



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

TERAPIA SENTIDO DE VIDA: SUA IMPORTÂNCIA PARA A QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

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

- Especialização em -
Psicologia Clínica e da Saúde

Clara Costa de Almeida e Albuquerque

Porto, Julho de 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

TERAPIA SENTIDO DE VIDA: SUA IMPORTÂNCIA PARA A QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

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

- Especialização em -
Psicologia Clínica e da Saúde

Clara Costa de Almeida e Albuquerque

Trabalho efetuado sob a orientação de

Elisa Veiga

Porto, Julho de 2024

Agradecimentos

À Professora Doutora Elisa Veiga, pela sua orientação, apoio e incentivo ao longo deste processo. Seu conhecimento, paciência e comprometimento foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho. Obrigada por todos os ensinamentos.

À Doutora Ana Raquel Sapeta, por sua orientação sem igual. Sua experiência e sabedoria foram cruciais para a minha formação pessoal e profissional. Você é um exemplo de resiliência e coragem, e sua dedicação incansável inspirou-me a superar desafios e a buscar sempre a excelência. Obrigada por acreditar em mim, pelo apoio constante e por todas as valiosas lições que compartilhamos. Seu impacto positivo na minha jornada é inestimável e será sempre lembrado com gratidão.

À equipa do Serviço de Cuidados Paliativos, cuja empatia e empenho são verdadeiramente admiráveis. Agradeço a todos vocês por compartilharem seu conhecimento, experiência e dedicação durante meu estágio, demonstrando uma compaixão inabalável e profissionalismo exemplar.

À minha família, por todo o apoio incansável que me deram durante estes cinco anos. Seja perto ou longe, seu amor incondicional e compreensão foram essenciais para eu estivesse aqui hoje. Obrigada por apoiarem meus sonhos e me impulsionarem a correr atrás deles. Um agradecimento especial ao meu irmão, Gabriel, por ser o meu melhor amigo e ter me acompanhado durante esta trajetória. Aos meus pais, Gustavo, Andrea e Fernanda, pelos conselhos e conversas incansáveis. Aos meus avós, Josete e Rubens, por serem exemplos de força e disciplina. E aos meus tios e primos, obrigada por todo apoio e incentivo.

Aos meus amigos, que me deram a força e a coragem necessárias para finalizar este percurso da minha vida. Obrigada por me escutarem e me impulsionarem a continuar, mesmo quando duvidei de mim mesma. Em especial à Carol, Diana e Sofia, que me acompanharam do início ao fim. À Letícia, Hillary, Bruno, Gabriel, Victor e Víctor por terem me estendido a mão e caminhado ao meu lado. À minha equipe da AIESEC: Catarina, Beatriz, Sara e Rúben, obrigada por me ensinarem tanto. E aos que se fizeram presentes, mesmo à 10.000km de distância: Cora, Fernando, Pedro, Felipe, João Victor, André. Vocês são a melhor parte de mim.

Ao Max, meu fiel companheiro durante 13 anos. Te perder no meio desta jornada foi o maior desafio pelo qual passei, mas a sua memória continuou a me dar forças para seguir em frente. Obrigada por ter sido o melhor cão do mundo.

Por fim, gostaria de expressar a mais profunda gratidão à todas as pessoas que me confiaram uma parte da sua história. A força e a dignidade com que enfrentam as adversidades são um verdadeiro exemplo de perseverança e humanidade. Cada história compartilhada não só enriqueceu meu aprendizado profissional, mas também tocou profundamente meu coração. Obrigada por me ensinarem sobre resiliência, coragem e, essencialmente, sobre a vida e o viver. A todos, minha eterna gratidão por permitirem que eu fizesse parte de suas jornadas e por contribuírem significativamente para minha formação como psicóloga e como ser humano. Suas histórias são, e sempre serão, uma fonte inesgotável de inspiração e aprendizagem.

*Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.*

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

*É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais,
Mas que seja intensa, verdadeira, pura... enquanto durar.*

- Cora Coralina

RESUMO

A presente dissertação investiga a importância da Terapia Sentido de Vida (TSV) para o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (QV) de doentes em cuidados paliativos (CP) em Portugal. Diante do aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e oncológicas, torna-se crucial abordar as necessidades psicoexistenciais dos pacientes e seus familiares. A TSV, uma intervenção psicoexistencial inspirada em terapias como a Terapia da Dignidade e a "Life Review", foi adaptada ao contexto cultural português, integrando aspetos como perdão, reconciliação e despedida, com o intuito de promover o ajustamento psicológico do doente em fim de vida, através da promoção do senso de significado e revisão de vida.

Este estudo tem como objetivo realizar uma análise qualitativa, fundamentada na abordagem fenomenológica, das respostas dos pacientes ao protocolo da TSV, visando avaliar a adequação dos temas abordados às necessidades psicoexistenciais dos pacientes paliativos em Portugal. A amostra consistiu em cinco pacientes de um hospital no Norte de Portugal. Os resultados destacaram temas emergentes como a importância da família, a preservação da identidade, a valorização sócio-profissional, a retrospectiva de vida e a situação clínica.

O estudo concluiu que a TSV é eficaz na promoção do bem-estar psicológico, espiritual e existencial dos pacientes em CP, contribuindo para a preservação da dignidade e qualidade de vida no final da vida.

Palavras-chave: Terapia Sentido de Vida, Cuidados Paliativos, Abordagem Fenomenológica, Qualidade de Vida, Impacto Terapêutico

ABSTRACT

This dissertation investigates the importance of the Meaning of Life Therapy (MLT) for the patients' quality of life and psychological well-being in palliative care (PC) in Portugal. Given the increase in life expectancy and the prevalence of chronic and oncological diseases, it becomes crucial to address the psychoexistential needs of patients and their families. The MLT, a psychoexistential intervention inspired by therapies such as Dignity Therapy and Life Review, has been adapted to the Portuguese cultural context, integrating aspects such as forgiveness, reconciliation, and farewell, with the aim of promoting the psychological adjustment of end-of-life patients through the enhancement of a sense of meaning and life review.

This study aims to conduct a qualitative analysis, based on the phenomenological approach, of patients' responses to the protocol of the MLT, with the goal of evaluating the adequacy of the topics addressed to the psychoexistential needs of palliative patients in Portugal. The sample consisted of five patients from a hospital in the North of Portugal. The results highlighted emerging themes such as the importance of family, preservation of identity, socio-professional valuation, life retrospection, and clinical situation.

The study concluded that MLT is effective in promoting the psychological, spiritual, and existential well-being of PC patients, contributing to the preservation of dignity and life quality at the end of life.

Keywords: Meaning of Life Therapy, Palliative Care, Phenomenological Approach, Quality of Life, Therapeutic Impact.

Índice

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
ÍNDICE DE TABELAS	9
ÍNDICE DE ANEXOS	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO	12
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
NECESSIDADES DOS DOENTES E FAMILIARES EM CP	16
AS PERDAS E O LUTO	19
PSICOTERAPIA EXISTENCIAL EM CP	20
A TERAPIA SENTIDO DE VIDA (TSV).....	22
MÉTODO	24
A INTERVENÇÃO TERAPIA SENTIDO DE VIDA (TSV).....	24
<i>DESIGN</i> DO ESTUDO	25
AMOSTRA.....	25
INSTRUMENTOS	27
PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	28
TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	29
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	30
PRINCIPAIS TEMAS EMERGENTES	30
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Cuidados Paliativos – IAHPC (2018)</i>	14
Tabela 2. <i>Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra</i>	26
Tabela 3. <i>Protocolo de Intervenção – Terapia Sentido de Vida (TSV)</i>	27
Tabela 4. <i>Tema “Família”</i>	30
Tabela 5. <i>Tema “Valorização Sócio-profissional”</i>	31
Tabela 6. <i>Tema “Preservação da Identidade”</i>	32
Tabela 7. <i>Tema “Retrospectiva de Vida”</i>	33
Tabela 8. <i>Tema “Situação Clínica”</i>	34
Tabela 9. <i>Tema “Perdão”</i>	34
Tabela 10. <i>Tema “Conquistas”</i>	35
Tabela 11. <i>Tema “Despedidas”</i>	35
Tabela 12. <i>Tema “Papel da Carta”</i>	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Sistema Geral de Categorias.....	55
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

CE – Consulta Externa

CNCP – Conselho Nacional de Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

QV – Qualidade de Vida

TSV – Terapia Sentido de Vida

INTRODUÇÃO

A evolução demográfica e epidemiológica das doenças limitadoras da vida em todo o mundo resultou numa necessidade urgente e crescente de desenvolvimento de políticas e protocolos de cuidados paliativos (Reville & Foxwell, 2014). De acordo com a OMS, estima-se que, anualmente, 56.8 milhões de pessoas necessitam de CP – e aproximadamente 45% destas encontram-se no seu último ano de vida (WHO, 2020). Estes cuidados são um direito humano fundamental, e têm como objetivo promover a qualidade de vida (QV) dos pacientes e seus familiares, que enfrentam desafios relacionados a doenças ameaçadoras de vida (WHO, 2020; Brennan, 2007). Isso significa que os CP devem abordar não apenas as necessidades físicas do paciente, mas também aspetos como as emoções, relacionamentos e dignidade. A preservação da dignidade é fundamental para a saúde e QV de qualquer pessoa e especialmente em CP (Söderman et al., 2020).

A evidência dos benefícios das psicoterapias existenciais nos CP, tanto para os doentes como para os seus familiares, está bem documentada na literatura (Bauereiß et al., 2018; Scarton et al., 2019; Li et al., 2020; Söderman et al., 2020). Neste contexto, surge a Terapia Sentido de Vida – uma nova intervenção psico-existencial desenvolvida especificamente para a realidade dos doentes em CP e seus familiares em Portugal. Esta nova abordagem terapêutica compartilha características das psicoterapias existenciais pré-existentes (e.g., “Terapia da Dignidade”, de Chochinov, 2002) e assenta no pressuposto de que, ao abordar as preocupações existenciais dos pacientes em CP, é possível melhorar a sua QV e bem-estar, ajudando os indivíduos a encontrar sentido e significado em sua experiência, mesmo diante da finitude e inevitabilidade da morte (Yalom, 1998).

É de se ressaltar também a importância do estudo para uma atualidade na qual vemos um aumento da expectativa média de vida, profundamente atrelada ao aumento de doenças progressivas, como as oncológicas e crónicas (Martinho et al., 2015) e ao conseqüente mal-estar psicológico, físico, social, existencial e espiritual que impacta não apenas à pessoa doente, como também seus familiares.

Dessa forma, foi elaborado um projeto de investigação longitudinal de natureza mista, com o objetivo de desenvolver e avaliar o impacto da TSV, que está sendo implementada em várias unidades de CP no norte do país. Integrado neste projeto, o objetivo geral deste estudo é conduzir uma análise qualitativa, baseada na abordagem fenomenológica, das respostas dos

pacientes às questões formuladas pelo protocolo da TSV. Pretende-se avaliar em que medida os temas abordados pela TSV estão alinhados com a realidade dos pacientes paliativos em Portugal, com o intuito de responder de maneira adequada às necessidades psicoexistenciais no final da vida.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento populacional e os cuidados paliativos

A expectativa de vida tem vindo a aumentar em países europeus e noutras nações desenvolvidas, levando a um aumento do número de indivíduos que ultrapassam os 65 anos de idade. Este fenómeno, parte integrante do processo de envelhecimento populacional, vem provocando uma mudança no perfil das doenças prevalentes e das causas de mortalidade. Atualmente, é cada vez mais comum que as pessoas faleçam em idades mais avançadas, principalmente devido a doenças crónicas graves, as quais geram um amplo espectro de desafios físicos, psicológicos e sociais (Davies & Higginson, 2004).

A definição atual da OMS para CP, desenvolvida em 2002, limita os CP aos problemas associados a doenças ameaçadoras de vida, não considerando a experiência e necessidade de pacientes com condições graves, crónicas e complexas (Radbrush et al., 2020). Nesse sentido, a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC, 2018) definiu os CP como cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso, decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles que se aproximam do fim da vida. Assim, os CP tem como objetivo promover a QV das pessoas doentes, dos seus familiares e cuidadores, seguindo uma lista de pressupostos estipulados (tabela 1).

Tabela 1.
Cuidados Paliativos – IAHPC (2018)

-
- Incluem prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gestão dos problemas físicos – incluindo dor e outros sintomas graves –, do sofrimento psicológico, espiritual e das necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências científica;
 - Fornecem apoio para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e suas famílias a determinar os objectivos do cuidado;
 - São aplicáveis durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente;
 - São fornecidos em conjunto com intervenções modificadoras da evolução da doença, sempre que necessário;
 - Podem influenciar positivamente o curso da doença;
 - Não pretendem antecipar nem adiar a morte, afirmando a vida e reconhecendo a morte como um processo natural;
 - Oferecem suporte à família e aos cuidadores durante a doença e no seu processo de luto;
 - São prestados reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e da família;
-

-
- São aplicáveis em todos os ambientes de cuidados de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis;
 - Podem ser prestados por profissionais com formação básica em CP;
 - Requerem CP especializados prestados por equipes multidisciplinares para a referenciação de casos complexos.
-

De acordo com o “Atlas Global de Cuidados Paliativos” (Connor, 2020), estima-se que mais de 56,8 milhões de pessoas necessitem anualmente de CP a nível mundial. Dentro desta população, cerca de 31,1 milhões requerem estes cuidados em estágios anteriores ao final de suas vidas, enquanto aproximadamente 25,7 milhões necessitam deles quando estão próximos do fim de vida. É importante ressaltar que a maioria destes casos (67,5%) envolve indivíduos acima de 50 anos, enquanto 7% são crianças. De acordo com o mesmo documento, embora o cancro represente o grupo de doenças mais comumente associado aos CP, mais de 70% da necessidade destes cuidados está relacionada a outras condições médicas – como o HIV (22,2%), doenças cerebrovasculares (14,1%) e demência (12,2%).

Com o crescente desenvolvimento de tratamentos paliativos e hospitalares, o cuidado de pacientes terminais não se limita apenas ao controlo dos sintomas. A OMS (2002) enfatiza então a importância de abordagens holísticas para os cuidados de fim de vida, incluindo a necessidade de abordar as necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes, de forma a melhorar a QV dos doentes e dos seus familiares (Reville & Foxwell, 2014). A Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WHPCA) reconhece também a importância fundamental dos CP para a melhoria da QV, bem-estar, conforto e dignidade humana dos indivíduos, sendo um serviço de saúde centrado na pessoa, que valoriza e aborda de forma individualizada as necessidades de cada pessoa (Connor, 2020).

De acordo com o Conselho Nacional de Cuidados Paliativos (2021), atualmente, tem-se assistido um avanço significativo dos CP em Portugal continental. Em 1995, deu-se a fundação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), com a designação de Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e com o objetivo de “promover o desenvolvimento, estudo, investigação e ensino dos CP prestados aos doentes com doença crónica avançada e progressiva, com vista à obtenção da melhor qualidade de vida possível, integrando os aspetos psicológicos, sociais e espirituais e sendo consideradas as necessidades básicas da família, tanto em vida como para além da morte.” (APCP [s.d.]). A responsabilidade do Estado Português, no âmbito dos CP, foi definida em 2012, através da Lei de Bases dos

Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 5 de setembro). Esta legislação “consagra o direito, e regula o acesso, dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)” (CNCP, 2021).

Os Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP 2017-2018 e PEDCP 2019-2020) permitiram a estruturação de uma RNCP funcional, delineando conceitos e alocando recursos em todo o território nacional. Entretanto, apesar de já se observar uma disseminação geográfica abrangente, muitos portugueses ainda enfrentam desafios no acesso aos serviços de CP (CNCP, 2021).

O PEDCP 2021-2022 estimou que entre 81.553 e 96.918 adultos portugueses necessitam de CP, o que representa um aumento ligeiro quando comparado aos biênios anteriores – dados consistentes com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população mais velha. Em relação à população pediátrica, obteve-se um total estimado de 7.268 crianças com necessidades paliativas (CNCP, 2021).

Necessidades dos doentes e familiares em CP

Necessidades dos doentes

Pacientes em CP frequentemente enfrentam uma carga significativa de sintomas, resultando em um impacto negativo tanto para si mesmos quanto para suas famílias (Antunes et al., 2020). Embora os sintomas físicos sejam mais facilmente identificados, é importante reconhecer que os sintomas não físicos também são igualmente prejudiciais para a QV do paciente e de sua família e apresentam um impacto elevado, causando sofrimento adicional (Ann-Yi et al., 2018).

O sofrimento psicológico e espiritual é frequentemente vivenciado por pacientes terminais, assim como por membros da família. É importante notar que esse tipo de sofrimento tem sido associado a uma maior gravidade de sintomas físicos, sofrimento e mortalidade em pacientes com cancro (Antunes et al., 2020). Alguns dos principais sintomas apresentados pelos doentes incluem sintomas depressivos, ansiedade, desespero existencial, sofrimento intenso, sentimentos de desesperança, perda de sentido de vida, raiva, expectativas irrealistas e ideação suicida (OPP, 2019; Gijssberts et al., 2019; Warth et al., 2019; von Blanckenburg & Leppin, 2018). Além disso, de acordo com a OPP (2019), frequentemente são apresentadas dificuldades de aceitação e adaptação à condição clínica e preocupações relacionadas com os familiares.

Um estudo conduzido por Antunes e colaboradores (2020) procurou identificar as principais necessidades de pacientes em CP, utilizando uma amostra de 135 doentes portugueses, em CP, com recurso a escala “Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)”. Os resultados do estudo evidenciaram que as principais necessidades e preocupações dos pacientes em CP dizem respeito às dimensões psicológica, familiar e espiritual. Em relação à prevalência das necessidades, foi observado que a fonte de maior *stress* (não relacionada a aspetos físicos) foi a ansiedade ou preocupação manifestada por familiares e amigos (36,3%) – o que não foi um dado surpreendente, tendo em conta a ênfase na coesão familiar promovida pela cultura portuguesa, na qual as decisões geralmente são tomadas em conjunto com a família. Sentimentos de ansiedade/preocupação com a doença e sintomas depressivos ocuparam, respetivamente, o segundo e terceiro lugares como as questões mais stressantes. Já os itens da IPOS com menor pontuação estiveram relacionados com sintomas físicos, como vômitos e falta de ar (Antunes et al., 2020).

De acordo com Chochinov e colegas (2005), existem dois grandes desafios associados à prestação de CP a pacientes no final da vida: a preservação da QV e a manutenção da sensação interna de dignidade. Segundo os autores, estes elementos são necessidades fundamentais, mas tornam-se ainda mais essenciais quando se trata do fim de vida. Num estudo conduzido por Chochinov e colegas (2002), os autores concluíram que, quando essas necessidades não são cumpridas, a auto-perceção da sua carência está fortemente relacionada ao desenvolvimento/agravamento de quadros clínicos, tais como depressão, ansiedade, desejo de morte, desesperança e sensação de sobrecarga para os cuidadores/familiares.

De acordo com a OMS (WHOQOL, 1995), o conceito de qualidade de vida é intrinsecamente subjetivo, mas pode ser definido como a perceção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando o contexto cultural, os sistemas de valores em que vive, suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Ainda segundo este documento, o conceito incorpora aspectos positivos e negativos da vida, e é multidimensional, abrangendo a saúde física e psicológica dos indivíduos, seu nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e interações com o ambiente. Alguns estudos (e.g., Gijsberts et al., 2019; Warth et al., 2019) indicam ainda que a QV de pacientes em CP é impactada, negativamente, pelo sofrimento emocional e espiritual associado à doença terminal.

Segundo Montross, Winters e Irwin (2011), a dignidade é considerada um dos principais fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida em CP. Apesar de ser um conceito

complexo de definir, no presente contexto ela pode ser entendida como a capacidade do indivíduo de manter sentimentos de pertencimento, conforto físico e espiritual, autonomia, sentido de vida, conexão interpessoal e habilidade de lidar com sua própria mortalidade (Montross, Winters & Irwin, 2011). É importante destacar que, em CP, os conceitos de QV e dignidade não se excluem, mas estão profundamente interligados. Num relatório publicado por Field & Cassel (1997), os autores encontraram evidências que indicam que os pacientes em CP podem valorizar mais as questões psicossociais e existenciais do que o controlo dos sintomas, o que reforça a importância de considerar todos os aspetos da vida do paciente (Chochinov, 2005).

Por fim, vale ressaltar que, segundo Watson e colaboradores (2019), a comunicação é uma necessidade essencial para os pacientes e seus familiares. A falta de comunicação eficaz pode ser uma fonte significativa de sofrimento, levando a expectativas não ajustadas/irrealistas e a dificuldades de adaptação (OPP, 2019). Sendo a comunicação um dos princípios-chave dos CP, é crucial garantir que haja uma interação comunicativa efetiva entre os profissionais de saúde, os familiares e os pacientes.

Necessidades dos familiares/cuidadores

A família exerce um papel essencial no desenvolvimento do indivíduo, ao longo da vida e, sobretudo, nos momentos de crise (OPP, 2019). Quando ocorre uma mudança significativa na vida de um dos membros da família, todo o conjunto é afetado na sua estrutura, funções e organização. As doenças ameaçadoras de vida configuram entre as crises mais desafiadoras que uma família pode enfrentar, uma vez que provocam mudanças psicológicas, físicas e sociais na dinâmica familiar (OPP, 2019).

Neste sentido, pacientes em CP frequentemente são acompanhados pelos seus familiares/cuidadores durante o percurso da doença, sendo este um período de considerável angústia para ambos (Dhingra et al., 2018). De acordo com Payne (2010), um cuidador pode ser um membro da família, amigo ou outra pessoa que tenha uma conexão emocional/social com o paciente e que preste cuidados não profissionais e não remunerados ao doente. Os cuidadores podem oferecer aos pacientes apoio físico, psicológico, social e existencial. No entanto, ao fornecer esse cuidado, eles também podem experienciar níveis elevados de desgaste físico, emocional e psicológico associado ao cuidado (Oechsle et al., 2019).

De acordo com a OPP (2019), os alvos mais frequentes de intervenção psicológica com a família estão relacionados com a exaustão do cuidador, dificuldades comunicacionais e intervenção no processo do luto. É importante destacar que as dinâmicas familiares frequentemente tornam-se a principal fonte de stress neste momento de vida, podendo também ser alvo de intervenção psicológica. A comunicação intrafamiliar é crucial para a compreensão dos pensamentos e emoções, estabelecimento de objetivos em comum, partilha de sentimentos, resolução de conflitos e até mesmo para os eventuais momentos de despedida. Neste sentido, é comum que o psicólogo desempenhe o papel de incentivador e facilitador de momentos de comunicação positivos entre o doente e a sua família (OPP, 2019).

De acordo com a revisão sistemática conduzida por Scarton e colegas (2019), o ato de cuidar de um familiar doente pode ter um impacto significativo, tanto mental quanto físico, no cuidador. Assim, os autores concluíram que um dos principais objetivos dos CP deve ser melhorar a QV não apenas do paciente, mas também da sua família.

As necessidades não atendidas e os problemas não resolvidos dos familiares podem afetar negativamente seu bem-estar e o estado de saúde do paciente (Nelson et al., 2022). Assim, o suporte à família desempenha um papel crucial nos CP, visto que as doenças e condições que requerem esses cuidados afetam não só o paciente, mas também o sistema familiar como um todo (Rodrigues, 2017). Torna-se essencial, portanto, reconhecer que os familiares, que também estão a enfrentar o seu próprio sofrimento, desempenham um papel fundamental para o bem-estar dos pacientes, sendo imprescindível que sejam também cuidados pela equipa de CP (Rodrigues, 2017; Rosario-Ramos et al., 2022).

As perdas e o luto

O luto é um processo complexo, que envolve uma série de reações emocionais, físicas, comportamentais, sociais e espirituais em resposta a uma perda significativa, seja esta pela morte ou pela diminuição de uma função ou possibilidade (Parkes, 1998). Além de ser um processo necessário para que o indivíduo consiga lidar com as perdas e se adaptar a uma nova condição de vida, é uma experiência profundamente existencial (Worden, 2013). De acordo com Strada (2013), de forma a compreender o luto, é fundamental entender a natureza da perda e os principais tipos de perdas vivenciadas por pacientes e familiares no âmbito dos CP. Assim, para este autor, uma perda capaz de desencadear uma reação de luto pode ser compreendida como a experiência de ser privado de algo importante para si.

Durante o processo de progressão da doença do paciente, a família enfrenta uma situação profundamente impactante, não apenas devido ao *stress* físico e emocional inerente, mas também devido aos sentimentos de perda e separação associados (Waldrop et al., 2005; Hebert et al., 2009).

As perdas são comumente categorizadas como físicas ou simbólicas. As perdas físicas envolvem a perda de algo tangível, como por exemplo a mastectomia devido ao cancro da mama (Strada, 2013). As perdas simbólicas envolvem perdas de natureza psicossocial, como receber o diagnóstico de uma doença crónica ou terminal, ou a transição do cuidado curativo para o CP (Strada, 2013). O diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida implica inúmeras perdas significativas: a perda da saúde, alteração dos papéis familiares, sociais, da integridade física e das funções (OPP, 2019). Em pacientes em CP, as perdas simbólicas frequentemente se sobrepõem às perdas físicas decorrentes da progressão da doença, levando os pacientes a enfrentarem também questões relacionadas ao seu propósito e sentido de vida (Strada, 2013; Li et al., 2010). Assim, o paciente e seus familiares iniciam um processo de luto antecipatório/preparatório em resposta a esta variedade de perdas e mudanças de trajetórias de vida, no momento do diagnóstico (Strada, 2013).

Por fim, o luto é idiossincrático, o que significa que a forma como cada indivíduo irá processar a experiência de perda é única, sendo influenciada por uma multiplicidade de fatores – por exemplo, a personalidade e aspetos culturais e espirituais (Worden, 2013; OPP, 2019). Contudo, o processo de luto pode não seguir o curso considerado como “normal”, apresentando complicações que impactam significativamente a vida das pessoas que o vivenciam e podendo ser classificado como luto complicado, patológico, anormal ou traumático (OPP, 2019). A Perturbação do Luto Complicado Persistente foi incluída na última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2013), sendo oficialmente considerada como uma perturbação mental, suscetível de intervenção psicológica.

Psicoterapia Existencial em CP

Tendo em consideração o conjunto de necessidades supracitadas, sustenta-se a importância de intervenções direcionadas à mitigação do sofrimento psico-existencial, à promoção da sensação de paz, bem como à preservação da dignidade no final da vida (Chochinov et al., 2005; Kennedy & Essay, 2016; Warth et al., 2019; Gijbets et al., 2019). Assim, Saracino e colaboradores (2019), enfatizam a relevância das intervenções psico-existenciais no contexto dos CP, uma vez que estas abordam as necessidades psicológicas,

sociais e existenciais dos pacientes e familiares, contribuindo para o alívio do sofrimento, a busca por significado e a promoção da dignidade nesta fase de vida (Caldeira et al., 2017; Warth et al., 2019).

A psicoterapia existencial, influenciada pela fenomenologia e existencialismo, procura promover o autoconhecimento e a autonomia psicológica do indivíduo, possibilitando a aceitação da sua existência (Teixeira, 2006). Para alcançar essa finalidade, este modelo oferece um conjunto de intervenções que visam o crescimento pessoal e o desenvolvimento de maior autenticidade em relação a si próprio. Dessa forma, a palavra-chave dessa abordagem é “construção”, pois desafia o indivíduo a ser o construtor de sua própria existência, tendo como base a sua compreensão pessoal e a sua liberdade de escolha (Teixeira, 2006).

Conforme descrita por Yalom (1980, p. 5), a psicoterapia existencial é “uma abordagem dinâmica da terapia, que se concentra em preocupações enraizadas na existência do indivíduo”. Esta abordagem destaca como conflito fundamental o confronto do indivíduo com os aspectos da existência – as “preocupações fundamentais”, propriedades intrínsecas e inevitáveis da vida humana. Para este autor, as quatro preocupações fundamentais de existência humana abrangem a morte, a liberdade, o isolamento e a falta de sentido e o confronto do indivíduo com cada uma dessas questões representa o núcleo central do conflito dinâmico existencial.

Assim, segundo Teixeira (2006), a psicoterapia existencial não é conceptualizada como um tratamento para perturbações mentais, mas sim como um processo de confronto com as potencialidades, e de mudança pessoal. Segundo este autor, essa abordagem tem o potencial de beneficiar indivíduos que enfrentam crises pessoais, como o luto, ou que estão lidando com doenças graves percebidas como ameaçadoras. Teixeira (2006) também afirma que, ao promover a reflexão sobre a existência humana e as suas questões fundamentais da vida, a psicoterapia existencial pode auxiliar esses indivíduos a encontrar significado em suas experiências e a descobrir novas possibilidades de crescimento pessoal.

Alguns exemplos de psicoterapias existenciais incluem a “Life Review” e a Terapia da Dignidade, que se destacam pela sua eficácia em mitigar o sofrimento existencial e espiritual (Saracino et al., 2019; Iani et al., 2020; Huang et al., 2020), e as quais influenciaram o desenvolvimento do protocolo da TSV, utilizado no presente estudo.

A “Life Review” foi inicialmente desenvolvida por Butler (1974) com enfoque na população adulta mais velha. Esta abordagem envolve a elaboração de uma autobiografia do

paciente e da família. Essas memórias podem ser preservadas (e.g., por meio de gravações), de forma a promover a compreensão acerca das experiências de vida dos indivíduos. De acordo com o autor, o processo pode propiciar o alívio de sentimentos de culpa, o apaziguamento de traumas e conflitos internos e promover os relacionamentos familiares.

Já a Terapia da Dignidade (DT) consiste numa psicoterapia breve, desenvolvida visando aliviar o sofrimento e melhorar a experiência de fim de vida (Chochinov, 2002). Essa abordagem oferece aos pacientes a oportunidade de refletir sobre os aspectos mais significativos para eles e sobre como gostariam de ser lembrados. O processo envolve um conjunto de perguntas baseado em um modelo empírico de dignidade em pacientes terminais, e é guiada por um terapeuta que se adapta às necessidades específicas de cada paciente, providenciando flexibilidade à intervenção (Chochinov, 2002; Chochinov et al., 2002). As sessões são gravadas em áudio, transcritas e uma versão editada da transcrição é entregue aos pacientes, para que estes possam compartilhar ou deixar como herança para indivíduos escolhidos (Chochinov et al., 2011; Dose et al., 2018).

A revisão sistemática de Scarton e colaboradores (2019) demonstrou a evidência da DT, com base nas percepções positivas dos familiares sobre os benefícios para o paciente. Todos os estudos mencionados no artigo relataram que a maioria dos familiares sentiu que a DT foi uma parte importante do cuidado, contribuindo para a redução do sofrimento e aumento do senso de propósito do paciente. Além disso, também foi mencionada a percepção de conforto que a terapia trouxe para os familiares no processo de luto – concluindo, portanto, que a DT tem o potencial de beneficiar tanto as famílias quanto o paciente (Scarton et al., 2019).

A meta-análise e revisão sistemática realizada por Bauereiß e colegas (2018) também forneceu evidências de que as intervenções psicoexistenciais podem melhorar os *outcomes* dos pacientes no curto prazo em adultos com cancro de todos os estágios e tipos. Contudo, ambas as revisões citadas realçaram que são necessários mais estudos para confirmar essas conclusões.

A Terapia Sentido de Vida (TSV)

A TSV foi inspirada em terapias existenciais existentes – como a Terapia da Dignidade e a “Life Review” – e o protocolo de intervenção tem como alvos tanto o paciente em CP, como os familiares que o acompanham nesta fase da vida. O principal objetivo que levou ao desenvolvimento do referido protocolo foi a necessidade de incluir a influência dos fatores culturais nos cuidados de fim de vida. Assim, a TSV foi adaptada culturalmente ao contexto

português, incluindo aspetos sobre o perdão, pedido de desculpas, reconciliação, despedida e um documento legado (i.e., “Carta de Vida”) (Cardoso et al., 2023).

Leget (2020) afirma que o perdão, a reconciliação e o fim da vida estão intrinsecamente interligados. Ao aproximar-se do fim da vida, muitos indivíduos fazem uma reflexão sobre suas trajetórias. Um encerramento narrativo implica a contemplação e avaliação sobre as experiências vivenciadas – o que, para muitos, inclui lidar com sentimentos de culpa e questões não resolvidas. Diversos estudos destacam que perdoar a si mesmo e/ou aos outros, e também ser perdoado, pode contribuir para a promoção da sensação de paz (Worthington, 2005), aumento do bem-estar físico e emocional (Ferrel et al., 2014), redução dos sentimentos de culpa (Caldeira et al., 2017), e aumento da esperança, otimismo e autoestima (Maboea, 2003). Assim, o perdão é enfatizado como um tema importante a ser considerado e abordado para aliviar o sofrimento e sentimentos de culpa, fortalecer relações interpessoais e promover a sensação de paz (Leget, 2020; Renz et al., 2019).

A “Carta de Vida” objetiva explorar as narrativas e experiências pessoais do paciente, uma vez que o significado atribuído às experiências vivenciadas está intrinsecamente relacionado à construção de identidade, à compreensão de si mesmo e do comportamento (Reischer & Beverley, 2019). Assim, ao promover a tarefa de narrar a sua própria história, a construção do documento tem o intuito de ajudar o indivíduo a desenvolver uma perspectiva mais adaptativa sobre sua existência, contribuindo para o fortalecimento da dignidade e bem-estar (Reischer & Beverley, 2019). Conforme descrito nos estudos de Vuksanovic e colegas (2017), a criação de um documento legado apresenta relevância clínica e um impacto positivo na generatividade, significado e aceitação no final de vida. Além disso, como demonstrado por McClement e colaboradores (2007), a elaboração de um documento legado pode também auxiliar no processo de luto adaptativo.

Num estudo piloto realizado por Cardoso e colegas (2023), a TSV mostrou-se adequada para responder às necessidades psico-existenciais dos pacientes em CP no contexto português. Contudo, os autores referem que devem ser realizados mais estudos, para obter amplo conhecimento da eficácia das intervenções culturalmente responsivas.

MÉTODO

A intervenção Terapia Sentido de Vida (TSV)

Desenvolvida por Cardoso e colaboradores (2023), a TSV configura-se como uma nova intervenção psico-existencial desenvolvida especificamente para a realidade dos doentes em CP, e seus familiares, em Portugal. Esta nova abordagem terapêutica está fundamentada nas psicoterapias existenciais pré-existentes (e.g., “Terapia da Dignidade” de Chochinov, “Life Review” de Butler e Psicoterapia Centrada no Significado de Frankl) e assenta no pressuposto de que, ao abordar as preocupações existenciais dos pacientes em CP, é possível melhorar a sua QV e bem-estar, ajudando os indivíduos a encontrar sentido e significado para a sua experiências, mesmo diante da finitude e inevitabilidade da morte (Cardoso et al., 2023; Yalom, 1998).

A TSV é implementada através de um protocolo de intervenção composto por 14 perguntas orientadoras do processo de reflexão do doente em CP, que visam facilitar a re-significação do sentido de vida e a reconciliação com o presente e o passado. Além disso, o protocolo visa promover um maior autoconhecimento, preservar a identidade e dignidade dos pacientes, através da evocação de memórias autobiográficas, revisão de temas e acontecimentos de vida significativos, conselhos para as gerações futuras e resolução de conflitos não resolvidos, se desejado pelo paciente. Adaptado ao contexto socio-cultural português, a intervenção inclui temas como o perdão, pedidos de desculpa, reconciliação e despedida. Dessa forma, ao enfatizar a importância do sentido e propósito de vida, esta intervenção tem como objetivo promover o ajustamento psicológico tanto do paciente em fim de vida, quanto de seus familiares (Cardoso et al., 2023).

De forma similar a outras intervenções psico-existenciais em CP, a TSV propõe a redação, pelo psicólogo, de um documento legado, i.e., a *Carta de Vida*, com base nas respostas dos pacientes. Este formato facilita os processos de revisão de vida e busca de significado, visando instigar um sentimento de generatividade, formalizado num documento destinado a ser compartilhado, se o doente assim o desejar, com os entes queridos. Assim, a *Carta de Vida* contribui para promover a comunicação entre pacientes e familiares no final da vida, bem como durante o processo de luto (Cardoso et al., 2023).

Design do estudo

Este estudo, inspirado na abordagem investigativa fenomenológica, tem como objetivo realizar uma análise qualitativa das respostas dos pacientes às questões do protocolo da TSV, para avaliar em que medida estas questões evocam temas associados ao bem-estar psicológico, espiritual e existencial dos pacientes em cuidados paliativos, considerando o contexto cultural português. Portanto, a questão central do estudo é determinar se os tópicos abordados pela TSV estão ajustados à realidade dos pacientes em CP em Portugal, de forma a responder às suas necessidades psicológicas, espirituais e existenciais no fim de vida.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Explorar os principais temas emergentes das respostas dos doentes ao protocolo da TSV;
- Sinalizar os indicadores de sofrimento e de bem-estar invocados pelas questões do protocolo da TSV, em congruência com as necessidades dos doentes em fim de vida;
- Avaliar a adequação do protocolo na promoção da revisão de vida e construção de sentido em doentes em fim de vida.

Considerando a temática a ser explorada, a abordagem investigativa fenomenológica semi-indutiva – tendo em conta que certos temas já haviam sido previamente definidos com base nos domínios estabelecidos pelo protocolo – mostrou-se como a mais adequada, pois oferece uma compreensão profunda e detalhada dos fenômenos experienciados pelos participantes, buscando captar o significado subjacente às suas experiências, enriquecendo a compreensão sobre o fenômeno estudado e permitindo uma análise qualitativa abrangente dos dados coletados (Finlay, 2011).

Amostra

O presente estudo envolveu indivíduos atendidos pelo serviço de CP de um hospital no Norte de Portugal. Tendo em consideração a natureza qualitativa do estudo, é crucial que os participantes tenham a capacidade de refletir sobre as experiências pessoais, descrevê-las e expressar suas perspectivas de forma clara (Cropley, 2019). Assim, os critérios de inclusão são: serem maiores de 18 anos, com diagnóstico de doença grave, avançada e que exija intervenção paliativa, com prognóstico de vida inferior a 1 ano e com orientação alopsíquica e autopsíquica e capacidade de *insight* preservadas. Os critérios de exclusão envolveram a presença de compromisso cognitivo e manifestação de sintomas psiquiátricos graves, afetando o doente à nível de raciocínio e memória e/ou interferindo na sua capacidade crítica e de reflexão.

O procedimento de amostragem adotado foi a não probabilística, por conveniência e intencional, visto que os participantes selecionados se encontravam a ser seguidos pela equipa de CP e preenchiam os critérios de inclusão, de acordo com os objetivos do estudo (Almeida & Freire, 2008; Coutinho, 2014; Cochran, 1997).

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por cinco doentes acompanhados em diferentes regimes pelo serviço de CP de um hospital no Norte de Portugal. Todos os participantes satisfizeram os critérios de elegibilidade e concluíram o protocolo.

Os CP encontram-se organizados em diferentes níveis de cuidados. Assim, os participantes do presente estudo eram acompanhados por duas das valências clínicas existentes: a equipa intra-hospitalar de suporte em CP – responsável pelos seguimentos dos pacientes internados em qualquer setor do hospital – e a consulta externa de CP – destinada para o acompanhamento de pacientes em regime ambulatorio, e com os quais, por vezes, eram realizadas teleconsultas. Dos cinco participantes do estudo, apenas um se encontrava internado no hospital.

No que diz respeito à caracterização dos doentes, quatro eram do sexo masculino e um do sexo feminino, tendo idades compreendidas entre os 49 e os 78 anos, e sendo todos casados. Dois doentes foram diagnosticados com doença oncológica e três com doenças não oncológicas. É importante destacar que, ao longo da intervenção, o participante Hu começou a demonstrar alterações cognitivas (Tabela 2).

Tabela 2.
Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

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	Casada

E.	Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)	CE e teleconsulta	Julho de 2018	49	M	Casado
M.	Colangiocarcinoma	CE	Maio de 2022	70	M	Casado

Nota: M = masculino; F = feminino; CE = consulta externa.

Instrumentos

De forma a obter as características sociodemográficas e clínicas, foi acessada a plataforma *SClínico*, utilizada no hospital.

O protocolo de intervenção (TSV) é composto por cinco sessões. Na primeira sessão, são explicados os objetivos e procedimentos da investigação, sendo também apresentadas as 14 questões orientadoras (tabela 3). Após confirmar a disposição do paciente para participar no estudo, é-lhe entregue o consentimento informado.

As sessões dois e três são dedicadas à exploração das questões do protocolo, sendo estas gravadas em áudio. Entre a terceira e a quarta sessão, o investigador transcreve integralmente as respostas do paciente e elabora um primeiro rascunho da *Carta de Vida*, a ser entregue na quarta sessão. Neste momento, o doente tem a oportunidade de ler, analisar e sugerir modificações no conteúdo da carta, sendo a sua versão final entregue ao paciente na quinta sessão. Cabe ao paciente decidir qual será o futuro da carta, se será entregue ou não, e, caso sim, a quem.

Tabela 3.

Protocolo de intervenção – Terapia do Sentido de Vida (TSV)

Parte 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?
-

Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada em um hospital no Norte de Portugal, após ter sido obtida a devida autorização à Comissão de Ética e ao Centro de Epidemiologia Hospitalar, de forma a assegurar a integridade ética da pesquisa, a confidencialidade dos participantes e a validade dos resultados obtidos. A recolha decorreu entre os meses de abril e junho de 2023.

Após a avaliação dos critérios de elegibilidade, os pacientes selecionados foram contactados, tendo lhes sido explicitados os objetivos e procedimentos envolvidos na intervenção proposta e, uma vez aceite o pedido de colaboração, entregue o consentimento informado. Além disso, foi enfatizado que a participação no estudo era voluntária e anónima, e que os participantes poderiam optar por desistir do processo a qualquer momento. No caso de a intervenção gerar ou intensificar o sofrimento psicológico, também foi assegurado suporte psicológico, seja por solicitação do paciente ou através da observação clínica.

As sessões foram conduzidas presencialmente pela psicóloga do serviço de CP do hospital em regime de consulta externa, à exceção do participante Hu., com quem a intervenção ocorreu integralmente em regime intra-hospitalar, e E., com o qual foi realizada a intervenção em formato online, por impossibilidade de deslocação ao hospital. Como mencionado anteriormente, as respostas dos doentes às questões que constam do protocolo foram registadas em áudio para possibilitar uma transcrição completa e assegurar uma análise mais precisa dos dados. As informações sociodemográficas dos participantes foram coletadas por meio da plataforma *SClinico*, utilizada no hospital.

Tratamento e Análise de Dados

Inicialmente, as respostas às questões do protocolo de intervenção foram transcritas por outra investigadora a partir das gravações de áudio realizadas. No presente estudo procedeu-se à leitura flutuante do texto a ser analisado, de forma a aumentar a familiaridade com os dados (Saldaña, 2013). Objetivando uma compreensão descritiva e objetiva do material, foi efetuada uma análise temática do conteúdo das transcrições, de acordo com Braun e Clarke (2006), e seguindo um processo de seis fases: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e nomeação dos temas e elaboração do documento final, garantindo a sistematização e a profundidade na interpretação dos dados qualitativos.

Vale ressaltar que a análise dos dados teve em consideração os domínios críticos identificados pela literatura na resposta às necessidades psico-existenciais dos doentes. Contudo, também foi tido em consideração os conteúdos e temáticas reportados pelos participantes durante as suas narrativas, criando assim um sistema de categorias e subcategorias dedutivas e indutivas. De facto, de acordo com a literatura, uma abordagem híbrida de análise temática que combina a codificação indutiva e dedutiva promove uma identificação mais precisa dos temas (Fereday & Muir-Cochrane, 2006).

O processo de codificação envolveu dois elementos da equipa de investigação, de forma que as decisões e reflexões acerca da análise de dados foram tomadas em conjunto, levando a uma melhor definição das categorias e subcategorias. A abordagem colaborativa na análise temática, conforme descrita por Braun e Clarke (2006), valoriza a subjetividade dos investigadores e a cooperação na interpretação dos dados, o que aumenta a confiança na qualidade analítica e na credibilidade dos resultados (Campbell et al., 2021).

O tratamento e a análise qualitativa dos dados foram realizadas com recurso ao *software* NVIVO (versão 1.7), desenvolvido pela empresa QSR International, de forma a permitir uma análise mais eficaz, profunda e rigorosa dos dados (Hilal & Alabri, 2013).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados tem por base os objetivos específicos formulados, sendo convocadas as categorias e subcategorias pertinentes do sistema geral de categorias (anexo A). A identificação das categorias e subcategorias encontra-se a negrito, entre parêntesis está a identificação de (número de participantes / número de referências) e excertos das transcrições ilustrativos em itálico.

Principais temas emergentes

Um dos principais temas emergentes das respostas dos doentes ao protocolo da TSV é a **Família**, sendo também evocados aspetos como a **Valorização Sócio-Profissional, Preservação da Identidade, Retrospectiva de Vida, Situação Clínica, Perdão, Conquistas, Despedida** e, por fim, **o Papel da Carta** (consultar anexo A).

Relativamente ao tema **Família**, esta temática inclui aspetos relacionados com a família, papéis desempenhados, experiência emocional e marcadores na história familiar do doente. Podemos verificar que as questões do protocolo da TSV convocaram esta temática na totalidade dos participantes (n=5), apresentando também o maior número de referências (77). Destacam-se neste âmbito a menção aos papéis desempenhados, concretamente o **papel parental** (5/20) e o **papel conjugal** (5/20), sendo referida, neste contexto, a **valorização da família** (5/15). Para um dos participantes, também foram citados aspetos de teor menos positivo, nomeadamente a **perceção de negligência para com a família** (1/4) no caso de A.: *“ia trabalhar e deixava o meu filho doente e ia tratar dos filhos dos outros, de maneira que isso me pesa um bocadinho”*. A **mágoa em relação com a cunhada** (2/2) também foi mencionada nos casos de A. e E. – *“é capaz de estar 1 mês sem telefonar, se nós não telefonarmos também não telefona e isto magoa um bocadinho”* (A.).

Tabela 4.
Tema “Família”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Família	Papel parental	5	20
	Papel conjugal		
	Outro conjugue	5	15
	Casamento	3	4
	Culpa	1	1

Valorização da família	5	15
Perceção de suporte familiar	2	8
Satisfação com os papéis familiares	2	4
Perceção de negligência para com a família	1	4
Mágoa em relação a cunhada	2	2
Falta de apoio ou suporte familiar	1	2
Desilusão com o papel parental	1	2

O tema da **Valorização Sócio-Profissional** (tabela 5) – que diz respeito aos papéis profissionais, relações de amizade e outros papéis desempenhados – também foi evocado por todos os participantes (n=5), apresentando na sua totalidade 36 referências. Neste âmbito, a valorização do **papel profissional** mostrou-se como a mais relevante (5/14), seguido da valorização das **relações informais** (5/8) – que dizem respeito às amizades ou outro tipo de ações/relações que a pessoa construiu: *“Conquistei muitos amigos, ainda hoje eu vou a qualquer lado e, o meu marido até fica admirado”* (A.). Ainda na temática das vivências socioprofissionais, as **relações profissionais** (2/6) e a **importância do desporto** (2/4) também foram temáticas presentes durante as entrevistas. A **desilusão com colegas de trabalho** (2/4) foi mencionada nos casos de H e M: *“Agora quem me desiludiu foram os colegas de trabalho, eram grandes amigos, batiam nas costas...nunca mais me ligaram”* (H.).

Tabela 5.
Tema “Valorização sócio-profissional”

Categoria	Subcategorias	Fontes	Referências
Valorização sócio-profissional	Papel profissional	5	14
	Relações informais	5	8
	Relações profissionais	2	6
	Desilusão com colegas de trabalho	2	4
	Importância do desporto	2	4

O terceiro tema emergente das respostas dos participantes ao protocolo da TSV diz respeito à **Preservação da Identidade** (tabela 6), tendo sido mencionado por todos os participantes (n=5), com 51 referências. Este tema diz respeito as características do indivíduo (valores, aceitação, autonomia, aspetos significativos na sua perspetiva de vida) e a sua perspetiva acerca da vida. Neste âmbito, todos os participantes fazem menção às **características pessoais valorizadas** (5/13) e também aos **conselhos** (5/13) – “*O conselho que queria deixar é que as pessoas fossem geralmente boas e que não fossem tão rígidas como as vezes são*” (HU.). A referência aos **projetos pessoais** (3/5) e **aspetos com significado na vida** (3/4) – “*os amigos que aparecem sem contar, essas pequenas coisas*” (A.) – também foram temas emergentes, assim aspetos relacionados com a **preservação da autonomia** (2/3) e a **continuidade do self** (2/2): “*Mal chego, não tiro a carteira não tiro nada, a primeira coisa que faço é ir ao quintal ver como estão as coisas*” (A.).

Tabela 6.
Tema “Preservação da Identidade”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Preservação da Identidade	Características pessoais valorizadas	5	13
	Conselhos	5	13
	Projetos pessoais	3	5
	Aspetos com significado na vida	3	4
	Continuidade do self	2	2
	Preservação da autonomia	2	3
	Valores pessoais	2	2
	Doença como ameaça	1	5
	Foco no presente	1	2
	Sufrimento com o afastamento dos significativos	1	2

A temática da **Retrospectiva de Vida** (tabela 7), diz respeito aquilo que os pacientes salientam da sua história de vida, e foi evocada por todos os participantes (n=5), apresentando na totalidade 26 referências. Neste âmbito, os participantes fazem menção às **aprendizagens**

após diagnóstico (4/8), como por exemplo “*eu senti muito isso quando estive internada. A gente só consegue ver aquilo que fazemos de bem quando nos acontecem a nós, quando o mal nos acontece a nós*” (A.). Mencionam também a **valorização da vida como um todo** (3/6), **o que a vida ensinou** (3/4) e **sentir-se em paz** (3/3). A **valorização da vida antes do diagnóstico** foi refletida pelos participantes A. e E.: “*Devíamos assistir a uma palestra em que nos dissessem para não perder tempo com futilidades*” (E.). A subcategoria **a doença muda tudo** (1/1) foi mencionada por um dos participantes ao se referir à alteração no sentido de vida: “*Sim, a doença mudou tudo*” (E.).

Tabela 7.
Tema “*Retrospectiva de Vida*”.

	Subcategorias	Fontes	Referências
Retrospectiva de Vida	Aprendizagens após diagnóstico	4	8
	Valorização da vida como um todo	3	6
	O que a vida ensinou	3	4
	Sentir-se em paz	3	3
	Valorização da vida antes do diagnóstico	2	2
	A doença muda tudo	1	1
	Desejos por concretizar	1	1
	Memórias de quando não havia doença	1	1

A **Situação Clínica** (tabela 8) foi também uma temática abordada por todos os participantes (n=5), contando com 21 referências, e integrando informações sobre a atual situação clínica, incluindo necessidades e preocupações. As **perdas consequentes da doença** (5/9) foram mencionadas por todos os doentes, sinalizando a importância desta subcategoria: “*eu fazia qualquer coisa e agora não consigo...quero mas o corpo não obedece, mas sim eu sabia que isto ia acontecer, mas não desta maneira*” (H.). Neste âmbito há referências ao **desejo que a situação melhore** (2/2) e a **revolta com a doença** (2/2) – “*tive muito tempo que não, a revolta da doença foi tão grande que me provocou*” (A.).

Tabela 8.
Tema “Situação Clínica”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Situação Clínica	Perdas consequentes da doença	5	9
	Desejo que a situação melhore	2	2
	Revolta com a doença	2	2
	Benefícios associados à doença	1	1
	Conquistas na trajetória da doença	1	1
	História clínica	1	1
	Insatisfação com internamento	1	1
	Medo da carga genética da doença	1	2
	Satisfação com o tratamento	1	1
	Seria melhor não ter a doença	1	1

A temática do **Perdão** (tabela 9) integra a necessidade ou não, de pedir desculpas, perdoar ou se reconciliar com alguém. Uma vez que uma das perguntas do protocolo da TSV aborda diretamente esta temática, ela foi mencionada por todos os participantes (n=5), apresentando na totalidade 20 referências. A maior parte dos participantes apresentou-se **sem necessidade de pedir desculpas** (4/5), tendo dois participantes referido que não havia **ninguém a perdoar** (2/2): “São coisas pequenas, nunca ninguém me feriu ao ponto de sentir que alguém me deve um pedido de desculpa” (M.). Quando presente, a necessidade de um pedido de desculpas envolveu **pedido de desculpas de familiares** (2/4), **de colegas de trabalho** (2/2) e **de amigos** (1/2). A necessidade de **ser perdoado pelo conjugue** (2/2) mostrou-se presente para dois participantes – “é a única coisa que me doi realmente foi ter ferido na altura a esposa porque agora vejo que ela não merecia” (M.).

Tabela 9.
Tema “Perdão”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Perdão	Sem necessidade de pedir desculpas	4	5
	Ninguém a perdoar	2	2
	Pedido de desculpas de familiares	2	4

Pedido de desculpas de colegas de trabalho	2	2
Ser perdoado pelo conjugue	2	2
Ser perdoado pelos pais	1	2
Pedido de desculpas de amigos	1	2
Não querer reconciliação	1	1

Alguns participantes (n=3) descreveram **Conquistas** importantes (tabela 10), como a **construção da casa** (1/2) e o **primeiro emprego** (1/2). O **status socio-económico** (1/1) foi mencionado por um dos participantes: “*e também [é motivo de orgulho] atingir um patamar social sem grandes problemas económicos por exemplo*” (M.).

Tabela 10.
Tema “Conquistas”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Conquistas	Construção da casa	1	2
	Primeiro emprego	1	2
	Status sócio-económico	1	1
	Ter a casa paga	1	1

A temática da **Despedida** codifica conteúdos onde é expressada a necessidade de se despedir ou não, tendo sido abordada por 4 participantes (n=4) (tabela 11). A **despedida de locais significativos** foi evocada pelo protocolo da TSV, principalmente do **local onde passou a infância** (3/3): “*Despedir é da nossa rua, a rua era uma travessa inteira onde a gente brincava e eu conhecia tudo*” (H.).

Tabela 11.
Tema “Despedida”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Despedida	Despedida de locais significativos		
	Local onde passou a infância	3	3
	Local marcante na juventude	1	1
	Colegas de trabalho	1	2
	Não querer despedir de amigos	1	1

Por fim, a temática do **Papel da Carta** diz respeito a quem a carta deve ser entregue, se a carta deve ser entregue a alguém, tendo sido abordada por todos os participantes (n=5), com 8 referências. A maior parte dos participantes desejou **partilhar com o conjugue** (3/3): “*Da maneira que estou a pensar tem mais lógica entregar [a carta] a ela para ficar com ela*” (H.); dois participantes revelaram ter **incerteza em relação ao papel da carta** (2/2) – “*Não sei, ninguém, vou deixar isso em sítio que os vindouros leiam*” (HU.)

Tabela 12.
Tema “Papel da Carta”

	Subcategorias	Fontes	Referências
Papel da Carta	Partilhar com o conjugue	3	3
	Incerteza em relação ao papel da carta	2	2
	Partilhar com a família	1	1
	Partilhar com amigos	1	1
	Partilhar com outros doentes	1	1

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo dos resultados obtidos e da revisão de literatura, a discussão dos resultados busca sinalizar os indicadores de sofrimento e de bem-estar invocados pelas questões do protocolo da TSV, em congruência com as necessidades dos doentes em fim de vida, de forma a avaliar a adequação do protocolo na promoção da revisão de vida e construção de sentido em doentes em fim de vida.

A **Família** emergiu como um tema central nas respostas dos participantes, refletindo a importância dos papéis familiares e a valorização da coesão e suporte familiar. De acordo com Lethborg e Kissane (2021), a dinâmica familiar configura-se como crucial para a formação da identidade, particularmente em situações de doenças graves. De acordo com estes autores, a família proporciona suporte emocional e colabora para a manutenção da estabilidade psicológica dos pacientes, influenciando positivamente a identidade pessoal. Neste sentido, tendo em consideração que a família exerce um papel crucial no desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida, e principalmente nos momentos de crise, pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras de vida frequentemente são acompanhados pelos seus familiares/cuidadores durante o percurso da doença, sendo este um período de considerável

angústia para ambos (Dhingra et al., 2018). Uma mudança significativa na vida de um dos membros da família implica alterações em todo o sistema familiar, i.e., na sua estrutura, funções e organização. Uma vez que as doenças ameaçadoras de vida configuram entre as crises mais desafiadoras que uma família pode enfrentar, tendo em conta as mudanças psicológicas, físicas e sociais na dinâmica familiar (OPP, 2019), realça-se a importância de ter em consideração esta temática no fim de vida. Ao promover a recordação e narrativa de acontecimentos da vida familiar e através da criação de documentos legado, as intervenções psico-existenciais, como a TSV, permitem a restauração dos papéis familiares, contribuindo para a preservação da identidade e dignidade do indivíduo (Vuksanovic et al., 2017).

Neste âmbito, todos os participantes destacaram a importância do papel parental e conjugal, evidenciando em alguns casos a necessidade de reconciliação e a valorização do suporte emocional durante o fim de vida. A perceção de negligência e mágoa, especialmente no âmbito das relações familiares mais próximas, demonstra a sua importância para o bem-estar dos doentes em fim de vida. Dessa forma, a perceção de negligência e mágoa, ou de desconforto no âmbito das relações familiares, mostram-se como indicadores de sofrimento, e salientam a necessidade de intervenções sensíveis a estes aspetos e facilitadoras da comunicação e da reconciliação, que promovam a expressão de sentimentos, podendo ajudar a mitigar esses sentimentos negativos (Pun et al., 2023; Laryionava et al., 2018) nesta fase da vida. A presença de conflitos não resolvidos além de contribuir para o sofrimento psicológico pode interferir no processo de luto, destacando-se igualmente o potencial das intervenções psico-existenciais, como a TSV, como preventivas destas dificuldades no processo de luto dos familiares. A valorização da família e das relações informais sublinha ainda a importância do suporte social no fim da vida. De facto, de acordo com a literatura, manter conexões significativas e sentir-se apoiado são essenciais para o bem-estar dos doentes e dos familiares (Yoo et al., 2008; Stajduhar et al., 2011).

De acordo com Audet e colaboradores (2021), a formação da identidade é influenciada fortemente pelo ambiente social do indivíduo, não apenas pelos seus familiares, mas também pelos amigos. A **Valorização Sócio-Profissional**, ou seja, a valorização das relações construídas ao longo da vida, incluindo amizades e experiências profissionais, foi significativa para todos os participantes do presente estudo, porém com menções frequentes a sentimentos de desilusão com colegas de trabalho. A desilusão com colegas de trabalho é significada como uma perda de suporte social importante, caracterizando-se como possível fonte de sofrimento.

Para muitos indivíduos, o ambiente de trabalho e as relações construídas ao longo da carreira podem ser consideradas uma parte integral de sua identidade e a validação dessas experiências e o reconhecimento do impacto emocional da perda dessas relações podem ser importantes para o bem-estar (Prince-Paul, 2008; Russel, 2017; Lo Monaco et al., 2019).

Ainda no contexto das relações interpessoais, a necessidade de pedir e oferecer **Perdão** foi um tema central, com a maioria dos participantes expressando não sentir necessidade de pedidos de desculpas. A necessidade de pedir desculpas e perdoar reflete a importância de resolver questões emocionais pendentes. O perdão, tanto para si mesmo quanto para os outros, é crucial para aliviar o sofrimento emocional e promover uma sensação de paz e fechamento. De facto, estudos demonstram que o perdão pode reduzir sintomas depressivos, melhorar o bem-estar emocional em pacientes terminais e promover a QV; enquanto a falta de resolução de questões pendentes está associada a sintomas depressivos mais elevados (Hansen et al., 2009; Exline et al., 2012). Além disso, a revisão sistemática de Akhtar e Barlow (2018) destaca que intervenções baseadas no perdão são eficazes na redução, não apenas de sintomas depressivos, como também de raiva e *stress*, em simultâneo promovem emoções positivas e bem-estar psicológico geral. Estes dados sublinham a importância do perdão como um componente crucial na TSV, de forma a contribuir para o bem-estar emocional e reduzir o sofrimento psicológico em pacientes terminais e suas famílias.

Alguns participantes descreveram **Conquistas** significativas e a necessidade de **Despedidas**, principalmente de locais significativos e colegas de trabalho. A despedida de locais da infância foi especialmente evocativa, indicando a relevância das memórias e da conexão com o passado. A importância das despedidas e das memórias no fim da vida é um tema recorrente na literatura sobre CP, tendo um estudo destacado a importância das relações humanas e das memórias para pacientes terminais, indicando que manter uma conexão com locais e pessoas significativas pode melhorar a QV no fim da vida (Lo Monaco et al., 2019). Heyland e colaboradores (2006) também identificaram que completar tarefas e preparar-se para a morte, incluindo a revisão de vida, despedidas de locais e pessoas significativas, são elementos essenciais para um cuidado de qualidade no fim da vida. Além disso, um estudo de Otani e colaboradores (2017) demonstrou que a comunicação significativa antes da morte, como dizer adeus e despedir-se, está associada a melhores desfechos emocionais para os familiares, reduzindo sintomas depressivos e luto complicado após a perda.

A *carta de vida*, um componente central da TSV, foi valorizada por todos os participantes, com a maioria desejando partilhar o documento com conjuges e familiares, salientando de novo a importância da Família e dos seus papéis familiares. A incerteza em relação ao **Papel da Carta** nesta fase da vida sugere a necessidade de um acompanhamento cuidadoso para garantir que essas memórias e mensagens sejam preservadas e transmitidas conforme desejado pelo paciente.

É de destacar que o protocolo da TSV facilitou o surgimento de aspetos relacionados com a **Preservação da Identidade** nas narrativas dos doentes, com os participantes destacando características pessoais valorizadas, conselhos, projetos pessoais e aspetos significativos na vida. A necessidade de manter a autonomia e a continuidade do self também foram temas emergentes, indicando a importância de intervenções que promovam a manutenção do senso de identidade, e consequentemente da dignidade, dos doentes, como é o caso das terapias psico-existenciais.

Segundo Montross, Winters e Irwin (2011), a dignidade é considerada um dos principais fatores que contribuem para a melhoria da QV em CP, estando a sua perda frequentemente associada a sofrimento psicológico, aumento da dependência e perda da vontade de viver (Chochinov et al., 2002). No presente contexto ela pode ser entendida como a capacidade do indivíduo de manter sentimentos de pertença, conforto físico e espiritual, autonomia, sentido de vida, conexão interpessoal e habilidade de lidar com sua própria mortalidade (Montross, Winters & Irwin, 2011). A preservação da identidade através da valorização de características pessoais, projetos de vida, autonomia e continuidade do *self* é essencial para que os doentes em fim de vida se sintam dignos e respeitados.

Além destes aspetos, a **Retrospectiva de Vida**, que envolve a avaliação das experiências passadas e aprendizagens, foi um tema comum. A capacidade de refletir positivamente sobre as mesmas, contribui para uma sensação de paz e aceitação. Dessa forma, a revisão vital facilitada pela TSV permite que os pacientes encontrem significado e propósito, mesmo diante de doenças ameaçadoras de vida.

Conclui-se que as terapias psico-existenciais no fim da vida promovem a preservação da identidade e a retrospectiva de vida, o que está diretamente relacionado com a dignidade e a QV dos pacientes. Essas terapias, como a TSV, oferecem aos pacientes a oportunidade de refletir sobre suas vidas, seus valores e suas conquistas, ajudando-os a encontrar um sentido e

um propósito mesmo diante da proximidade da morte. Estudos mostram que a DT melhora a qualidade de vida e reduz o sofrimento psicológico e existencial dos pacientes, promovendo uma sensação de dignidade e propósito (Chochinov et al., 2005; Martínez et al., 2016). Pacientes que participam da DT frequentemente relatam uma sensação aumentada de dignidade, propósito e significado, o que também beneficia seus familiares ao proporcionar um legado tangível (Chochinov et al., 2005).

De acordo com Rodríguez-Prat e colaboradores (2016), a revisão vital e as intervenções focadas na visão retrospectiva oferecem aos pacientes a oportunidade de refletir sobre suas experiências de vida, reconciliar-se com eventos passados e expressar arrependimentos ou pedidos de desculpas. Isso não promove apenas um senso de plenitude e aceitação, mas fortalece também a identidade pessoal e a dignidade dos pacientes (Rodríguez-Prat et al., 2016).

A preservação da dignidade é crucial para a QV no fim da vida, e as terapias psico-existenciais fornecem uma estrutura valiosa para alcançar esse objetivo. Elas facilitam a abordagem de questões psicossociais e espirituais, proporcionando suporte emocional e existencial, essencial para a manutenção da dignidade e identidade dos pacientes (Kredentser & Chochinov, 2020). Dessa forma, ao focar-se na revisão de vida e na construção de um documento legado (i.e., Carta de Vida), a TSV promove a preservação de aspectos essenciais da identidade e dignidade, tal como o bem-estar psico-existencial no fim de vida.

Os participantes abordaram frequentemente a sua **Situação Clínica**, mencionando perdas consequentes da doença, desejos de melhoria e revolta com a condição atual. A revolta com a condição de saúde pode indicar uma dificuldade em aceitar a doença, sendo indicadora de sofrimento. O surgimento da doença é também um marco incluído nas suas **retrospectivas de vida**. Em alguns casos assinalado como um marcador de um antes e um depois, contudo para a maioria dos casos como um fator de aprendizagem – como por exemplo para o participante M. que refere “*o valor humano para mim agora significa bastante*”. Este tema destaca a necessidade de abordagens holísticas que considerem tanto os aspectos físicos quanto emocionais e espirituais da experiência de doença, assim como a atenção às perdas não apenas físicas, mas também as simbólicas (e.g., o diagnóstico de uma doença grave) (Strada, 2013).

CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo aborda a importância da TSV para a qualidade de vida dos doentes em CP em Portugal, evidenciando o potencial desta intervenção na promoção do bem-estar psicológico, espiritual e existencial dos pacientes. A análise qualitativa baseada na abordagem fenomenológica revelou que os principais temas emergentes – família, valorização socio-profissional, preservação da identidade, retrospectiva de vida, situação clínica, perdão, conquistas, despedida e o papel da carta – estão intimamente ligados às necessidades psico-existenciais dos pacientes paliativos, conforme descrito pela literatura.

Os indicadores de bem-estar identificados, como a valorização das relações familiares e sociais, a preservação da identidade e a sensação de paz, destacam a relevância de abordagens que considerem a totalidade da experiência humana, no fim da vida. A importância de preservar a dignidade e a autonomia foi um aspeto crucial para todos os participantes, reforçando a intenção da TSV em promover a QV.

Por outro lado, os indicadores de sofrimento, incluindo sentimentos de negligência familiar, desilusão com colegas de trabalho, revolta com a situação clínica e necessidades de reconciliação não atendidas, reforçam a necessidade de intervenções não somente focadas nos sintomas físicos, mas também nas dimensões psicológicas e emocionais do sofrimento, como é o caso das intervenções de carácter psico-existencial como a TSV.

A TSV destacou a importância de restaurar e valorizar os papéis familiares e sociais dos pacientes, promovendo a preservação da identidade e dignidade, crucial para o bem-estar no fim da vida. A intervenção facilitou a expressão de sentimentos, facilitando a comunicação com os familiares, aspeto fundamental para aliviar o sofrimento psicológico e preparar os doentes e seus entes queridos para a morte e o luto. A criação da "Carta de Vida" não apenas fortaleceu a ligação entre os pacientes e seus familiares/cuidadores, como também proporcionou um legado tangível, contribuindo para o conforto emocional de ambos.

Em relação às forças deste estudo, destaca-se a inovação na adaptação cultural da TSV ao contexto português, incorporando elementos como o perdão, reconciliação e despedida, o que torna a intervenção mais relevante e eficaz para a população estudada. A abordagem qualitativa baseada na fenomenologia permitiu uma compreensão profunda e detalhada das experiências subjetivas dos pacientes, proporcionando *insights* valiosos sobre suas necessidades psico-existenciais. Além disso, o estudo utilizou um protocolo estruturado com

perguntas orientadoras, garantindo consistência na coleta de dados e facilitando a análise temática.

No entanto, o estudo também apresenta algumas limitações. A amostra foi pequena e não probabilística, composta por apenas cinco pacientes de um hospital no Norte de Portugal. Outra limitação é a potencial influência do viés do investigador na interpretação dos dados, apesar dos esforços para minimizar essa limitação através da codificação colaborativa.

Conclui-se que a TSV é uma abordagem terapêutica valiosa no contexto dos CP, promovendo a QV, preservação da dignidade e ajustamento psicológico dos doentes em fim de vida. Esta intervenção, ao abordar as necessidades psico-existenciais de maneira culturalmente sensível e ao facilitar a revisão de vida, pode contribuir significativamente para o bem-estar dos pacientes e seus familiares, oferecendo um suporte essencial durante esta fase de vida. Em relação às implicações para a prática, sugere-se então a integração da TSV na prática dos CP, de modo a promover a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes e seus familiares.

Referências Bibliográficas

- Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness Therapy for the Promotion of Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19, 107 - 122. <https://doi.org/10.1177/1524838016637079>.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (5ª Ed.). Psiquilíbrios edições.
- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2016). ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31, 492 - 509. <https://doi.org/10.1177/0269216316665562>.
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PloS one*, 11(3), e0151435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>
- Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, D. D., Agosta, M., Williams, J. L., Balankari, V. R., & Carmack, C. L. (2018). Characteristics and outcomes of psychology referrals in a palliative care department. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.022>
- 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). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00571-8>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). ([s.d.]). *História*. <https://apcp.com.pt/historia>
- Audet, É. C., Levine, S. L., Holding, A. C., Powers, T. A., & Koestner, R. (2021). Navigating the ups and downs: Peer and family autonomy support during personal goals and crises on identity development. *Self and Identity*, 21(4), 456–473. <https://doi.org/10.1080/15298868.2021.1939772>

- 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>
- Kredentser, M. S., & Chochinov, H. M. (2020). Psychotherapeutic Considerations for Patients With Terminal Illness. *American journal of psychotherapy*, 73(4), 137–143. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190048>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Butler R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529–535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>
- Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E. C., & de Vieira, M. (2017). Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 44-52. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12105>
- Campbell, K., Orr, E., Durepos, P., Nguyen, L., Li, L., Whitmore, C., Gehrke, P., Graham, L., & Jack, S. (2021). Reflexive Thematic Analysis for Applied Qualitative Health Research. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5010>.
- Cardoso, A. R., Costa, S. I. R., Veiga, E., de Almeida, V. M. S., Rocha, J., Teixeira, R. J., Gonçalves, G. N. M., & Da Silva Leite, M. M. (2023). Meaning of Life Therapy: A Pilot Study of a Novel Psycho-Existential Intervention for Palliative Care in Cancer. <https://doi.org/10.31219/osf.io/2bnsx>
- Castro Alves, S. & Martins, S. J. (2016). Terapia da dignidade na melhoria da qualidade de vida em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*, 3(2), 35-42
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care - A new model for palliative care—Helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>

- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet*, 360(9350), 2026–2030. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)12022-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)12022-8)
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70153-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70153-x)
- Cochran, W. D. (1977). *Sampling Techniques, 3Rd Edition*. John Willey & Sons.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCPP). (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
- Connor, S. R. (Ed.) (2020). *Global Atlas of Palliative Care*. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª Ed.). Almedina.
- Cropley, A. J. (2019). *Qualitative research methods: A practice-oriented introduction for students of psychology and education*. (2nd Ed.). Intaglio. doi: 10.13140/RG.2.1.3095.6888
- Davies, E. & Higginson, I. J. (Eds.) (2004). *The Solid Facts: Palliative Care*. World Health Organization.
- Dhingra, L., Barrett, M., Knotkova, H., Chen, J., Riggs, A., Lee, B., Hiney, B., McCarthy, M., & Portenoy, R. (2018). Symptom Distress Among Diverse Patients Referred for Community-Based Palliative Care: Sociodemographic and Medical Correlates. *Journal*

of Pain and Symptom Management, 55(2), 290–296.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.015>

Dose, A. M., McCabe, P. J., Krecke, C. A., & Sloan, J. A. (2018). Outcomes of a dignity therapy/life plan intervention for patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(4), 400–406.
<https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000461>

Exline, J., Prince-Paul, M., Root, B., Peereboom, K., & Worthington, E. (2012). Forgiveness, depressive symptoms, and communication at the end of life: a study with family members of hospice patients. *Journal of palliative medicine*, 15 10, 1113-9.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0138>.

Ferrel, B., Otis-Green, S., Baird, R. P., & Garcia, A. (2014). Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *Journal Pain Symptom Management*, 47(3), 631-641.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.009>

Finlay, L. (2011). *Phenomenology for Therapists: Researching the Lived World*. John Wiley & Sons, Ltd.

Gijsberts, M.-J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>

Hansen, M., Enright, R., Klatt, J., & Baskin, T. (2009). A Palliative Care Intervention in Forgiveness Therapy for Elderly Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Palliative Care*, 25, 51 - 60. <https://doi.org/10.1177/082585970902500106>.

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, 37(1), 3–12.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010>

Heyland, D., Dodek, P., Rocker, G., Groll, D., Gafni, A., Pichora, D., Shortt, S., Tranmer, J., Lazar, N., Kutsogiannis, J., & Lam, M. (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 627 - 633. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.050626>.

- Hilal, A. H., & Alabri, S. S. (2013). Using Nvivo for Data Analysis in Qualitative Research. *International Interdisciplinary Journal of Education*, 2(2), 181–186. <https://doi.org/10.12816/0002914>
- Huang, M.-H., Wang, R.-H., & Wang, H.-H. (2020). Effect of life review on quality of life in terminal patients. *Journal of Nursing Research*, 28(2), 1. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000335>
- IAHPC (2018). *Global Consensus based palliative care definition*. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Iani, L., De Vincenzo, F., Maruelli, A., Chochinov, H. M., Raghianti, M., Durante, S., & Lombardo, L. (2020). Dignity therapy helps terminally ill patients maintain a sense of peace: Early results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11(June), 1468. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468>.
- Kennedy, G., & Essay, J. L. (2016). The importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *Ulster Medical Journal*, 85(1), 45-48.
- Laryionava, K., Pfeil, T. A., Dietrich, M., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W., & Winkler, E. C. (2018a). The second patient? family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making. *BMC Palliative Care*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0288-2>
- Leget, C. (2020). Forgiveness and Reconciliation in Palliative Care: The Gap between the Psychological and Moral Approaches. *Religions*, 11(9), 440. <https://doi.org/10.3390/rel11090440>
- Lethborg, C., & Kissane, D. (2021). Family dynamics in the context of serious illness. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0032>.
- 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. Oxford University Press.

- Li, Y., Li, X., Hou, L., Cao, L., Liu, G., & Yang, K. (2020). Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of ten randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234–246. <https://doi.org/10.1002/da.22980>
- Maboea, D. (2003). *Interpersonal forgiveness: a psychological literature exploration* [Tese de Mestrado Universidade de Johannesburg]. Johannesburg University. <https://hdl.handle.net/10210/1518>
- 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>
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. (p56). Sage Publications Inc.
- Monaco, M., Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C., & Corrao, S. (2019). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15, 975 - 980. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>.
- Monaco, M., Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C., & Corrao, S. (2019). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15, 975 - 980. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>.
- Montross, L., Winters, K. D., & Irwin, S. A. (2011). Dignity therapy implementation in a community-based hospice setting. *Journal of palliative medicine*, 14(6), 729–734. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0449>
- Nelson, D., McGonagle, I., Jackson, C., & Kane, R. (2022). An Exploration of Rural-Urban Residence on Self-Reported Health Status with UK Cancer Survivors Following Treatment: A Brief Report. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(3), 574–582. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030056>
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L. M., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient

- palliative care. *BMC palliative care*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – versão consolidada*. Recuperado de: Código Deontológico – Ordem dos Psicólogos (https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_ao_637_2021.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2019). *Linhas de Orientação para a prática profissional: Cuidados paliativos*. Ordem dos Psicólogos. www.ordemdospsicologos.pt
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. World Health Organization.
- Otani, H., Yoshida, S., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Shima, Y., Tsuneto, S., & Miyashita, M. (2017). Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated with Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *Journal of pain and symptom management*, 54 3, 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010>.
- Parkes, C. (1998). Bereavement. In D. Doyle, G. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press
- Payne, S. (2010). EAPC Task Force on Family Carers White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17(5), 238-245.
- Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology nursing forum*, 35 3, 365-71. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.365-371>.
- Pun, J., Chow, J. C. H., Fok, L., & Cheung, K. M. (2023). Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*, 13(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067304>

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Reischer, H. N., & Beverley, J. (2019). Diverse Approaches to Meaning-Making at the End of Life. *The American Journal of Bioethics*, 19(12), 68–70. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1674419>
- Renz, M., Bueche, D., Reichmuth, O., Schuett Mao, M., Renz, U., Siebenrock, R., & Strasser, F. (2019). Forgiveness and Reconciliation Processes in Dying Patients with Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(3), 222–234. <https://doi.org/10.1177/1049909119867675>
- Reville, B., & Foxwell, A. M. (2014). The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care. *Ann palliat med*, 3(3), 129-138.
- 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.
- Rosario-Ramos, L., Suarez, K., Peña-Vargas, C., Toro-Morales, Y., Costas-Muñiz, R., Castro, E., Torres, S., & Torres-Blasco, N. (2022). Important End-of-Life Topics among Latino Patients and Caregivers Coping with Advanced Cancer. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 8967. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158967>
- Russell, S. (2017). 37 With my family I have to think about them... with the girls [friends] i don't: the role of friendships in advance care planning. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7, A361 - A361. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001407.37>.
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of Qualitative Research*. Oxford University Press.
- 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. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1674552>
- Scarton, L. J., Boyken, L., Lucero, R. J., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. J. (2019). Effects of dignity therapy on family members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), 542–547. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000469>
- Stajduhar, K., Funk, L., Cohen, S., Williams, A., Bidgood, D., Allan, D., Norgrove, L., & Heyland, D. (2011). Bereaved Family Members' assessments of the quality of End-Of-Life Care: What is Important?. *Journal of Palliative Care*, 27, 261 - 269. <https://doi.org/10.1177/082585971102700402>.
- Strada, E. A. (2013). *Grief and Bereavement in Palliative Care*. Oxford University Press.
- Teixeira, J. A. (2006). Introdução à Psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 289–309.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- 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. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 162–170.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>

- Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: family caregiving at the end of life. *Journal of palliative medicine*, 8(3), 623–638. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.623>
- 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>
- Worden J. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worthington, E. L. (2005), Initial questions about the art and science of forgiving. In Worthington, E. L. (Eds.), *Handbook of forgiveness* (1st ed., pp. 1-13). Routledge Taylor & Francis Group
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. BasicBooks.
- Yoo, J., Lee, J., & Chang, S. (2008). Family Experiences in End-of-Life Care: A Literature Review. *Asian nursing research*, 2 4, 223-34 . [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60004-9](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60004-9).

ANEXOS

Anexo A – Sistema Geral de Categorias

Categoria	Descrição	Subcategorias (n/referências)	Citações dos participantes
Família (77)	Inclui aspectos relacionados com a família, papéis desempenhados, experiência emocional, marcadores na história familiar do doente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papel parental (5/20) 2. Papel conjugal <ol style="list-style-type: none"> a. Outro conjugue (5/15) b. Casamento (3/4) c. Culpa (1/1) 3. Valorização da família (5/15) 4. Perceção de suporte familiar (2/8) 5. Satisfação com os papéis familiares (2/4) 6. Perceção de negligência para com a família (1/4) 7. Mágoa em relação a cunhada (2/2) 8. Falta de apoio ou suporte familiar (1/2) 9. Desilusão com o papel parental (1/2) 	<p><i>“eduquei-os da melhor forma e de facto eles corresponderam sempre” (A.)</i></p> <p><i>“sempre diálogo no casamento, fui uma pessoa que o meu marido ajudou me sempre muito” (A.)</i></p> <p><i>“nos meus cunhados, até há um que me chama “neca” era o meu sogro que eu gostava dele como um pai” (H.)</i></p> <p><i>“neste momento é a família, mais nada absolutamente” (M.)</i></p> <p><i>“o meu filho mais velho tinha asma e eu deixava-o ficar com a minha sogra e ele dizia me muitas vezes “oh mãe, tu deixas me ficar doente e vais tratar dos filhos dos outros” e isso pronto, pesa um bocadinho” (A.)</i></p> <p><i>“os outros queixam se de tudo inclusive do doente” (E.)</i></p>
Valorização Socio-Profissional (36)	Diz respeito aos papéis profissionais, relações de amizade e outros papéis desempenhados (voluntariado).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papel profissional (5/14) 2. Relações informais (5/8) 3. Relações profissionais (2/6) 	<p><i>“O meu trabalho foi recompensador e sinto orgulho disso” (M.)</i></p>

	4. Desilusão com colegas de trabalho (2/4)	<i>“Conquistei muitos amigos, ainda hoje eu vou a qualquer lado e, o meu marido até fica admirado” (A.)</i>
	5. Importância do desporto (2/4)	<i>“Agora quem me desiludiu foram os colegas de trabalho, eram grandes amigos, batiam nas costas...nunca mais me ligaram” (H.)</i> <i>“Foram dois ou três anos em que passei da caminhada diária para a corrida e participação em trais, meias maratonas e finalmente maratona” (E.)</i>
Preservação da Identidade (51)	Diz respeito as características do indivíduo (valores, aceitação, autonomia, aspectos significativos na sua perspectiva de vida) e a sua perspectiva acerca da vida.	
	1. Características pessoas valorizadas (5/13)	<i>“eu na minha profissão, no meu posto de trabalho era bom, eu reconheço que era bom” (HU.)</i>
	2. Conselhos (5/13)	
	3. Projetos pessoais (3/5)	<i>“Eu acho que era como boa pessoa...nisso quase de certeza que mais chegados isso vão pensar. Que era um gajo porreiro” (H.)</i>
	4. Aspetos com significado na vida (3/4)	
	5. Continuidade do self (2/2)	<i>“Que nós façamos aquilo que é possível por toda a gente para que nos aconteça o mesmo a nós” (A.)</i>
	6. Preservação da autonomia (2/3)	
	7. Valores pessoais (2/2)	
	8. Doença como ameaça (1/5)	
	9. Foco no presente (1/2)	<i>“o segundo projecto é sair da cama e desenvolver receitas sem gluten e quem sabe vender para fora” (E.)</i>
	10. Sofrimento com o afastamento dos significativos (1/2)	

			<p><i>“Os amigos que aparecem sem contar, essas pequenas coisas” (A.)</i></p> <p><i>“Mal chego, não tiro a carteira não tiro nada, a primeira coisa que faço é ir ao quintal ver como estão as coisas” (A.)</i></p> <p><i>“Sinceramente acho que quando partir ninguém se vai lembrar de mim (...) as pessoas não param de se afastar” (E.)</i></p>
Retrospectiva de Vida (26)	Diz respeito aquilo que os pacientes avaliam da sua história de vida (valorização da vida como um todo, valorização da vida antes do diagnóstico).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprendizagens após diagnóstico (4/8) 2. Valorização da vida como um todo (3/6) 3. O que a vida ensinou (3/4) 4. Sentir-se em paz (3/3) 5. Valorização da vida antes do diagnóstico (2/2) 6. A doença muda tudo (1/1) 7. Desejos por concretizar (1/1) 8. Memórias de quando não havia doença (1/1) 	<p><i>“Ensinou-me que facto sobretudo agora depois de ter passado o que passei, a vida muda um bocadinho” (A.)</i></p> <p><i>“Agradeço à vida essas oportunidades. Foi na sequencia de viver, foi esta oportunidade, aquela e tal” (HU.)</i></p> <p><i>“Em termos materiais não aspiro a nada, em termos pessoais, como tenho tudo muito bem estabilizado não tenho grandes desejos nesse sentido” (M.)</i></p> <p><i>“fui trabalhar para um colega meu para meia dúzia de tostões quando devia ter ido passear tomar café e estar com aqueles que eu amo” (E.)</i></p> <p><i>“Gostava imenso de ir a Roma” (A.)</i></p>

Situação Clínica (21)	Diz respeito a informação sobre a atual situação clínica, incluindo necessidades e preocupações (satisfação com o tratamento, conquistas, incertezas relacionadas com a evolução da doença).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdas consequentes da doença (5/9) 2. Desejo que a situação melhore (2/2) 3. Revolta com a doença (2/2) 4. Benefícios associados à doença (1/1) 5. Conquistas na trajetória da doença (1/1) 6. História clínica (1/1) 7. Insatisfação com internamento (1/1) 8. Medo da carga genética da doença (1/2) 9. Satisfação com o tratamento (1/1) 10. Seria melhor não ter a doença (1/1) 	<p><i>“eu fazia qualquer coisa e agora não consigo...quero mas o corpo não obedece” (H.)</i></p> <p><i>“O que me podia me fazer mais feliz era ter notícias das minhas melhorias, em termos de saúde, mais nada absolutamente” (M.)</i></p> <p><i>“a revolta da doença foi tão grande que me provocou” (A.)</i></p> <p><i>“depois mais tarde ter pago a casa, mas foi por causa da doença” (H.)</i></p> <p><i>“Para mim foi um bocado assustador por causa da minha doença (...) tinha imenso medo” (H.)</i></p> <p><i>“Se quer que lhe diga, podia ter sido melhor se não tivesse a doença” (H.)</i></p>
Perdão (20)	Desculpa e reconciliação (necessidade ou não de pedir desculpas, perdoar ou se reconciliar com alguém).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem necessidade de pedir desculpas (4/5) 2. Ninguém a perdoar (2/2) 3. Pedido de desculpas de familiares (2/4) 4. Pedido de desculpas de colegas de trabalho (2/2) 5. Ser perdoado pelo conjugue (2/2) 6. Ser perdoado pelos pais (1/2) 7. Pedido de desculpas de amigos (1/2) 8. Não querer reconciliação (1/1) 	<p><i>“Não (...) quando achava que magoava as pessoas tinha uma conversa e pedia desculpa, peço desculpa logo, nunca fiquei” (A.)</i></p> <p><i>“nunca ninguém me feriu ao ponto de sentir que alguém me deve um pedido de desculpa” (M.)</i></p> <p><i>“Entre outros alguns amigos a minha cunhada os meus irmãos” (E.)</i></p> <p><i>“Olhe o médico que trabalhou cmg no banco, que acho que naquele ultimo mês trabalhei 20 anos, acho que merecia que fosse mais” (A.)</i></p>

			<p><i>“é a única coisa que me doi realmente foi ter ferido na altura a esposa porque agora vejo que ela não merecia”</i> (M.)</p> <p><i>“Aos meus pais (...) Nem sempre fui o melhor dos filhos; não estive presente quando precisavam de mim, no fim de vida deles”</i> (E.)</p> <p><i>“Não [não é importante recuperar o relacionamento], águas passadas”</i> (E.)</p>
Conquistas (8)	Diz respeito aquilo que a pessoa valoriza no seu percurso (valorização da segurança económica, estatuto na comunidade).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construção da casa (1/2) 2. Primeiro emprego (1/2) 3. Status socio-economico (1/1) 4. Ter a casa paga (1/1) 	<p><i>“Sim porque foi construída por nós”</i> (E.)</p> <p><i>“O primeiro emprego (...) Na altura um certo orgulho tinha acabado de sair da faculdade”</i> (E.)</p> <p><i>“também atingir um patamar social sem grandes problemas económicos”</i> (M.)</p> <p><i>“Ter uma casa paga”</i> (H.)</p>
Despedida (7)	Codifica conteúdos onde é expressada a necessidade de se despedir ou não, e a incerteza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Despedida de locais significativos <ol style="list-style-type: none"> a. Local onde passou a infância (3/3) b. Local marcante na juventude (1/1) 2. Colegas de trabalho (1/2) 3. Não querer despedir de amigos (1/1) 	<p><i>“talvez da vila onde passei a minha infância”</i> (E.)</p> <p><i>“Nazaré (...)quase todos os anos da minha juventude”</i> (E.)</p> <p><i>“Tenho, tbm já feleceu, uma antiga chefe minha, a irmã M.”</i> (A.)</p>

Papel da Carta (8)	A quem a carta deve ser entregue/se a carta deve ser entregue à alguém.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partilhar com o conjugue (3/3) 2. Incerteza em relação ao papel da carta (2/2) 3. Partilhar com a família (1/1) 4. Partilhar com amigos (1/1) 5. Partilhar com outros doentes (1/1) 	<p><i>“Tenho pensado nisso (...) mas uma das pessoas que eu gostaria de dar a reconhecer toda a minha gratidão da forma como tem agido, é a minha esposa” (M.)</i></p> <p><i>“Só depois de ver, não sei” (E.)</i></p> <p><i>“Sim, amigos e familiares” (H.)</i></p> <p><i>“De a publicar (...) para servir para outros doentes” (E.)</i></p>
---------------------------	---	--	--
