Hu)</i>
Educação		1/1	<i>“Sim, educação, a educação porque a gente mantém a dignidade (...)” (Hu)</i>
Manter aprumo		1/1	<i>“a gente para manter a dignidade tem que manter um aprumo (...)” (Hu)</i>
Não desistir dos doentes		1/1	<i>“nunca pensei que um hospital cheio de doentes para tratar se preocupavam (...) eles pensaram nisso, eu percebi, mas como eu tinha 40 e tal anos...” (H)</i>
Presença da Família		1/1	<i>“eu tenho sorte em ter a minha esposa” (E)</i>

Respeito		1/1	<i>“A dignidade é a pessoa ser respeitada” (Hu)</i>
Sentimento de normalidade		1/1	<i>“agora recentemente olho para o espelho e sinto-me normal...se esse tipo de sensação continuar, pronto as pessoas também acabam por esquecer, se eu andar bem” (M)</i>
Ser bem tratado		1/1	<i>“se morasse noutra ponta do país não seria se calhar tão bem tratado” (E)</i>
Sorte		1/1	<i>“ter sorte”</i>
DIMENSÕES QUE NÃO PROMOVEM A DIGNIDADE	Refere-se às dimensões identificadas pelos doentes que não promovem a sua dignidade	3/15	
Falta de humildade		1/2	<i>“nós pensamos que somos muito, mas não somos assim tanto muito” (Hu)</i>
Ligação constante à doença		1/1	<i>“(…) agora o problema que eu tenho é sair à rua, passam os vizinhos “então está melhorzinho”, está com bom aspeto, ou seja nós nunca conseguimos fugir da doença” (M)</i>

NOS HOSPITAIS	Refere-se às dimensões identificadas pelos doentes que não promovem a dignidade de um doente nos hospitais.	2/12	
Falta de equidade		1/3	<i>“(…) porque o que me faz falta a mim não é só a mim, fazia falta aos doentes todos” (A)</i>
Falta de humanização		1/2	<i>“(…) durante o banho, uma falta de humanização, as pessoas não têm cuidado, por exemplo, os biombos não são bem fechados” (A)</i>
Falta de interação com profissionais de saúde		1/2	<i>“passam para trás, passam para a frente e nada, nada, nada, nem olham para os doentes” (A)</i>
Falta de preocupação		1/2	<i>“eu acredito que ali, porque a mim nunca ninguém se aproximou de mim a perguntar, eu nunca tirei, tive 19 dias internada, nunca tirei a tampa do prato onde vinha a alimentação, so comia a sopa e a fruta, e as vezes nem isso, e nunca ninguém se preocupou” (A)</i>

Morte digna		1/2	<i>“só tive la uma doente que teve uma morte digna de resto, a gente vem para o hospital para morrer assim” (A)</i>
Isolamento		1/1	<i>“queria vir logo para casa porque ela dizia que não queria morrer sozinha” (A)</i>
Respostas desadequadas		1/1	<i>“embora haja aqui respostas...” (Hu)</i>
Não sei	Refere-se à dificuldade em responder à questão	1/2	<i>“Hmm não faço ideia” (H)</i>