



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Impacto da *Terapia do Sentido de Vida* no Processo de Luto: Análise Retrospectiva dos Familiares

Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e  
Neuropsicologia

—

Gandra, abril de 2023

**Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida**

**Dissertação** apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde  
conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e**  
**Neuropsicologia**

**Impacto da *Terapia do Sentido de Vida* no Processo de Luto:  
Análise Retrospectiva dos Familiares**

Trabalho realizado sob a Orientação de  
Professora Doutora Manuela Leite,  
e sob Coorientação de Professora Doutora Sónia Remondes-Costa

## Declaração de Integridade

Eu, Maria João de Freitas Figueiredo de Almeida, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Índice

Introdução.....	1
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Capítulo I.....	4
1.1. Introdução.....	4
1.1.1. Doença Oncológica em Fase Paliativa.....	4
1.1.2. Terapia da Dignidade e Revisão de Vida.....	7
1.1.3. Terapia do Sentido de Vida.....	10
Capítulo II.....	13
2.1. Metodologia.....	13
2.1.1. Objetivos.....	13
2.1.2. Desenho e Método.....	13
2.1.3. Amostra.....	14
2.1.4. Instrumentos.....	15
2.1.5. Procedimento de Recolha de Dados.....	15
2.1.6. Procedimento de Análise e Tratamento de Dados.....	18
Capítulo III.....	19
3.1. Resultados.....	19
3.1.1. Recordação da Intervenção.....	20

3.1.2. Adaptação do Doente ao Processo de Morte e Adaptação do Familiar ao Processo de Morte .....	20
3.1.3. Papel da <i>Carta-de-Vida</i> no Processo de Adaptação .....	24
3.1.4. Processo de Luto .....	30
3.2. Discussão dos Resultados.....	34
3.3. Conclusão .....	45
3.3.1. Síntese das principais conclusões do estudo .....	45
3.3.2. Forças e limitações do estudo .....	46
3.3.3. Sugestões para investigação futura .....	47
3.3.4. Implicações para a prática .....	48
Bibliografia .....	49

## Índice de Figuras

Figura 1.....	17
---------------	----

## Índice de Tabelas

Tabela 1.....	14
Tabela 2.....	20
Tabela 3.....	22
Tabela 4.....	27
Tabela 5.....	32

## Lista de Abreviaturas

**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**CP** – Cuidados Paliativos

**EIHSCP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**P** – Participante

**RV** – Revisão de Vida

**TD** – Terapia da Dignidade

**TSV** – Terapia do Sentido de Vida

**WHO** – *World Health Organization*

## Introdução

A presente Dissertação de Mestrado, subordinada ao tema “Impacto da *Terapia do Sentido de Vida* no Processo de Luto: Análise Retrospectiva dos Familiares”, cujo objetivo principal se centra em compreender o impacto da *Terapia do Sentido de Vida* no processo de luto de familiares de doentes falecidos sujeitos a esta intervenção, encontra-se redigida de acordo as normas do Regulamento do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. Contudo, o artigo resultante da mesma, que será submetido à revista “*Qualitative Research in Psychology*”<sup>1</sup>, foi redigido em conformidade com as normas e *guidelines* da revista para submissão de manuscritos (Anexo \*), utilizando-se, especificamente, o estilo de referências “*Taylor & Francis US Chicago (B) author-date style*” e cumprindo o requisito de redação na língua inglesa. A versão final devidamente estruturada e pronta para submissão encontra-se no Anexo \*.

Apresenta-se, ainda, em anexo, o *abstract* (Anexo \*) a ser submetido para comunicação oral num congresso internacional. A redação foi efetuada de acordo com as regras para submissão de comunicações, sendo pré-selecionadas duas potenciais possibilidades: XI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos / II Congresso Internacional da APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)<sup>2</sup>, ou XI Congresso Latinoamericano de Cuidados Paliativos<sup>3</sup>, que decorrerão, à partida, no final de 2023.

---

<sup>1</sup> Link de acesso <https://www.tandfonline.com/journals/uqrp20>.

<sup>2</sup> Regulamento de submissão de resumos <https://www.admedic.pt/uploads/regulamento-resumos-apcp-2022.pdf>.

<sup>3</sup> Regras para o envio de resumos <https://www.alcp2022.com/resumenes/>.

## Resumo

A *Terapia do Sentido de Vida* (TSV) é uma intervenção terapêutica inovadora, cujo objetivo é conduzir o doente a encontrar um significado da sua existência, respeitando a dignidade, fortalecendo um sentido de valor e a adaptação ao fim de vida. Culmina na construção de um documento escrito que permite materializar um legado, denominado "*Carta-de-Vida*", tendo em vista facilitar a comunicação entre o doente e o familiar.

Pretende-se compreender qual o impacto da TSV no processo de luto dos familiares de doentes submetidos a esta intervenção, avaliando o potencial impacto da *Carta-de-Vida* no luto.

No estudo participaram oito indivíduos. Elaborou-se um guião de entrevista semiestruturado, recorrendo-se à análise qualitativa.

Os resultados indicam que a TSV é percecionada pelos familiares como uma experiência positiva, apesar de se identificarem sinais não promotores de adaptação, como a conspiração do silêncio, retratando a tendência social em abordar a morte. A *Carta-de-Vida* é interpretada como uma despedida escrita, um elemento comunicacional, promotor de proximidade emocional com o falecido, contribuindo para o processo de luto, constituindo-se uma ferramenta no processo de adaptação à perda.

A idiosincrasia do processo de perda e luto remete-nos para a necessidade de continuidade de estudos de avaliação da eficácia da TSV.

*Palavras-chave:* Cuidados Paliativos; Dignidade; Intervenção Psicológica; Terapia do Sentido de Vida; Cuidadores

## Abstract

*Meaning of Life Therapy* (MLT) is an innovative therapeutic intervention, which objective is to lead the patient to find meaning in his existence, respecting his dignity, strengthening a sense of worth and adapting to the end of life. It culminates in the elaboration of a written document that allows materializing a legacy, called "*Life Letter*", to facilitate communication between the patient and the family member.

The aim is to understand the impact that MLT has on the grieving process of patients' relatives undergoing this intervention, assessing the potential impact of the *Life Letter*.

Eight individuals have participated in this study. A semi-structured interview guide was prepared, using qualitative analysis.

The results indicate that the MLT is perceived by family members as a positive experience, despite identifying signs that don't promote adaptation, such as the conspiracy of silence, portraying the social tendency to approach death. The *Life Letter* is interpreted as a written farewell, a communication element, promoting emotional closeness with the deceased, contributing to the mourning process, constituting a tool in the process of adapting to the loss.

The idiosyncrasy of the loss and mourning process leads us to the need for further studies to evaluate the effectiveness of MLT.

*Keywords:* Palliative care; Dignity; Psychological Intervention; Meaning of Life Therapy; Caregivers

## Capítulo I

### 1.1. Introdução

#### 1.1.1. Doença Oncológica em Fase Paliativa

O cancro é uma doença que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte prematura (Bray et al., 2021; Xiao et al., 2019) com a estimativa de cerca de 10 milhões de mortes em 2020, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2022).

Na presença de uma doença potencialmente fatal, é fundamental a existência de uma comunicação clara, aberta e coerente (Espinoza-Suárez et al., 2017), que informe o doente do diagnóstico e prognóstico (Rainbird et al., 2009; Sansom-Daly et al., 2021; Voogt et al., 2005; Yun et al., 2010). Como refere Neto (2021), a comunicação adequada é uma “potente arma terapêutica” (p. 6) na amenização do sofrimento e, em contrapartida, “uma má comunicação pode ser altamente iatrogénica” (p. 6). Para tal, o profissional de saúde deve transmitir informações verdadeiras (Daneault et al., 2016), de acordo com as necessidades e o desejo do doente (Espinoza-Suárez et al., 2017; Lemus-Riscanevo et al., 2019), permitindo-lhe a si e aos seus familiares planear antecipadamente os cuidados de fim de vida, juntamente com a equipa médica (von Blanckenburg et al., 2022). Tais cuidados assentam num fluxo de comunicação interacional entre a tríade cuidadora: doente, família e profissionais de saúde (Grijó et al., 2021).

Apesar de a morte ser inerente à condição humana, já em 1969 Kübler-Ross postulava que a sociedade nega fundamentalmente a morte, demonstrando receio em abordá-la (Astudillo & Mendinueta, 2005; Clayton et al., 2005). Face à situação, os doentes e a família tendem a evitar a comunicação (Nagelschmidt et al., 2020), recorrendo, normalmente, à conspiração do silêncio, com receio da repercussão que poderá ter o conhecimento da informação (Bermejo et al., 2013). As consequências deste fenómeno no doente identificam-se por medo, ansiedade de morte (von Blanckenburg et al., 2022), confusão (Fallowfield et al., 2002), depressão, raiva, solidão, incompreensão e falhas de comunicação (Lemus-Riscanevo et al., 2019), repercutindo-se na procura de alívio emocional (Sansom-Daly et al., 2021; von Blackenburg et al., 2022) num ambiente seguro que favoreça uma comunicação aberta em fim de vida (Hack et al., 2010), providenciando uma resposta proativa (Onishi, 2021), adequada às suas necessidades.

Na transmissão do diagnóstico de uma doença avançada, incurável e progressiva, tanto a família como os doentes e os membros da rede social são afetados significativamente (McClement et al., 2007; Scarton et al., 2018; Wang et al., 2021). Perante o abalo (Bruce et al., 2011), o choque inicial (Daneault et al., 2004) e as reações emocionais de tristeza, ansiedade (Mitchell et al., 2013), depressão (Ando et al., 2008), culpa, raiva, impotência, incerteza e medo (Costa et al., 2016; Daneault et al., 2004), os agentes deste processo são obrigados a (re)conectar e a (re)normalizar como formas de (res)significar os acontecimentos, vivendo num fluxo que, normalmente, os leva a confrontar a incerteza humana (Bruce et al., 2011), acarretando uma capacidade de adaptação incessante (Costa et al., 2016; Sansom-Daly et al., 2021).

Durante o tratamento e devido à elevada carga de sintomatologia associada à doença, poderá verificar-se um aumento significativo de sentimentos de desespero (Breitbart et al., 2000), traduzindo-se em consequências psicossociais, emocionais, físicas e existenciais (Bovero et al., 2018; Chochinov et al., 2009; Daneault et al., 2004), tanto para o doente como para o núcleo que o rodeia e que lhe presta auxílio (Taleghani et al., 2018). O impacto de uma doença terminal e as sucessivas perdas que ocorrem, conduzem o doente a um estado de profunda vulnerabilidade e fragilidade (Daneault et al., 2004), daí que tenha vindo a aumentar a necessidade de assistência a nível psicoemocional e biopsicossocioespiritual (Costa et al., 2016; Fitchett et al., 2015; Moghaddam et al., 2016; Rainbird et al., 2009), através da promoção de estratégias de *coping* para gestão do sofrimento (Fallowfield et al., 2002; Holland, 2002; Julião, Johnston & Antunes, 2022; Kasl-Godley et al., 2014; McClement et al., 2007; Mitchell, et al., 2013; Rodin & Zimmermann, 2008; Xiao et al., 2021), assim como assistência comunicacional e de informação (Rainbird et al., 2009). Neste sentido, têm vindo a ser desenvolvidas recomendações para a inclusão dos Cuidados Paliativos (CP) no tratamento padronizado para indivíduos com cancro (Ferrell et al., 2017), bem como diretrizes para garantia de prestação de cuidados de alta qualidade (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018). A frase emblemática de Chochinov (2006) *“to cure sometimes, to heal often, to comfort always”* (p. 101) sintetiza a atuação dos cuidados em fim de vida. Contudo, deve reconhecer-se como proporcionar esse conforto, demonstrando sensibilidade às variadas dimensões que interferem nas experiências de fim de vida (Chochinov, 2008) e que afetam o senso de valor próprio do doente (Xiao et al., 2021). Neste âmbito, os CP, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2020), visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que se deparam com desafios psicossociais, físicos e espirituais relativos à doença que

enfrentam (McClain et al., 2003). Estes cuidados integrados são prestados através de uma abordagem holística, pelo trabalho de uma equipa multidisciplinar (constituída por profissionais de diversas áreas, e.g. medicina, psicologia e assistência espiritual – Pimenta & Capelas, 2019), englobando a prevenção, redução e alívio do sofrimento experienciado numa fase precoce ou avaliação e tratamento de dor. Daí que os profissionais ao intervirem junto de doentes em fim de vida devam atender ao postulado no mais recente artigo de Chochinov (2022), aderindo à *“Platinum Rule”*: *“doing unto patients as they would want done unto themselves”* (p. 855), conseguindo, desta forma, alcançar respostas compassivas e individualizadas, tendo em conta a sua vontade e as necessidades específicas (Chochinov, 2022). Deste modo, enfrentar uma doença terminal (Daneault et al., 2016; Vuksanovic et al., 2017) implica um processo de aceitação ou reinterpretação positiva, que se não for alcançado envolve elevado sofrimento emocional e frustração devido à falsa expectativa de melhoria, recuperação ou cura (Daneault et al., 2016; Espinoza-Suárez et al., 2017). O sofrimento em fim de vida corresponde a uma experiência subjetiva e complexa (Iani et al., 2020), sendo descrito como *“the unspeakable, (...); it is what remains concealed, impossible to reveal (...)”* (Frank, 2001, p. 355). Consequentemente, a determinado momento, e com a evolução natural da doença, o tratamento poderá perder a sua eficácia, desencadeando um processo de avaliação de vida emocionalmente doloroso como resultado da deterioração física repentina (Guo et al., 2019; Onishi, 2021), fadiga e comprometimento funcional (Kasl-Godley et al., 2014; Xiao et al., 2021), decréscimo da qualidade de vida (Costa et al., 2016; Parajuli & Hupcey, 2021), perdas psicossociais e de identidade (Daneault et al., 2004; Kasl-Godley et al., 2014). Apesar de nestes casos não existir esperança de cura, os cuidados médicos continuam a ser prestados. Este intervalo entre viver e morrer prolongado – consciência da vida vs. consciência da morte (Colosimo et al., 2018) e sensação de aniquilação existencial (Mako et al., 2006) –, concede a oportunidade de o doente e seus familiares beneficiarem de intervenções psicológicas (Colosimo et al., 2018), possibilitando o envolvimento significativo num processo terapêutico eficaz<sup>4</sup>, concorrendo para o crescimento interpessoal e pessoal, bem como para o aprofundamento de relacionamentos (Julião et al., 2017; Vuksanovic et al., 2017).

---

<sup>4</sup> *“(…) opportunities for meaningful engagement and for an effective therapeutic process”* (Rodin & Zimmermann, 2008, p. 182).

As técnicas psicológicas comumente utilizadas nos CP são as intervenções centradas no significado ou revisão de vida e as Terapias Cognitivo-Comportamentais (von Blanckenburg & Leppin, 2018). Ultimamente, distintas intervenções psicoterapêuticas, como a Revisão de Vida (*Life Review*) estruturada de curto prazo (Ando et al., 2010; Haight, 1988; Kleijn et al., 2020; Xiao et al., 2013; Zhang et al., 2017), a Terapia da Dignidade (Chochinov et al., 2004, 2005, 2011, 2012; Cuevas et al., 2021; Fitchett et al., 2015; Hack et al., 2010; Hall et al., 2009, 2011, 2013; Houmann et al., 2013; Johns, 2013; Julião et al., 2013, 2014, 2017, 2021, 2022; Mai et al., 2018; Martínez et al., 2016; Vuksanovic et al., 2016, 2017; Xiao et al., 2019) e a Terapia Centrada no Significado (*Meaning Centered Psychotherapy*) (benéfica para o sofrimento emocional e promoção de um significado de vida e bem-estar espiritual – Breitbart et al., 2010), foram desenvolvidas para atender aos desejos e às necessidades específicas de doentes em fim de vida, perspetivando a otimização dos resultados terapêuticos (Vuksanovic et al., 2017), refletindo aspetos importantes das suas vidas, fortalecendo a identidade, o senso de significado, de propósito (Julião et al., 2021) e de continuidade (Kasl-Godley et al., 2014; Warth et al., 2019). De modo geral, são intervenções que apresentam efetivamente melhorias clinicamente significativas ao nível da qualidade de vida e redução do sofrimento emocional e existencial (Warth et al., 2019).

### 1.1.2. Terapia da Dignidade e Revisão de Vida

A perda percebida de dignidade e de esperança no fim de vida associa-se ao aumento do desejo de morrer (Breitbart et al., 2000), com níveis elevados de sofrimento psicológico (Chochinov et al., 2002; Chochinov, Hack, McClement, et al., 2002; Liu et al., 2021; Xiao et al., 2021) e espiritual, daí que a preservação da dignidade seja essencial (Chochinov, 2002; Chochinov et al., 2002, 2004, 2005; Chochinov, Hack, McClement, et al., 2002). A dignidade envolve pessoas capazes de viver de acordo com os seus valores e princípios (Barclay, 2016; Killmister, 2010), bem como a sensação de que a vida representou algo ou tem uma influência que transcende a morte (Goddard et al., 2012; Hall et al., 2013).

O trabalho empírico de Chochinov, Hack, McClement, et al. (2002) relacionado com o conceito de dignidade levou à criação do *Modelo da Dignidade* (Julião et al., 2017), que descreve como os doentes com cancro percebem a dignidade, oferecendo orientações, temas e subtemas (e.g. continuidade do eu, preservação de papéis, esperança, aceitação e resiliência/espírito

lutador – Chochinov et al., 2004; Chochinov, Hack, McClement, et al., 2002; Hall et al., 2013; Julião et al., 2017). Estes serviram de base empírica para o desenvolvimento de intervenções que respeitam à reminiscência (Chochinov et al., 2002; Hall et al., 2013) e promovem a dignidade para doentes em fim de vida, como a *Terapia da Dignidade* (TD) (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2004, 2005; McClement et al., 2007). A TD tem sido identificada como uma intervenção psicoterapêutica breve e individualizada (Martínez et al., 2016; McClement et al., 2007), desenvolvida por Chochinov et al. (2004, 2005, 2011, 2012), cujo principal objetivo é proporcionar generatividade<sup>5</sup> (Chochinov et al., 2004; Julião et al., 2017, 2021) e dignidade perto do fim de vida (Chochinov et al., 2002, 2004, 2005, 2011, 2012; Chochinov, Hack, McClement, et al., 2002; Grijó et al., 2021; Julião et al., 2013, 2014, 2017, 2021). Além disso, promove o desejo de continuar a viver, mesmo perante a morte iminente, diminui o sofrimento psicossocial e existencial (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2005; Julião et al., 2014; Martínez et al., 2016), a ansiedade psicológica e emocional (Grijó et al., 2021; Julião et al., 2013, 2014), melhora a depressão (Julião et al., 2014), a qualidade de vida e reforça o senso de significado e propósito (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2002, 2004; Julião et al., 2021), auxiliando os doentes “to find a new meaning in life” (Grijó et al., 2021, p. 605). Isto concretiza-se através da oportunidade de construção de um legado físico (Chochinov et al., 2004, 2005; Goddard et al., 2012), ao registar a sua história de vida e os seus valores pelo processo narrativo de criação de um documento duradouro (Goddard et al., 2012; Scarton et al., 2018; Schoppee et al., 2021), facilitador da exploração de resiliência e esperança, apesar dos desafios da doença (Hall et al., 2013; Vuksanovic et al., 2017).

A TD, enquanto intervenção psicossocial e multidimensional (Fitchett et al., 2015) constitui uma abordagem ativa de questões reflexivas abertas, englobando pontos-chave da vida do doente e aspetos pelos quais gostariam de ser lembrados (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2004; Hall et al., 2009, 2011; Julião et al., 2014, 2017, 2022), assim como experiências que decorrem do processo de intervenção (Chochinov et al., 2005, 2011). Embora o protocolo de perguntas da TD guie o profissional e forneça estrutura, este é relativamente flexível para acomodar as necessidades dos doentes (Chochinov et al., 2012; Vuksanovic et al., 2016). Deste modo, o conteúdo das sessões é gravado, transcrito, editado e compilado, emanando num documento que constitui o seu legado, sendo entregue ao doente (Martínez et al., 2016) e

---

<sup>5</sup> Termo derivado do Modelo da Dignidade, cunhado por Erik Erikson, remete à preocupação na orientação da geração seguinte e à satisfação que os indivíduos experienciam como resultado de atividades significativas (McClement et al., 2007). Ou seja, o confronto no reconhecimento de que algo duradouro do doente transcenderá à morte.

compartilhado com uma ou mais pessoas identificadas, podendo mesmo guardá-lo para si, consoante a sua vontade, após alterações adicionais e revisão final (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2004, 2005, 2012; Cuevas et al., 2021; Fitchett et al., 2015; Hall et al., 2009, 2011, 2012, 2013; Houmann et al., 2013; Julião et al., 2014, 2017; Xiao et al., 2022). Este documento contém, frequentemente, relatos de memórias (Julião et al., 2014), expressões de arrependimento, afirmações de amor pela família e amigos (Beck et al., 2018; Chochinov et al., 2005; Hack et al., 2010; Hall et al., 2013), esperanças e objetivos futuros (Julião et al., 2017), depoimentos, transmissão de conselhos (Hall et al., 2009, 2011; Julião et al., 2014, 2022), mensagens importantes (Chochinov, 2006; Cuevas et al., 2021; Houmann et al., 2013; Julião et al., 2021; Martínez et al., 2016; Scarton et al., 2018; Vuksanovic et al., 2016), como desejos para entes queridos (Hack et al., 2010), lições de vida (Julião et al., 2017) e palavras de apoio que auxiliam os familiares no luto (Martínez et al., 2016), mitigando o sofrimento (Goddard et al., 2012; McClement et al., 2007). Para estes doentes em estado terminal, os efeitos benéficos de salvaguardar o bem-estar dos familiares estendem-se ao fim da própria vida e mesmo após, através do documento de generatividade (Chochinov, 2002, 2006; Chochinov et al., 2004; Chochinov, Hack, McClement, et al., 2002; Dose & Rhudy, 2017; Goddard et al., 2012; Hack et al., 2010; Hall et al., 2009, 2011, 2013; Houmann et al., 2013; Julião et al., 2014, 2017, 2021; McClement et al., 2007).

Em suma, esta terapia engloba questões relacionadas com o passado, reflexões pessoais e pensamentos, permitindo recordar eventos, lugares e pessoas significativas e, por esse motivo, assemelha-se às intervenções com abordagens terapêuticas baseadas na reminiscência e revisão de vida (Chochinov et al., 2012; Xiao et al., 2022).

A *Revisão de Vida* (RV) é uma intervenção psicoterapêutica breve reconhecida como eficaz para pessoas que enfrentam o desafio da morte (Ando et al., 2010; Xiao et al., 2013; Zhang et al., 2017), proposta com base na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (Haight, 1988), facilitando a conquista da integridade do ego. Compartilha os objetivos da TD, através de uma revisão progressiva das expectativas de vida e narrativas do doente (Ando et al., 2010; Vuksanovic et al., 2017). A RV, ao fornecer oportunidade de recuperar pensamentos positivos (Kleijn et al., 2020) e reavaliar sentimentos negativos (Zhang et al., 2017), é eficaz na redução do sofrimento emocional e psicoexistencial (Boston et al., 2011; Grijó et al., 2021) e na melhoria do bem-estar de doentes em fim de vida (Ando et al., 2010; Bovero et al., 2018; Kleijn et al., 2020). Proceder a

uma revisão da vida encoraja-os a reconsiderar prioridades, a refletir sobre as experiências passadas, incluindo conflitos e assuntos pendentes (Rodin & Zimmermann, 2008), a relembrar as contribuições sociais e familiares, proporcionando consciencialização do próprio valor e existência, encontrando significado na vida, possibilitando mitigar a depressão, culpa e ansiedade (Ando et al., 2010), bem como melhorar significativamente a esperança, autoestima e qualidade de vida (Xiao et al., 2013; Zhang et al., 2017). O produto final da RV é um livro/álbum de revisão de vida que documenta as experiências significativas por meio de fotografias e palavras-chave ou frases, podendo servir como um legado pessoal (Ando et al., 2008; Xiao et al., 2013).

Encontram-se evidências crescentes da utilidade da TD no âmbito dos CP, sugerindo que é clinicamente relevante e valiosa em populações com cancro, com um efeito globalmente sustentado e maioritariamente positivo (Aoun et al., 2015; Chochinov et al., 2011, 2012; Cuevas et al., 2021; Fitchett et al., 2015; Goddard et al., 2012; Hall et al., 2011, 2013; Houmann et al., 2013; Julião et al., 2014, 2022; Mai et al., 2018; Martínez et al., 2016; Vuksanovic et al., 2017; Xiao et al., 2019), auxiliando os doentes e familiares a encontrar significado e propósito de vida, melhorando o bem-estar ao mitigar ou impedir o sofrimento existencial (Bovero et al., 2018), uma vez que um ambiente terapêutico seguro permite compartilhar sentimentos, pensamentos e experiências pessoais (McClement et al., 2007; Onishi, 2021; Zhang et al., 2017).

Embora o foco principal da TD seja o doente, têm existido alguns desenvolvimentos na literatura, tendo sofrido uma evolução na expansão em termos de aplicabilidade a novas populações, como os familiares, enquanto parte importante no processo de doença. Estudos desenvolvidos (Grijó et al., 2021; Hall et al., 2011, 2012; McClement et al., 2007; Scarton et al., 2018; Xiao et al., 2022) para avaliar os resultados da TD nos familiares, têm apresentado efeitos salutares nesta fase delicada, demonstrando o potencial e a importância das intervenções junto desta população. No entanto, são necessárias mais investigações que se concentrem nestes agentes, para melhor compreender as suas perspetivas e necessidades.

### **1.1.3. Terapia do Sentido de Vida**

A *Terapia do Sentido de Vida* (TSV) foi desenvolvida por Cardoso et al. (2023) com base nos princípios teóricos de abordagens psicoexistenciais, como a TD, a RV e a Terapia centrada no significado e é identificada como inovadora (Cardoso, 2019; Rocha, 2021).

Propõe uma intervenção psicoterapêutica breve, partindo de um protocolo de questões reflexivas, acerca do (res)significado do sentido de vida e propósito do doente, da (re)conciliação com o passado e o presente, englobando temas centrais como preocupações interpessoais e arrependimentos, com vista a fortalecer um sentido de valor (Vuksanovic et al., 2017), na tentativa de promover melhores cuidados ao doente oncológico, assim como contribuir para prestação de suporte no luto antecipado e para prevenção do luto complicado junto dos familiares.

A metodologia da TSV é assemelhável à TD, oferecendo uma oportunidade para doentes em fim de vida abordarem necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Bandeali et al., 2019; Scarton et al., 2018; WHO, 2022), através de um processo de uma revisão de vida compartilhada e guiada por meio de uma entrevista protocolizada de 14 questões, administrada em quatro sessões (Cardoso, 2019; Rocha, 2021; Scarton et al., 2018). O objetivo final da TSV é a criação de um documento escrito, permitindo materializar um legado, denominado "*Carta-de-Vida*", que pode ser entregue a familiares do doente ou pessoas significativas, se assim o desejar. O foco centra-se em conduzir o doente a encontrar um significado da sua existência, proporcionar um sentido de dignidade e promover o ajustamento psicológico, incluindo a celebração da vida, aceitação e adaptação ao fim de vida (Almeida et al., 2022). São também encontradas questões reflexivas com mensagens importantes, como a imagem pela qual os doentes gostariam de ser recordados pelas pessoas significativas, como o perdão, despedidas, arrependimentos, resolução de assuntos pendentes e conselhos futuros (Cardoso, 2019; Rocha, 2021). A ideia principal deste documento é que a transcrição final durará, de forma que a recordação de memórias biográficas dos doentes (Cardoso, 2019) ou a sua espiritualidade se estendam além da morte, ajudando-os a reavaliar as suas vidas (Xiao et al., 2019). Para além disso, pretende-se que a *Carta-de-Vida* facilite a comunicação com a família e a sensação de relacionamento contínuo, mesmo após a morte do doente, especialmente que o(s) seu(s) recetor(es) a interpretem como uma fonte de conforto, tal como sucede com a TD (Aoun et al., 2015; Grijó et al., 2021), tanto em vida, como no processo de luto (McClement et al., 2007). Têm vindo a ser estudados recentemente a pertinência e o impacto positivo da TSV e aponta-se para a necessidade de estudos mais alargados que complementem os resultados promissores alcançados (Cardoso, 2019; Rocha, 2021).

A ação dos profissionais de saúde não cessa no momento da morte do doente, estendendo-se após a perda, permitindo acompanhar os familiares (Chochinov, 2006), bem como avaliar e intervir em eventuais complicações que possam surgir no decurso do processo de luto,

possibilitando o despiste de perturbações. O luto é uma das experiências mais dolorosas da vida dos indivíduos (Logan et al., 2017; Shear, 2015; Stroebe et al., 2007) face à perda de um ente querido. A resposta a este fenómeno é heterogénea, consoante o indivíduo (Shear, 2015). Uns poderão exibir reações de luto com sintomas clinicamente significativos, enquanto outros poderão apresentar reações adaptativas e resilientes à perda, demonstrando reduzido sofrimento ao nível psicológico. Tudo dependerá de fatores situacionais, inter e intrapessoais, que terão consequência na vivência da perda (Stroebe et al., 2007). Ainda assim, a unidade familiar é desafiada a enfrentar a morte do doente e a ajustar-se sem a presença do ente querido (Grijó et al., 2021). Por conseguinte, a singularidade do processo e as experiências distintas face à perda repercutem-se num impacto díspar, que nem sempre se coaduna com uma adaptação ao processo.

Devido à complexidade do processo de luto e considerando que os destinatários tanto do documento legado como da *Carta-de-Vida* participam no processo de intervenção, direta ou indiretamente, questiona-se se estes documentos apresentam resultados na promoção de um luto adaptativo, apesar de pouco se saber sobre o seu efeito concreto nos recetores, tal como sublinhado por Scarton et al. (2018). Deste modo, verifica-se que há um grande investimento técnico-científico no acompanhamento dos doentes e familiares no processo de doença em fase paliativa e terminal, havendo, no entanto, uma lacuna no acompanhamento pós-morte dos familiares sobreviventes. A este propósito salienta-se a publicação de um estudo de McClement et al. (2007) e outro de Julião et al. (2022), no qual se propõe a aplicação de um protocolo em versão portuguesa da TD para aplicação póstuma, em resposta à interpelação realizada por dois familiares enlutados. É neste contexto que surge o presente estudo, como uma oportunidade de “dar voz” aos familiares de doentes já falecidos, anteriormente submetidos à TSV, contribuindo para a compreensão do processo de perda e para o desenvolvimento de estudos no âmbito do impacto da TSV. A questão de investigação a que pretendemos responder é “Qual o impacto da TSV no processo de luto dos familiares do ente querido falecido sujeito a esta intervenção?”.

## Capítulo II

### 2.1. Metodologia

#### 2.1.1. Objetivos

Em coerência com o objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos: 1) Conhecer a percepção do familiar acerca do impacto da TSV na adaptação do doente ao processo de morte; 2) Conhecer a percepção do familiar acerca do potencial impacto da TSV na sua adaptação ao processo de morte do ente querido; 3) Avaliar o potencial impacto da *Carta-de-Vida* no processo de luto; e 4) Explorar o processo de adaptação à perda.

#### 2.1.2. Desenho e Método

A natureza da metodologia da investigação respeita um desenho transversal e exploratório, com base numa abordagem indutiva (Guest et al., 2012), através da recolha dos testemunhos dos familiares que partilharam as suas experiências e perspetivas acerca do impacto da TSV e benefícios da mesma, nomeadamente na sua adaptação à perda, bem como ao nível da adaptação ao processo de morte por parte do doente e respetivo familiar. Para tal, utilizou-se a entrevista semiestruturada como sendo o método de recolha mais ajustado e recorreu-se ao desenho de uma análise qualitativa, uma vez que os métodos qualitativos fornecem uma fonte de descrições e explicações ricas<sup>6</sup> (Miles et al., 2014) e bem fundamentadas de um fenómeno por meio das experiências de quem as vivenciou diretamente, reconhecendo e contextualizando o ponto de vista do participante, dentro da própria realidade (Castleberry & Nolen, 2018). No presente estudo, a orientação de análise adotada remete aos princípios da análise fenomenológica interpretativa (Braun & Clarke, 2006; Creswell & Poth, 2018), mais especificamente da análise temática, enquanto método centrado em identificar, analisar e relatar temas dentro dos dados<sup>7</sup> (Braun & Clarke, 2006) ou padrões recorrentes (Guest et al., 2012), procurando dar resposta aos objetivos delineados nesta investigação. Como apontado, pretende-se “dar voz” aos participantes e esta é uma das tradições da investigação qualitativa (Creswell &

---

<sup>6</sup> “(...) rich descriptions and explanations” (Miles et al., 2014, p. 4).

<sup>7</sup> “Thematic analysis is a method for identifying, analysing and reporting patterns (themes) within data” (Braun & Clarke, 2006, p. 79).

Poth, 2018; Guest et al., 2012). Concomitantemente, e uma vez que o luto é uma experiência universal e multidimensional (Creswell & Poth, 2018), sendo um acontecimento interpretado de forma única e distinta, justifica-se que a análise qualitativa se mostre como o método mais apropriado para levar a cabo este estudo (Creswell & Poth, 2018), permitindo, simultaneamente, explorar o que os participantes apresentam sobre a sua vivência deste fenómeno.

### 2.1.3. Amostra

No estudo participaram 8 indivíduos, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos ( $M=38.38$ ;  $DP=11.86$ ), sendo 1 do género masculino e 7 do género feminino ([Tabela 1](#)). Trata-se de uma amostra intencional<sup>8</sup> (Yin, 2016) e de conveniência, tendo sido definidos como critérios de inclusão: 1) O familiar do doente ter participado previamente no estudo<sup>9</sup> desenvolvido num Hospital da região norte de Portugal; 2) O doente já ter falecido; 3) Ter recebido a *Carta-de-Vida*; e 4) Ausência de psicopatologia e/ou défice cognitivo que comprometa a capacidade para responder à entrevista.

**Tabela 1**

*Caracterização da Amostra*

		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género	Feminino	7	87.50		
	Masculino	1	12.50		
Idade				38.38	11.86
Grau de parentesco do doente	Pai/Mãe	5	62.50		
	Marido/Esposa	1	12.50		
	Neto/a	1	12.50		
	Outro	1	12.50		
Tempo decorrido desde a morte	Menos de 1 ano	1	12.50		
	1 a 2 anos	1	12.50		
	2 a 3 anos	3	37.50		
	Mais de 3 anos	3	37.50		

<sup>8</sup> "(...) *purposive sampling*" (Yin, 2006, p. 93).

<sup>9</sup> Estudo longitudinal, no qual participam exclusivamente díades (doente oncológico e respetivo familiar/cuidador). Os doentes são submetidos a uma intervenção psicoterapêutica breve – TSV, da qual resulta a elaboração de uma *"Carta-de-Vida"* a ser entregue ao familiar. Ambos, doentes e familiares, são avaliados qualitativamente no que respeita ao impacto da intervenção.

Ao analisarmos o período decorrido desde o falecimento do doente até à recolha de dados da presente investigação, verificámos que este varia entre 5 meses e 4 anos e 1 mês.

Relativamente ao grau de parentesco com o falecido, os participantes do estudo são maioritariamente filhos (62.50%), seguidos de cônjuges, netos e outro grau de parentesco (12.50%).

#### 2.1.4. Instrumentos

Para a recolha de dados elaborou-se um protocolo de investigação, consistindo no guião de entrevista semiestruturado (Anexo \*), construído com base nos objetivos do estudo, definindo-se os tópicos a serem explorados. Tratou-se de um processo dinâmico de discussão ativa, no qual participaram todos os membros da equipa de investigação.

O guião de entrevista é composto por 23 questões e foi delineado de forma a aferir, inicialmente, se o participante se recordava de o seu familiar ter sido submetido à TSV, e, posteriormente, conhecer a perceção do participante sobre se a intervenção a que o seu familiar foi submetido o ajudou a enfrentar a morte, se a *Carta-de-Vida* por ele elaborada o ajudou a lidar com a perda e de que forma é que está a lidar/lidou com essa mesma perda.

#### 2.1.5. Procedimento de Recolha de Dados

A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde de um Hospital da região norte de Portugal (Projeto Científico N.º 107/2021 CAF). Seguidamente, efetuou-se a análise da base de dados das intervenções implementadas anteriormente, para seleção dos potenciais candidatos à participação no estudo, tendo-se identificado 19<sup>10</sup> doentes sujeitos a intervenção ([Figura 1](#)). Através da informação constante do registo clínico informatizado utilizado na instituição hospitalar (SCLínico), foram eliminados 3 por não cumprirem os critérios de inclusão (2 estavam vivos e 1 porque a carta elaborada ficou para o próprio<sup>11</sup>). Além disso, não foi possível

---

<sup>10</sup> Familiares de doentes já falecidos, anteriormente acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da entidade hospitalar.

<sup>11</sup> No projeto original integrado nesta linha de investigação era um requisito necessário que o doente dirigisse a carta a alguém, incluindo ele próprio, sendo o documento entregue a este(s) pelo doente ou após o falecimento do mesmo, se essa fosse a sua vontade.

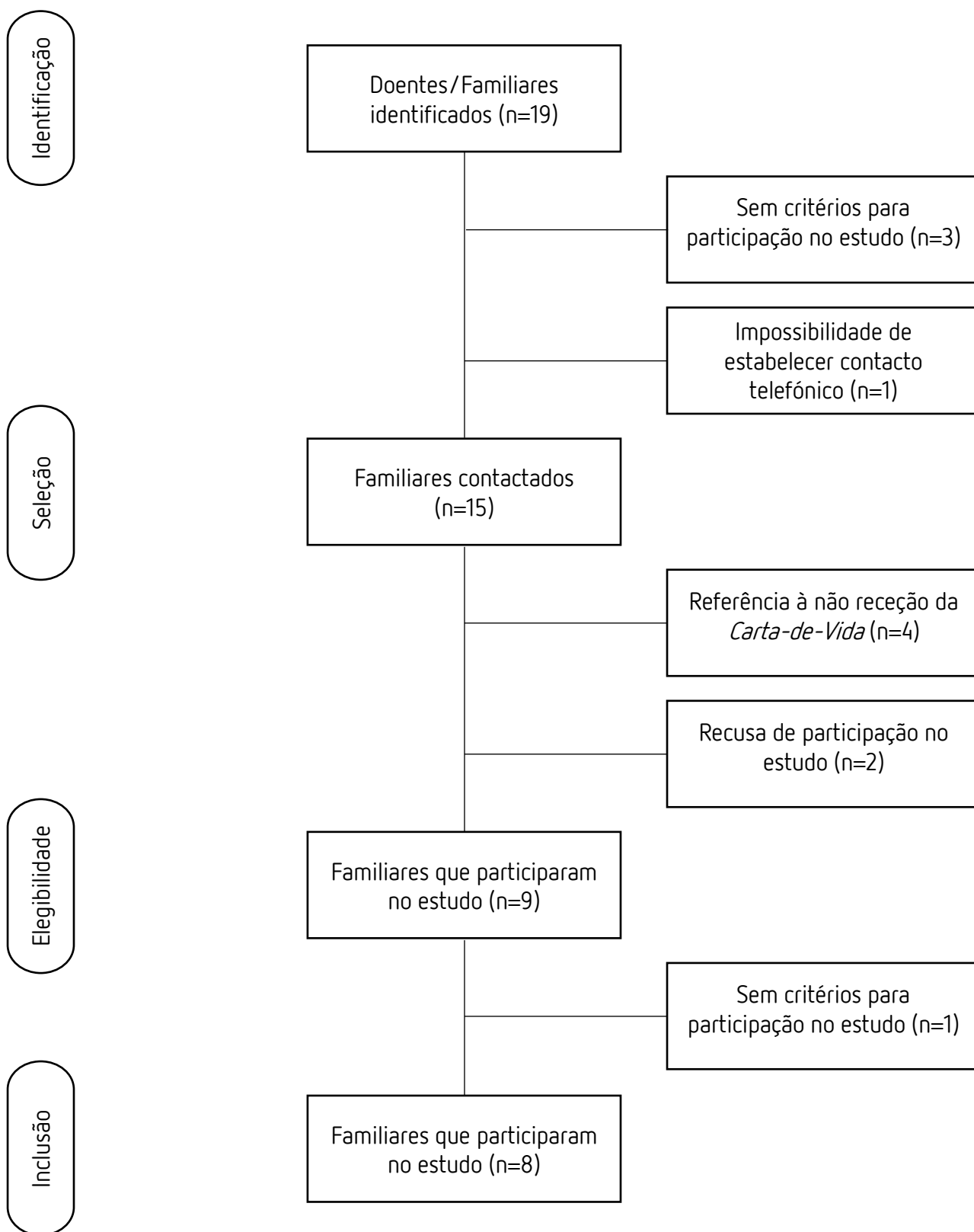
contactar 1 familiar, reduzindo-se o número inicial para 15 potenciais participantes (familiares). Estes foram contactados por via telefónica, explicando-se o motivo do contacto, questionando-se a receção da *Carta-de-Vida* e resumindo-se brevemente o objetivo do estudo. Dos 15 familiares verificou-se que 4 afirmaram não ter recebido a *Carta-de-Vida* (apesar de haver referência de entrega desta ao doente) e 2 recusaram-se a participar no estudo, contabilizando-se, assim, 9 familiares elegíveis para a presente investigação, cumprindo as orientações para o tipo de estudo proposto (Creswell & Poth, 2018). Neste sentido, a cada um dos 9 participantes que concordaram em participar no estudo, foi explicado (através do contacto telefónico e no dia da recolha dos dados) o motivo de ser selecionado, quais os objetivos da investigação, assim como a intenção de recolher o seu testemunho. Adicionalmente, clarificou-se e justificou-se a entrevista como o procedimento de recolha de dados, incluindo a respetiva gravação áudio (Creswell & Poth, 2018). Porém, aquando da entrevista, verificou-se que 1 dos participantes selecionados não cumpria na totalidade os critérios de inclusão, uma vez que para além de não se recordar da receção da *Carta-de-Vida*, apresentou um discurso incoerente e divergente ao longo da entrevista, inviabilizando a recolha de dados, motivo pelo qual foi excluído. Desta forma, a amostra final foi constituída por 8 participantes.

A recolha dos dados foi efetuada num Hospital da região norte de Portugal pela investigadora, entre 11 de abril e 20 de junho de 2022, através do agendamento de consultas de Psicologia. As entrevistas realizaram-se na data e hora marcadas, num gabinete com condições apropriadas, após obtenção do consentimento esclarecido e informado por escrito (Anexo \*) (Creswell & Poth, 2018). A condução das entrevistas foi auxiliada pelo guião de entrevista (cf. 2.1.4.), procedendo-se à respetiva gravação em áudio através de um *tablet*, garantindo a uniformização da recolha de dados. Apesar disso, e quando necessário, a ordem das questões colocadas aos participantes foi alterada, consoante o decorrer do diálogo estabelecido e dos assuntos abordados, cumprindo-se, todavia, integralmente o guião de entrevista.

Importa ressaltar que todo o processo foi desenvolvido respeitando-se as diretrizes e os princípios éticos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, o Código de Conduta Ética da entidade hospitalar e o documento informativo relativo à Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.

Figura 1

Fluxograma de Seleção da Amostra



## 2.1.6. Procedimento de Análise e Tratamento de Dados

O processo de análise do conteúdo das entrevistas foi orientado pelas diretrizes da análise temática de Braun e Clarke (2006). Por conseguinte, o primeiro passo consistiu na transcrição *ipsis verbis* das entrevistas em áudio para documentos individuais no *Microsoft Word*, atribuindo-se um número a cada participante, respeitando os regulamentos de proteção de dados. Seguidamente, os textos foram percorridos, possibilitando a correção de erros ou de imprecisões no conteúdo. Efetuaram-se, posteriormente, leituras globais e releituras exaustivas de todas as entrevistas para familiarização com os dados. Sucedeu-se a leitura flutuante, com a respetiva elaboração de notas de análise iniciais relativas ao conteúdo, assinalando devidamente a informação relevante para a investigação, como significados e pensamentos.

Os arquivos foram importados para o *software QSR NVivo 13*, versão 1.7 (QSR International, 2022), procedendo-se à organização de todos os dados – compilação, correspondente separação, extração de unidades semânticas ou do conteúdo com significado latente (Braun & Clarke, 2006) e criação de um sistema de categorias significativas. Deu-se, assim, início à codificação e geração de códigos iniciais. Neste ponto importa referir que para garantir a integridade do processo de análise, todas as categorias ou subcategorias foram organizadas consoante o conteúdo dos dados emergentes das narrativas dos participantes, ou seja, os dados é que guiaram este processo de codificação e não o contrário (Elo & Kyngäs, 2008). Recorreu-se, principalmente, à abordagem de codificação descritiva e à codificação *“in vivo”* ou codificação aberta (Castleberry & Nolen, 2018; Elo & Kyngäs, 2008; Miles et al., 2014), usando as palavras ou frases da narrativa dos participantes para descrever as subcategorias (Yin, 2016).

Respeitaram-se, simultaneamente, as cinco etapas inerentes ao processo de análise temática, que envolveram compilar, desmontar, remontar, interpretar e concluir (Yin, 2016). Por isso, apesar de o processo de codificação ter sido desenvolvido em etapas progressivas, na prática sucederam-se avanços e retrocessos e uma análise comparativa constante dos temas e subcategorias (Guest et al., 2012). Uma vez alcançada a saturação temática indutiva (Miles et al., 2014), efetuou-se a análise conjunta e a verificação final de coerência entre os temas e os dados, através dos significados explícitos e implícitos (Levitt et al., 2017), prosseguindo-se para o processo de descrição, análise e interpretação dos mesmos.

Participaram no processo de codificação e desenvolvimento do sistema de categorias três investigadores da equipa, em reuniões regulares realizadas para discussão, análise (Graneheim & Lundman, 2004) e triangulação das decisões tomadas (Miles et al., 2014), garantindo consistência e confiabilidade ao processo de análise (Elo & Kyngäs, 2008).

## Capítulo III

### 3.1. Resultados

No processo de codificação identificou-se uma variedade de temas relativa ao impacto da intervenção. Assim, da análise dos dados qualitativos e para dar resposta aos objetivos previamente definidos, sucederam-se cinco temas principais: 1) *Recordação da Intervenção*; 2) *Adaptação do Doente ao Processo de Morte*; 3) *Adaptação do Familiar ao Processo de Morte*; 4) *Papel da Carta-de-Vida no Processo de Adaptação*; e 5) *Processo de Luto*.

Todo o processo de análise levado a cabo gerou um sistema de categorias que se encontra no Anexo \*, sendo apresentada conjuntamente informação relativa ao número de participantes (P) que reporta determinado conteúdo, o número de referências (Ref.<sup>as</sup>) e a descrição de cada categoria e subcategoria emergente dos dados. O sistema encontra-se organizado pela ordem de expressividade, considerando o número de referências.

A apresentação dos resultados efetuou-se em consonância com os objetivos propostos. De forma a facilitar a compreensão dos mesmos, apresentam-se tabelas para cada tema principal, englobando o número de P e o número de Ref.<sup>as</sup> do conteúdo, como indicadores da pregnância dos resultados alcançados. Incluiu-se, ainda, um excerto ilustrativo da categoria e subcategoria em *itálico*, encontrando-se entre parênteses o participante que o mencionou (e.g., P2). Na análise dos resultados, destacaram-se as categorias e subcategorias emergentes a **negrito**.

Iniciamos a análise dos dados pela Recordação da Intervenção, considerando-se a mesma como fulcral para responder aos objetivos delineados.

### 3.1.1. Recordação da Intervenção

Ao nível da **recordação da intervenção** (Tabela 2), os participantes afirmaram que se recordam de o ente querido ter participado na TSV (8P/8Ref.<sup>as</sup>). Evidenciaram, especificamente, o **conteúdo das perguntas** (3P/3Ref.<sup>as</sup>): *“Lembro-me que na altura a minha mãe me disse que foi uma menina ter com ela, e que lhe fez uma série de perguntas (...)”* (P1); a **carta** (2P/2Ref.<sup>as</sup>); as **sessões** (2P/2Ref.<sup>as</sup>); o **acompanhamento psicológico** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e o **acompanhamento do familiar às consultas** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Além disso, verificou-se uma **recordação positiva** da intervenção (1P/1Ref.<sup>a</sup>).

Tabela 2

*Categoria “Recordação da Intervenção”*

Categorias e Subcategorias	P.	Ref. <sup>as</sup>	Excerto
<b>1. RECORDAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>			
1.1. Sim	8	8	<i>“Sim, recordo-me perfeitamente sim.”</i> (P8)
1.2. Conteúdo das perguntas	3	3	<i>“(...) lembro-me de ela ir ter com uma Psicóloga e ela fazer-lhe algumas perguntas sobre a vida dela, os antepassados dela (...)”</i> (P6)
1.3. Carta	2	2	<i>“Lembro-me da carta.”</i> (P7)
1.4. Sessões	2	2	<i>“Sei que ela fez algumas sessões, duas talvez ou três com a Psicóloga (...)”</i> (P5)
1.5. Acompanhamento Psicológico	1	1	<i>“O que eu me recordo é que ele teve um acompanhamento assim psicológico (...)”</i> (P2)
1.6. Acompanhar às consultas	1	1	<i>“(...) lembro-me que até a bem dizer fui eu sempre que a... que vinha com ela. E, e eu vinha com ela realmente aqui...”</i> (P3)
1.7. Recordação positiva	1	1	<i>(E acha que esta carta tem aspetos negativos?) “Não, não acho.”</i> (P7)

### 3.1.2. Adaptação do Doente ao Processo de Morte e Adaptação do Familiar ao Processo de Morte

Foram identificados, através do testemunho dos participantes (Tabela 3), aspetos de promoção, ou não, da **adaptação do doente** durante o processo de intervenção, dando origem à subcategoria **promoveu adaptação**. Salientaram que a intervenção teve um impacto **positivo** (6P/6Ref.<sup>as</sup>), por ser promotora da adaptação **ao processo de morte**: *“Sim, acho que é só pontos positivos (...)”* (P6), contribuindo, conseqüentemente, para o **reconhecimento de prognóstico** (3P/4Ref.<sup>as</sup>), sendo realçado que: *“Embora ele saiba, tivesse a noção mesmo que... do que se*

*estava a passar” (P4). Aponta-se que, com a intervenção surgiu um **espaço de privacidade** (2P/2Ref.<sup>as</sup>), de confiança e de partilha, que **ajuda nos momentos difíceis** (1P/1Ref.<sup>a</sup>); e “(...) *Porque falando... ajuda sempre um bocadinho (...)*” (P4) (**ajudou a enfrentar** – 1P/1Ref.<sup>a</sup>), concorrendo para uma certa sensação de **ânimo/alívio** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). A intervenção foi, também, descrita como um **garante de bem-estar psicológico** (1P/1Ref.<sup>a</sup>), tendo auxiliado **parcialmente** (2P/2Ref.<sup>as</sup>) a adaptação do doente ao processo de morte, ressaltando-se que um participante, neste domínio, referiu **acreditar que sim** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Em contrapartida, os participantes elencaram aspetos considerados negativos ou não facilitadores de adaptação, decorrentes da intervenção levada a cabo, integrando a subcategoria **não promoveu adaptação** do doente ao processo, pela **conspiração do silêncio** (4P/4Ref.<sup>as</sup>), presente no discurso de metade dos participantes: *“O meu pai nunca foi de se mostrar “fraco”, sempre quis ser forte para a família, ele sempre escondeu isto da minha mãe. Ele sempre... cada carta, cada exame que recebia ele nunca mostrava à minha mãe (...)*” (P2); *“(...) porque é assim, ela nunca teve muito consciência do que tinha, porque... nós preferimos que não fosse muito... não chamar o cancro. Ela tinha uma doença, ponto. (...) eu acho que ela que... nunca tomou muito consciência que seria efetivamente o fim.”* (P5); *“Eu às vezes tinha dúvida se (...) sabia o quanto estava doente. (...) depois comecei a perceber que aquilo era uma defesa dele (...)*” (P7).*

Relativamente à **adaptação do familiar ao processo de morte**, codificaram-se excertos em que os participantes sublinharam a importância da intervenção para a sua própria adaptação. Na subcategoria **promoveu adaptação**, a maioria evidenciou que a intervenção **ajudou a enfrentar** (5P/7Ref.<sup>as</sup>) o fim de vida do ente querido, colaborando para a adaptação: *“Sim, sim... muito.”* (P1) e contribuindo para o **reconhecimento do prognóstico** (2P/2Ref.<sup>as</sup>): *“Eu acho que aceitei bem, por exemplo eu nunca estive em negação ao facto de o meu pai ter uma doença que era, à partida, incurável, não é.”* (P8). Adicionalmente, a intervenção foi equiparada a um **espaço de privacidade** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). No entanto, 2 participantes revelaram que a intervenção **não promoveu adaptação**, afirmando que **não ajudou** (2P/2Ref.<sup>a</sup>), sendo, por isso, mencionada a **necessidade de acompanhamento paralelo** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Por sua vez, destaca-se a referência do **abalo, choque** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) face ao reconhecimento do diagnóstico do familiar e a **incerteza no curso da doença** (1P/1Ref.<sup>a</sup>): *“Naqueles primeiros tempos, e... e depois na altura quando eu perguntei aos médicos quanto tempo (...) disseram que ela tinha 6 meses e eu acho que ao mesmo tempo foi assim um bocado... chocante. (...) ela ainda durou... se for a ver, mais 1 ano e meio do que eles tinham previsto (...)*” (P3).

**Tabela 3**

*Categorias “Adaptação do Doente ao Processo de Morte” e “Adaptação do Familiar ao Processo de Morte”*

<b>Categorias e Subcategorias</b>	<b>P.</b>	<b>Ref.<sup>as</sup></b>	<b>Excerto</b>
<b>2. ADAPTAÇÃO DO DOENTE AO PROCESSO DE MORTE</b>			
2.1. Promoveu adaptação			
2.1.1. Positivo	6	6	<i>“Eu...muito honestamente só vejo pontos positivos (...)”</i> (P1)
2.1.2. Reconhecimento do prognóstico	3	4	<i>“(...) embora ele tivesse, já tivesse ciente do que ele tinha digamos assim.”</i> (P2)
2.1.3. Espaço de privacidade	2	2	<i>“(...) chegou a dizer-me que gostou porque falou de coisas que não falava, que não tinha falado com ninguém...”</i> (P5)
2.1.4. Parcialmente	2	2	<i>“De certa forma sim, embora eu conhecendo a personalidade dele, sei que ele ia ser sempre assim, que ia reagir sempre dessa maneira.”</i> (P2)
2.1.5. Acreditar que sim	1	1	<i>“Eu acredito que sim... sim, acredito que sim.”</i> (P1)
2.1.6. Ajuda nos momentos difíceis	1	1	<i>“Ajuda sempre nestes momentos mais difíceis, porque uma pessoa está muito sensível e um bocadinho... desesperada, não é.”</i> (P4)
2.1.7. Ajudou a enfrentar	1	1	<i>“Sim, ajuda sempre um bocadinho não é... Porque falando... ajuda sempre um bocadinho (...)”</i> (P4)
2.1.8. Ânimo/alívio	1	1	<i>“(...) lembro-me que pelo menos ele parecia sair um bocadinho mais... animado (...), aliviado sim...”</i> (P8)
2.1.9. Garante de bem-estar psicológico	1	1	<i>“É assim eu quero crer que o ajudou psicologicamente a manter alguma sanidade... (emocionada) até ao fim.”</i> (P8)
2.2. Não promoveu adaptação			
2.2.1. Conspiração do silêncio	4	4	<i>“Ela não tinha muita noção que estava no fim de vida, que eu pedi sempre para... só se ela perguntasse é que lhe iam dizer e ela nunca perguntou, portanto...”</i> (P6)
<b>3. ADAPTAÇÃO DO FAMILIAR AO PROCESSO DE MORTE</b>			
3.1. Promoveu adaptação			
3.1.1. Ajudou a enfrentar	5	7	<i>“Sim, claro que sim, ajudou sempre.”</i> (P4)
3.1.2. Reconhecimento do prognóstico	2	2	<i>“Porque efetivamente eu sabia que, o que lhe ia acontecer.”</i> (P5)
3.1.3. Espaço de privacidade	1	1	<i>“Eu lembro-me das vezes em que falei com as Doutoradas na altura (...) tinha outra perspetiva de olhar para o problema, que era (...) muito grande na minha vida. (...) e desabafar também (...) e se calhar pensar, lá está, as coisas de maneira diferente. Houve coisas que eu não falava se calhar com a minha mãe ou com outras pessoas.”</i> (P8)

3.2. Não promoveu adaptação			
3.2.1. Não ajudou	2	2	<i>"A mim não (um pouco emocionado)."</i> (P2)
3.2.2. Necessidade de acompanhamento paralelo	1	1	<i>"Eu acho que... vou-lhe ser sincera. Na altura eu precisava se calhar de... estar com a mesma pessoa que a acompanhou a ela (emocionada), acho que na altura precisei. (...) Acho que na altura eu como filha... se calhar ter uma sessão... estar com a Psicóloga que estive com ela ou... tinha-me ajudado."</i> (P5)
3.3. Abalo, choque	1	1	<i>"(...) acho que na altura quando nós soubemos foi (...) um abalo (...), foi um choque mesmo."</i> (P3)
3.4. Incerteza no curso da doença	1	1	<i>"Naqueles primeiros tempos, e... e depois na altura quando eu perguntei aos médicos quanto tempo (...) disseram que ela tinha 6 meses e eu acho que ao mesmo tempo foi assim um bocado... chocante. (...) ela ainda durou... se for a ver, mais 1 ano e meio do que eles tinham previsto (...)"</i> (P3)

### 3.1.3. Papel da *Carta-de-Vida* no Processo de Adaptação

A análise da [Tabela 4](#) sugere que a *Carta-de-Vida*, na perspetiva dos participantes e quanto ao processo de adaptação do doente, foi reveladora do que sentia (1P/2Ref.<sup>as</sup>) e reveladora dos planos futuros (1P/2Ref.<sup>as</sup>): *“Ele via muito o futuro, ele fazia planos de voltar a trabalhar, fazia... montes de planos...”* (P7).

No que diz respeito ao papel da *Carta-de-Vida* no processo de adaptação do familiar à perda, encontram-se diversas referências descritivas neste âmbito, sendo divididas em cinco subcategorias: **encontro com a carta**, **leitura da carta**, **importância na adaptação**, **conteúdo e significado**. Em relação ao primeiro contacto com a *Carta-de-Vida*, verificou-se uma heterogeneidade de experiências, destacando-se a receção da carta **em vida** (2P/3Ref.<sup>as</sup>): *“(...) eu recebi-a antes, quando ela veio aqui a uma consulta. Eu levei a carta e guardei a carta, naturalmente.”* (P5); e **entregue pelo doente** (2P/2Ref.<sup>as</sup>): *“(...) acho que ele me entregou aquilo a meio do ano, mais ao menos.”* (P8). Numa situação a carta foi **encontrada** (1P/2Ref.<sup>as</sup>) inesperadamente: *“Não. Encontraram-na...”* (P3) e, noutra, um participante assinalou que **não houve encontro** (1P/1Ref.<sup>a</sup>), tendo-lhe o familiar indicado o local onde a carta se encontrava, para que fosse lida *“(...) caso acontecesse alguma coisa”* (P1). Relativamente à receção da carta, esta foi percebida de modo **positivo** (1P/2Ref.<sup>as</sup>), refletindo o agrado de um participante. De notar, ainda, que o mesmo abordou a **necessidade de ser entregue pelo Psicólogo** (1P/1Ref.<sup>a</sup>): *“Eu precisava na altura se calhar que a Psicóloga me entregasse a carta, percebe? (...) eu digo depois de ela falecer. Acho que ali imediatamente, percebe.... Está a entender?”* (P5).

Quanto à **leitura da carta**, 7 dos 8 participantes, ao longo do discurso referiram que a leram. Do **motivo** (2P/2Ref.<sup>as</sup>) pelo qual realizaram a leitura, apontaram que a carta é uma espécie de permanência da voz do ente querido: *“(...) eu às vezes leio a carta. Parece que a oiço ela a dizer aquilo.”* (P5). Segundo um dos participantes, a leitura da carta ocorreu pela **curiosidade do conteúdo** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e outro realça a **vontade de ler novamente** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Acerca do momento da leitura distinguem-se três momentos: **logo após o falecimento** (4P/4Ref.<sup>as</sup>), **antes do falecimento** (2P/2Ref.<sup>as</sup>) e no **período pós-morte** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Na abordagem de leitura **logo após o falecimento** (4P/4Ref.<sup>as</sup>) (*“Li depois de ele ter partido, só.”* – P7), surgiram justificações como a **indicação de leitura pós-morte** (1P/1Ref.<sup>a</sup>), o **entender que era para ler pós-morte** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e a leitura por **sentir falta** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Um participante leu no **período pós-morte** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e

outros leram **antes do falecimento** (2P/2Ref.<sup>as</sup>): “(...) a Dra. deu-me logo e eu li logo na altura” (P6). Considerando a frequência de leitura da carta, a maioria mencionou que leu **mais do que uma vez** (5P/6Ref.<sup>as</sup>): “(...) essa carta e até hoje ela está guardada na minha mesinha de cabeceira e vou lá recorrentemente ver...” (P1) e alguns indicaram que leram apenas **uma vez** (2P/3Ref.<sup>as</sup>): “(...) só a li uma vez. Nunca mais a li.” (P2). Não obstante, e contrariamente à maioria dos participantes, evidencia-se o testemunho de **não** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) leitura da *Carta-de-Vida*, apesar de **várias tentativas de leitura** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). O **motivo** de ainda não ter sido lida explica-se pelo **receio de despedida** (1P/2Ref.<sup>as</sup>): “Foi porque eu sabia que (...) uma pergunta que lhe tinham feito era onde é que ele se situava numa linha da vida (...) e eu não quis saber isso porque para mim o meu pai estava ali e se eu lesse aquilo eu tinha receio de que ele se estivesse a despedir de mim enquanto ele estava aqui e isso para mim era o que importava, ele estava comigo e está tudo bem.” (P8) e pela **incerteza do momento da morte** (1P/1Ref.<sup>a</sup>).

No que concerne à importância da *Carta-de-Vida* no processo de adaptação à perda, e segundo os excertos codificados na subcategoria **importância na adaptação**, constata-se que foi referido de modo global que **sim** (6P/7Ref.<sup>as</sup>), que a carta foi, efetivamente, importante no processo (“Foi o ficar confortável por saber que ela que gostava de mim. (...) Foi esse conforto (...)” – P5; “Sim, em parte sim. Porque às vezes podia achar que fiz tudo, mas ser só da minha cabeça, mas com as respostas que tem lá também sei que ela achava o mesmo.” – P6) e que **ajudou** (1P/1Ref.<sup>a</sup>), apesar de só num período posterior à leitura ter sido compreendido o seu conteúdo. Por oposição, regista-se uma referência de que a *Carta-de-Vida* **não** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) contribuiu para o processo de adaptação à perda: “(...) Foi importante, mas não nesse aspeto (...)” (P3).

No conteúdo da *Carta-de-Vida*, é destacado o **reforço do que era transmitido em vida** (1P/2Ref.<sup>as</sup>): “Aquilo que ele disse lá, escreveu lá, ele disse-me muitas vezes não é, não foi novidade nenhuma.” (P7); o **caráter da mãe** (1P/1Ref.<sup>a</sup> “(...) aquilo que a minha mãe era, uma pessoa honesta, de honra...” – P1); o **receio do conteúdo** (1P/1Ref.<sup>a</sup>); o **sentimento em relação à família** (1P/1Ref.<sup>a</sup>); e que o conteúdo **transparece o que sentia** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) o familiar doente.

Em termos do **significado**, os participantes atribuem uma variedade de significados à carta, nomeadamente a **importância para gerações futuras** (6P/7Ref.<sup>as</sup>: “Sim, sim... faço questão que sim.” – P1; “Porque acho que dá a conhecer melhor a bisavó (...)” – P6); a **importância para a família** (6P/6Ref.<sup>as</sup>): “(...) principalmente para mim e para a minha irmã porque está em nossa

*posse não é. Também para as minhas primas que eram muito chegadas à minha mãe.”(P1), “Mas vou levá-la para partilhá-la com... (...) Com a minha cunhada, é. E com o outro irmão hei-de partilhar um dia (...). Que eu quero partilhar com ele também.” (P7); e a importância para o familiar (2P/2Ref.<sup>as</sup>). Além disso, abordaram a **relação afetiva** (2P/4Ref.<sup>as</sup>) que é descrita na *Carta-de-Vida*: “E que ela efetivamente gostava de mim. Eu sabia que sim, mas... o... ver na carta, ter sido dito a outra pessoa que escreveu...”(P5); a **satisfação** com a receção da carta (2P/3Ref.<sup>as</sup>): “(...) eu gostei muito, porque ela falava muitas vezes em mim, então... eu fiquei toda contente.” (P6); a interpretação da *Carta-de-Vida* como uma espécie de **despedida** (1P/2Ref.<sup>as</sup>: “(...) eu vejo naquela carta quase uma maneira de ela se despedir de mim, de... Porque efetivamente não tivemos isso (...). Quer dizer... eu acho que fui, eu que me fui despedindo.” – P5); e a **emoção** (2P/2Ref.<sup>as</sup>) sentida na leitura: “Chorei, ri-me (sorriso)...” (P7). Salientam, adicionalmente, a promoção da **sensação de reconforto** (2P/2Ref.<sup>as</sup>): “(...) quando, por exemplo, quando faz anos que ela morreu ou quando faz anos de aniversário, pronto... ou quando eu me sinto mais triste aquilo reconforta um bocadinho...” (P1); a permanência do laço através de uma **tatuagem** (1P/2Ref.<sup>as</sup>): “(...) tal como eu tatuei, uma das minhas primas também tatuou uma das frases que lá está.” (P1); a confirmação da **boa relação** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) que existia; e que a própria carta “**deu para chegar mais perto**” (1P/1Ref.<sup>a</sup>) do doente em vida. O facto de a *Carta-de-Vida* ser, enquanto objeto, a **única recordação** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) guardada do ente querido que partiu: “(...) é a única coisa que guardo da minha mãe, é essa carta.”(P1), permite um certo conforto emocional, contribuindo para o **reconforto e a recordação** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) que a leitura oferece (“(...) exatamente aquilo que a minha mãe era (...) e isso reconforta-me. Há alturas em que pelo processo todo que nós passamos (...) de a ver a degradar dia após dia, nós esquecemos um bocadinho quem ela era, antes de ter o que quer que seja. E isso recorda-nos.” – P1). Do mesmo modo, a carta permite **recordar e auxiliar na saudade** (1P/1Ref.<sup>a</sup>).*

**Tabela 4**

*Categoria "Papel da Carta-de-Vida no Processo de Adaptação"*

<b>Categorias e Subcategorias</b>	<b>P.</b>	<b>Ref.<sup>as</sup></b>	<b>Excerto</b>
<b>4. PAPEL DA CARTA NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO</b>			
4.1. Do doente			
4.1.1. Reveladora do que sentia	1	2	<i>"Foi importante porque (...) naquela carta exteriorizou mais um bocadinho sobre aquilo que estava a sentir. Até aí ele nunca... eu tentava puxar por ele e ele nunca, nunca exteriorizou muito."</i> (P2)
4.1.2. Reveladora dos planos futuros	1	2	<i>"E ali na carta não é, como ele fala... de muitas coisas e tudo, se calhar coisas que ele não ia dizer a ninguém porque nos planos dele o futuro era para viver, não era para morrer (...)"</i> (P7)
4.2. Do familiar			
4.2.1. Encontro com a carta			
4.2.1.1. Em vida	2	3	<i>"Eu... quando eu levei a carta a minha avó ainda não tinha falecido (...)"</i> (P6)
4.2.1.2. Positivo	1	2	<i>"Pronto, recebi a carta. Gostei muito de ter recebido a carta."</i> (P5)
4.2.1.3. Entregue pelo doente	2	2	<i>"(...) foi ele próprio que nos entregou, que me entregou essa carta para eu ler e depois para entregar aos meus irmãos também."</i> (P2)
4.2.1.4. Encontrada	1	2	<i>"(...) porque eu não tinha a carta comigo, foi. Estava lá na casa dos meus pais..."</i> (P3)
4.2.1.5. Não houve encontro	1	1	<i>"(...) que se um dia caso acontecesse alguma coisa nós teríamos uma carta, lá naquela gaveta em casa para ir lá buscar."</i> (P1)
4.2.1.6. Necessidade de ser entregue pelo Psicólogo	1	1	<i>"Eu precisava na altura se calhar que a Psicóloga me entregasse a carta, percebe? (...) eu digo depois de ela falecer. Acho que ali imediatamente, percebe.... Está a entender?"</i> (P5)
4.2.2. Leitura da carta			
4.2.2.1. Sim	6	6	<i>"Sim, li."</i> (P2)
4.2.2.1.1. Motivo	2	2	<i>"(...) eu leio e consigo ouvir a voz dela a dizer-me aquilo..."</i> (P1)
4.2.2.1.2. Curiosidade do conteúdo	1	1	<i>"Estava curiosa de saber as perguntas que tinham feito."</i> (P6)
4.2.2.1.3. Vontade de ler novamente	1	1	<i>"Eu quero ler outra vez, mas quero ler com os irmãos dele."</i> (P7)
4.2.2.1.4. Quando			
4.2.2.1.4.1. Logo após falecimento	4	4	<i>"Eu li no dia em que a minha mãe morreu, eu fui lá buscar ao sítio que ela me disse que estava e lomos (...)"</i> (P1)

4.2.2.1.4.1.1. Indicação de leitura pós-morte	1	1	<i>"Porque ela disse-me que se caso acontecesse... até lá que não deveríamos abrir. Caso acontecesse que ela morresse, nós deveríamos abrir aquela carta e era para nós."(P1)</i>
4.2.2.1.4.1.2. Entender que era para ler pós-morte	1	1	<i>"Mas eu acho que aquela carta era só para ler depois..."(P7)</i>
4.2.2.1.4.1.3. Sentir falta	1	1	<i>"Porque sentia mais falta."(P4)</i>
4.2.2.1.4.2. Antes do falecimento	2	2	<i>"(...) só a li uma vez (...). Pronto, foi antes de ele falecer."(P2)</i>
4.2.2.1.4.3. Período pós-morte	1	1	<i>"Olhe, não foi imediatamente após a morte. Esperei porque eu não sabia o que tinha a carta (...). (...) Ainda esperei algum tempo... depois abri. Ainda li um bocadinho e não consegui acabar. Depois fui outra vez, fui fazendo algumas tentativas e consegui ler, naturalmente"(P5)</i>
4.2.2.1.5. Quantas vezes			
4.2.2.1.5.1. Mais do que uma vez	5	6	<i>"Sim, já li muitas vezes."(P6)</i>
4.2.2.1.5.2. Uma vez	2	3	<i>"Só a li uma vez."(P7)</i>
4.2.2.2. Não	1	1	<i>"Não li."(P8)</i>
4.2.2.2.1. Motivo			
4.2.2.2.1.1. Receio de despedida	1	2	<i>"Eu não a li porque (...) eu não queria chorar (sorriso) e (...) tinha medo que ele se estivesse a despedir de mim numa carta e ele... acho que ele me entregou aquilo a meio do ano, mais ao menos. E o meu pai faleceu em janeiro (...), ou seja, foi meio ano ainda. E eu não queria, não queria uma despedida. Não queria ler a despedida dele. Se era para despedir eu queria-me despedir dele a falar com ele."(P8)</i>
4.2.2.2.1.2. Incerteza do momento da morte	1	1	<i>"Sim, porque eu acho que o meu pai (...) parecia que mantinha sempre um certo ânimo até não aguentar mais, que já foi mesmo muito, muito, muito no fim. Foi 2 meses, 3 meses antes dele falecer e... eu fiquei muito contente com isso porque acho que foi uma das razões por que eu não li a carta."(P8)</i>
4.2.2.2.2. Várias tentativas de leitura	1	1	<i>"Eu peguei muitas vezes na carta. (...) Mas nunca tive a coragem suficiente para pegar e outra coisa também... porque ele na altura disse-me que a carta era para mim."(P8)</i>
4.2.3. Importância na adaptação			
4.2.3.1. Sim	6	7	<i>"Sim... ajudou, ajudou. (...) Essa carta ajudou-me um bocado a aceitar, claro."(P2)</i>
4.2.3.2. Não	1	1	<i>"Nesse aspeto não vou dizer (...) que a carta que foi importante.... (...). Foi importante, mas não nesse aspeto (...)"(P3)</i>
4.2.3.3. Ajudou	1	1	<i>"(...) acho que... que na altura não entendi muito bem o sentido daquilo, depois passado algum tempo é que eu percebi que realmente que fazia, que ela exteriorizou aquilo que sentia não é, em vários aspetos e isso ajudou-nos a todos."(P1)</i>
4.2.4. Conteúdo			
4.2.4.1. Reforço do que era transmitido em vida	1	2	<i>"O que ele escreveu era o que ele me dizia todos os dias."(P7)</i>

4.2.4.2. Caráter da mãe	1	1	<i>"Porque aquilo era exatamente aquilo que a minha mãe era, uma pessoa honesta, de honra..." (P1)</i>
4.2.4.3. Receio do conteúdo	1	1	<i>"Eu queria, mas eu acho que era medo que eu tinha. (...) do que estava lá dentro." (P5)</i>
4.2.4.4. Sentimento em relação à família	1	1	<i>"(...) ele lá explicava o quanto gostava de nós, da família. Dava muita importância à família." (P4)</i>
4.2.4.5. Transparece o que sentia	1	1	<i>"O que ele escreveu ali era o que ele sentia." (P7)</i>
4.2.5. Significado			
4.2.5.1. Importância para gerações futuras	6	7	<i>"Pode porque ele tem netos pequenos ainda, que não têm, não têm noção da vida não é. E eles... (...) sabem o avô que tinham, mas claro que com os anos aquilo vai... vai-se perdendo e acho que fica uma memória bonita dele (...)" (P2)</i>
4.2.5.2. Importância para a família	6	6	<i>"(...) as minhas irmãs até disseram "olha temos que fazer fotocópias para que um fique, cada um com a... (...) carta, com o que lá estava escrito nela."" (P3)</i>
4.2.5.3. Relação afetiva	2	4	<i>"Porque mostrava que ela gostava de nós e depois eram muitas perguntas relativas à família e ela estava contente com toda a gente (...)" (P6)</i>
4.2.5.4. Satisfação	2	3	<i>"(...) e fiquei muito satisfeita com ela, sem dúvida nenhuma com... Fiquei muito satisfeita com a carta." (P5)</i>
4.2.5.5. Despedida	1	2	<i>"(...) e essa carta é quase como um... ela despedir-se de mim." (P5)</i>
4.2.5.6. Emoção	2	2	<i>"(...) o que é que eu senti. Olhe, muita emoção." (P3)</i>
4.2.5.7. Importância para o familiar	2	2	<i>"Foi, para mim." (P2)</i>
4.2.5.8. Sensação de reconforto	2	2	<i>"(...) ficava um bocadinho mais reconfortada com as palavras que ele disse." (P4)</i>
4.2.5.9. Tatuagem	1	2	<i>"Tatuei-a até, tatuei uma frase que lá está." (P1)</i>
4.2.5.10. Boa relação	1	1	<i>"Olhe... senti que efetivamente eu tinha... eu tinha uma boa relação com ela." (P5)</i>
4.2.5.11. "Deu para chegar mais perto"	1	1	<i>"Para mim até foi bom, foi bom porque o meu pai não era uma pessoa de exteriorizar muito os... as suas emoções e naquela carta exteriorizou mais um bocado e foi bom, (...) deu para chegar mais perto dele um bocadinho digamos assim." (P2)</i>
4.2.5.12. Reconforto e recordação	1	1	<i>"(...) exatamente aquilo que a minha mãe era (...) e isso reconforta-me. Há alturas em que pelo processo todo que nós passamos não é, de a ver a degradar dia após dia, nós esquecemos um bocadinho quem ela era, antes de ter o que quer que seja. E isso recorda-nos." (P1)</i>
4.2.5.13. Recordar e auxiliar na saudade	1	1	<i>"É assim, eu... agarro-me a tudo não é. Aquela carta é boa para quando... (...) tiver muitas saudades (...)" (P7)</i>
4.2.5.14. Única recordação	1	1	<i>"(...) é a única coisa que guardo da minha mãe, é essa carta." (P1)</i>

### 3.1.4. Processo de Luto

O processo de luto envolve quatro subcategorias: **dificuldades pós-perda**, **auxílio a enfrentar a perda**, a compreensão de **como se sente** atualmente e a exploração de **acompanhamento psicológico** após o falecimento do familiar ([Tabela 5](#)). Quando questionados sobre as **dificuldades pós-perda**, evocam, predominantemente, a **ausência** (2P/3Ref.<sup>as</sup>: *“É difícil (...) a presença dele porque ele era um pilar muito grande da família (...)”* – P2; *“(...) ela não estar. E as coisas que nos vão acontecendo, ela... não partilhar com ela. (...) a falta, eu querer dizer-lhe, partilhar com ela alguma coisa minha, boa, má... e ela não estar.”* – P5); o facto de estar um **familiar só** (2P/3Ref.<sup>as</sup>); as **saudades** (2P/2Ref.<sup>as</sup>: *“Claro que vem as saudades e não passo sem ir ao cemitério (...) quando chega as saudades tenho mesmo que ir.”* – P4); a **ausência de orientação** (1P/1Ref.<sup>a</sup>); a **ausência de companhia** (1P/1Ref.<sup>a</sup>: *“A companhia, os conselhos quando eu chego a casa, ter sempre aquela palavra amiga... O ir para casa para estar com ele.”* – P7); as **dificuldades em ir ao cemitério** (1P/1Ref.<sup>a</sup>); e a dificuldade em **lidar com o sofrimento de outros familiares** (1P/1Ref.<sup>a</sup>: *“(...) a minha mãe até hoje ainda não aceita. É muito difícil, mesmo conviver com a minha mãe é muito difícil, neste momento.”* – P2).

São vários os dados que permitem compreender o que auxiliou a enfrentar a perda – **auxílio a enfrentar a perda**, passando pela questão da sensação de **missão cumprida** (2P/5Ref.<sup>as</sup>: *“Sei que fiz tudo o que podia por ela (...)”* – P6; *“Eu acho que fiquei... acho que fiz tudo o que podia fazer por ele. Tive sempre presente, eu vim a todos os tratamentos, eu fui a todas as consultas. Falamos sempre disto. O meu pai disse-me, acho eu, tudo o que ele tinha para me dizer. Eu disse-lhe tudo o que tinha para dizer também. (...) Eu acho que ficou mesmo tudo dito, (...) sinto-me em paz, é isso.”* – P8); **família** (4P/4Ref.<sup>as</sup>: *“Eu acho que principalmente foram (...) as minhas filhas. Falo por mim... as minhas filhas (...)”* – P3) e suporte que a mesma oferece; **razão e finitude** (1P/2Ref.<sup>as</sup>: *“(...) foi a razão, não é. Porque a gente depois... todos temos um fim.”* – P5); garantia de um **reencontro** (1P/2Ref.<sup>as</sup>: *“Saber que um dia o vou encontrar.”; “Mas saber que ouvia a voz dele...”* – P7); importância das **consultas de Psicologia** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e **reorganização do espaço** (1P/1Ref.<sup>a</sup>).

Na reflexão de **como se sente** naquele momento, observou-se uma variabilidade nas respostas, assinalando sentirem **saudades** (3P/5Ref.<sup>as</sup>: *“Sim, e às vezes, é a saudade sim, e às vezes vem um bocadinho de lágrima (...)”* – P8); sensação de **missão cumprida** (3P/4Ref.<sup>as</sup>) que

se traduz em bem-estar: *“E efetivamente ajudou-me o saber que sempre fiz com ela o melhor. Tudo o que foi, que foi possível, que num... num... não ficou nada por fazer com ela.”* (P5); *“Ele, não é... morreu, mas nunca senti muita dificuldade em lidar com isso porque lá está, sinto-me tranquila em relação a... ao que eu fiz. Tudo o que eu fiz... tentei estar presente o máximo e acho que ele sabia isso.”* (P8); e em processo de **aceitação** (1P/2Ref.<sup>as</sup>: *“Há meio ano atrás era uma tristeza com... com muita raiva junta. E acho que a raiva está a começar a passar. Está a ficar a tristeza/saudade, mas está... aquela raiva inicial (...) está a passar.”* – P7). O estado atual foi, igualmente, percecionado como uma espécie de **anestesia emocional** (1P/2Ref.<sup>as</sup>: *“(...) Acho que lidei bem com isso e acho que é uma coisa que estou orgulhosa de mim, foi lidar com... com tudo isto que não foi fácil. Mas acho que tive... aqueles 2 anos de tratamentos e tudo, acho que, acho que... me ensinaram alguma coisa. (...) Acho que me... não sei, as pessoas dizem que ficam mais rijas ou.... Não, mas às vezes tenho receio de que possa começar a ficar uma pessoa fria, mas eu acho que não. Hum... porque acho que até sou bastante empática, mas não sei, lá está...”* – P8), e de uma certa tranquilidade – **tranquila** (1P/1Ref.<sup>a</sup>: *“(...) senti-me acho que pela primeira vez tranquila.”* – P8). Outros participantes referem que se sentem **bem** (2P/2Ref.<sup>as</sup>: *“Eu sinto-me bem, aceitei bem.”* – P6), apesar de se notarem descrições de que o ente querido **faz falta** (1P/1Ref.<sup>a</sup>) e de ser apontado que **“penso nela”** (1P/1Ref.<sup>a</sup>). Por outro lado, constata-se referências de que **não ultrapassou** a perda (1P/1Ref.<sup>a</sup>: *“Não ultrapassei muito bem.... (...) É-me difícil falar nele.”* – P2) e de uma certa **negação da realidade** (1P/1Ref.<sup>a</sup>: *“(...) às vezes estou à espera que ele tenha alta do hospital.”* – P7).

De notar que ao nível de **acompanhamento psicológico**, a grande maioria dos participantes referiu que **não** o recebeu (6P/6Ref.<sup>as</sup>). Destaca-se que um participante revelou ter sentido **necessidade de acompanhamento** (1P/1Ref.<sup>a</sup>): *“Eu sei que se calhar não é exequível o que eu digo, mas... quando a pessoa morre, não é. Alguém... sei lá, ter uma palavra, pronto... (...) Não sei se isso é exequível, estou... a supor que, se calhar a mim eu precisei na altura e tenho bom suporte familiar que me ajudou muito, mas se calhar outras pessoas se calhar nem têm e se calhar esse... ali uma conversa seria muito importante.”* (P5). Em contrapartida, 2 participantes receberam apoio psicológico (**sim** – 2P/2Ref.<sup>as</sup>) e um deles assinalou que **facilitou o processo** de luto (1P/1Ref.<sup>a</sup>): *“Digamos que (...) ajudou-me não só no processo da minha mãe, também noutros problemas (...). E eu estar bem resolvida com tudo o resto facilitou o processo de luto.”* (P1).

**Tabela 5**

*Categoria "Processo de Luto"*

Categories and Subcategories	P.	Ref. <sup>as</sup>	Excerto
<b>5. PROCESSO DE LUTO</b>			
5.1. Dificuldades pós-perda			
5.1.1. Ausência	2	3	<i>"O que é que tem sido mais difícil? Tudo (riso). (...) É difícil estar sem ele, é muito difícil. É muito difícil. E ainda me dói muito."</i> (P2)
5.1.2. Familiar só	2	3	<i>"É mais... eu tenho um tio que é solteiro e vivia com ela e ele desde a morte da minha avó que não ficou nada bem e é difícil, (...) ele continua a viver na casa que era da minha avó e é muito difícil estar lá com ele."</i> (P6)
5.1.3. Saudades	2	2	<i>"Sinto-me... saudade todos os dias, quem me dera tê-lo aqui (...)"</i> (P8)
5.1.4. Ausência de orientação	1	1	<i>"Eu acho que é não ter a aprovação dela (...) às vezes sinto-me perdida (...)"</i> (P1)
5.1.5. Ausência de companhia	1	1	<i>"A companhia, os conselhos quando eu chego a casa, ter sempre aquela palavra amiga... O ir para casa para estar com ele."</i> (P7)
5.1.6. Dificuldades em ir ao cemitério	1	1	<i>"Eu não sinto vontade de ir ao cemitério, mas eu nunca gostei de cemitérios. E é-me um bocado difícil ir (...). E acho que é um bocado difícil para mim dividir a presença emocional dele que eu tenho em casa e... física que acho que já nem se quer está também. Mas saber que aquele é o lugar onde ele, onde ele está."</i> (P8)
5.1.7. Lidar com o sofrimento de outros familiares	1	1	<i>"(...) a minha mãe até hoje ainda não aceita. E é muito difícil, mesmo conviver com a minha mãe é muito difícil, neste momento."</i> (P2)
5.2. Auxílio a enfrentar a perda			
5.2.1. Missão cumprida	2	5	<i>"O que é que me ajudou... (...) O facto de eu ter feito, acho que não podia ter feito mais, do que o que fiz."</i> (P8)
5.2.2. Família	4	4	<i>"O que me ajuda é a família. Tenho dois filhos, é estar com os meus filhos. Apoio-me muito neles, na minha esposa (...)"</i> (P2)
5.2.3. Razão e finitude	1	2	<i>"As pessoas como eu têm um fim e como... todos temos um fim não é. A razão acabou por... a gente vai passar o tempo e vai, as coisas têm que acontecer."</i> (P5)
5.2.4. Reencontro	1	2	<i>"Saber que um dia o vou encontrar."</i> (P7)
5.2.5. Consultas de Psicologia	1	1	<i>"Muito honestamente as consultas com (...) ajudaram-me muito... muito, sem dúvida que sim."</i> (P1)
5.2.6. Reorganização do espaço	1	1	<i>"Quando estou em casa, se estou a arrumar a casa lembro-me dele (...). E já mudei os móveis todos da casa. (...) Não é para não sentir... para não estar a cadeira dele ali vazia."</i> (P7)

5.3. Como se sente			
5.3.1. Saudades	3	5	<i>"Olhe agora... Sinto saudades dela. Saudades...."</i> (P5)
5.3.2. Missão cumprida	3	4	<i>"É assim, quando ele faleceu acho que fiquei com a missão cumprida. Porque eu não fiz mais porque não pude. Era eu que o acompanhava sempre aqui nas consultas, nos tratamentos, tudo, tudo...."</i> (P4)
5.3.3. Aceitação	1	2	<i>"Acho que estou a aceitar, acho que estou a passar para a aceitação."</i> (P7)
5.3.4. Anestesia emocional	1	2	<i>"(...) eu lembro-me todos os dias do meu pai e às vezes vêm-me lágrimas aos olhos, mas não é intenso, porque eu tenho muito boas memórias do meu pai e eu sinto-me extremamente feliz por ele ter sido meu pai."</i> (P8)
5.3.5. Bem	2	2	<i>"Às vezes uns dias lembro-me mais do que outros não é, mas... mas... sinto-me bem (...)"</i> (P4)
5.3.6. Faz falta	1	1	<i>"Porque neste momento ela me faz muita falta (...)"</i> (P1)
5.3.7. Não ultrapassou	1	1	<i>"Não ultrapassei muito bem.... (...) É-me difícil falar nele."</i> (P2)
5.3.8. Negação da realidade	1	1	<i>"É querer acreditar o que aconteceu (sorriso), às vezes estou à espera que ele tenha alta do hospital."</i> (P7)
5.3.9. "Penso nela"	1	1	<i>"(...) não vou dizer que não penso nela, penso, claro."</i> (P3)
5.3.10. Tranquila	1	1	<i>"(...) senti-me acho que pela primeira vez tranquila."</i> (P8)
5.4. Acompanhamento Psicológico			
5.4.1. Não	6	6	<i>"Não, não."</i> (P4)
5.4.1.1. Necessidade de acompanhamento	1	1	<i>"Eu sei que se calhar não é exequível o que eu digo, mas... quando a pessoa morre, não é. Alguém... sei lá, ter uma palavra, pronto.... (...) Não sei se isso é exequível, estou... a supor que, se calhar a mim eu precisei na altura e tenho bom suporte familiar que me ajudou muito, mas se calhar outras pessoas se calhar nem têm e se calhar esse... ali uma conversa seria muito importante."</i> (P5)
5.4.2. Sim	2	2	<i>"Eu tive consulta passado um mês (...)"</i> (P7)
5.4.2.1. Facilitou o processo	1	1	<i>"Digamos que (...) ajudou-me não só no processo da minha mãe, também noutros problemas (...). E eu estar bem resolvida com tudo o resto facilitou o processo de luto."</i> (P1)

## 3.2. Discussão dos Resultados

A etapa da interpretação implica a formulação de conclusões dos dados apresentados como categorias e subcategorias (Castleberry & Nolen, 2018), recorrendo-se aos referenciais teóricos para a análise e reflexão dos resultados (Levitt et al., 2017).

A questão de investigação a que pretendemos responder é “Qual o impacto da TSV no processo de luto dos familiares do ente querido falecido sujeito a esta intervenção?”. Para tal, definiram-se como objetivos específicos: 1) Conhecer a perceção do familiar acerca do impacto da TSV na adaptação do doente ao processo de morte; 2) Conhecer a perceção do familiar acerca do potencial impacto da TSV na sua adaptação ao processo de morte do ente querido; 3) Avaliar o potencial impacto da *Carta-de-Vida* no processo de luto; 4) Explorar o processo de adaptação à perda.

Assim, a discussão dos resultados seguirá essa ordem lógica, convocando-se os dados do sistema hierárquico de categorias, sublinhando-se os objetivos, e identificando-se os participantes ao longo da discussão (e.g. P2), de forma a permitir uma análise integrada dos resultados, consubstanciada pela literatura.

Através dos dados recolhidos, verificou-se que todos os participantes do estudo recordam a intervenção psicológica na qual os seus familiares participaram, reportando, essencialmente, o conteúdo das perguntas, a *Carta-de-Vida* e as sessões frequentadas. Neste sentido, o facto de se recordarem da intervenção e de componentes da mesma, apesar de ser uma recordação instrumental, legitima o primeiro objetivo de conhecer a perceção do familiar acerca do impacto da TSV na adaptação do doente ao processo de morte. Constata-se que a intervenção a que o doente foi submetido é caracterizada globalmente como uma experiência positiva (P1-6), promotora da adaptação, que contribuiu, em algumas situações, para o reconhecimento do prognóstico por parte do doente (P2, P4, P8). Na nossa perspetiva este é um aspeto importante, na medida em que a consciência do prognóstico de fim de vida é benéfica para os doentes (Yun et al., 2010), visto contribuir para uma vivência psicológica mais positiva da doença (Johnston & Abraham, 2000). Sublinha-se que as questões subjacentes à redação da *Carta-de-Vida* parecem ter estimulado a consciencialização da sua situação (Astudillo & Mendinueta, 2005), possibilitando o desenvolvimento de planos e a conclusão de tarefas pendentes (Pimenta & Capelas, 2019), se assim fosse a sua vontade. Contudo, há quem considere que a intervenção

apenas auxiliou de modo parcial a enfrentar o fim de vida (P2, P3), ajudando nos momentos mais difíceis, descrevendo a sensibilidade do doente e um certo desespero face à situação (P4), tal como observado por Bruce et al. (2011) nos testemunhos do seu estudo, assim como por McClain et al. (2003) e por Onishi (2021). Este participante aborda, ainda, a comunicação, sublinhando que a intervenção foi benéfica nesse contexto. A questão comunicacional é reforçada por outros participantes (P5, P6), referindo que a intervenção promoveu no doente a abertura para um espaço de privacidade, ou seja, de partilha e confiança quase exclusiva (Hack et al., 2010; Hall et al., 2012; Julião et al., 2017; McClement et al., 2007; Onishi, 2021; Zhang et al., 2017), almejada pelos seus familiares. Subentende-se, deste modo, que os assuntos abordados nas sessões promoveram no doente uma sensação de ânimo ou alívio (P8), transparecida no fim das consultas e reconhecida pelos participantes. Neste contexto, acredita-se que o suporte prestado cooperou para uma espécie de garantia de bem-estar psicológico, pelo menos naquele momento. Destaca-se a idiosincrasia no testemunho (P8), por este ser o único participante a abordar a esfera emocional, reconhecendo o alívio do sofrimento psicossocial e existencial (Boston et al., 2011; Hirai et al., 2003; Mako et al., 2006) do seu familiar após a sessão. As preocupações existenciais são reconhecidas como profundamente importantes para doentes que enfrentam doenças terminais (Bruce et al., 2011; Chochinov et al., 2011; Morita et al., 2004) e incluem desesperança, sensação de perda de sentido e significado (Kissane et al., 2001), medo, ansiedade de morte (Bruce et al., 2011; Rodin & Zimmermann, 2008) e rutura da identidade pessoal (Daneault et al., 2004; Kasl-Godley et al., 2014). Isto vai ao encontro da abordagem dos CP e das necessidades no domínio emocional, psicológico e comunicacional dos doentes com cancro avançado e incurável (Rainbird et al., 2009).

Face ao exposto, facilmente se poderia inferir o carácter positivo da intervenção como promotora da adaptação do doente ao processo de morte. No entanto, a identificação da conspiração do silêncio, significativamente presente na amostra (P2, P5, P6, P7), leva-nos a questionar o impacto aparentemente inequívoco da mesma. A conspiração do silêncio é uma estratégia de evitamento, comumente utilizada por vários agentes, como o doente, a própria família e/ou profissionais de saúde (tríade – Cejudo López et al., 2015), em abordar o estado de saúde do doente, o prognóstico e a finitude da vida. Corresponde, operacionalmente, a uma manifestação que se deve a falhas de comunicação e é definida como a concordância da família do doente em modificar informações relativas à doença, de forma parcial (não conhecimento do

prognóstico) ou total (ocultar todas as informações relativas à doença) (Lemus-Riscanevo et al., 2019; Tuca et al., 2021). Designa-se por conspiração do silêncio desadaptativa aquela que é motivada pela atitude do familiar para proteção do doente ou para autoproteção (Cejudo López et al., 2015; Lemus-Riscanevo et al., 2019; Nagelschmidt et al., 2020), mesmo que o doente pretenda reconhecer, direta ou indiretamente, o seu estado ou o prognóstico (Bermejo et al., 2013). Porém, e tal como relatado no estudo de Yun et al. (2010), o diagnóstico terminal não é impeditivo do reconhecimento e consciência da proximidade da morte por parte dos doentes. O mesmo se poderá transpor no caso dos participantes que recorreram à conspiração do silêncio (P5, P6), pois mesmo tendo omitido informação relativa à doença, os doentes acabariam por ter consciência do seu estado, principalmente pelo confronto da perda de funcionalidades e degradação inegável ocorrida na progressão da doença (Johnston & Abraham, 2000).

As falhas de comunicação decorrem de crenças acerca da doença e morte, expectativas irrealistas, informação ambígua ou insuficiente, incerteza de prognóstico, medo de perder o ente querido e dificuldade comunicativa (Lemus-Riscanevo et al., 2019). Em razão disso, a conspiração do silêncio mútua impulsionada pelos próprios participantes (P5, P6) é um elemento revelador, pois retrata a apreensão e incoerência dos seus testemunhos neste tópico, bem como o evitamento em abordar o tema, consagrando a tendência socialmente reconhecida (Espinoza-Suárez et al., 2017; Ruiz-Benítez & Coca, 2008). Destaca-se que um dos participantes (P5) confessou que não referia o cancro pelo próprio nome, mas apenas por “doença” e outro participante (P6) solicitou aos profissionais de saúde que respeitassem e colaborassem na conspiração (acordo de silêncio), ou seja, que não abordassem o estado de fim de vida com o familiar doente, a não ser que fosse questionado por este, causando, no fundo, um dilema ético à própria equipa (Tuca et al., 2021). Perante isto, constata-se que os participantes impedem, assim, a comunicação, com a crença de que tomam a melhor decisão (Cejudo López et al., 2015). No entanto, neste caso em particular, como tal não foi questionado pelo doente, manteve-se a conspiração, através da formação de uma barreira comunicacional (Lemus-Riscanevo et al., 2019), contraproducente e ilegítima, uma vez que um dos requisitos para integrar a TSV era apresentar *insight* sobre o diagnóstico e prognóstico (doente em fase paliativa terminal) e que o familiar concordasse em participar no estudo (díade). Neste sentido, esta dupla conspiração do silêncio em que a família atua no sentido de omitir deliberadamente o estado de saúde e respetivo prognóstico do doente, contribui para que este acabe por compactuar, mesmo sabendo

da sua situação, colaborando para o fenómeno, e ao fazê-lo é expectável que não aborde o tema (pacto de silêncio – Lemus-Riscanevo et al., 2019). O mesmo se verifica quando a conspiração é encetada pelo próprio doente, no sentido de se proteger, pelas características da sua personalidade (e.g. reservado), ou pela ausência de motivação para falar sobre o assunto (Cejudo López et al., 2015), com o intuito de manter o *status quo*. Neste último caso, parece ser o que ocorreu com os outros dois doentes que conspiraram, segundo o testemunho dos participantes (P2, P7). Desta forma, entende-se que é o próprio doente a evitar, negar ou não abordar, não demonstrando interesse em conhecer o seu diagnóstico ou prognóstico, sendo este mecanismo de proteção definido como conspiração do silêncio adaptativa (Bermejo et al., 2013).

Neste ponto, é relevante aludir que a TSV visa promover a reflexão sobre a vida no sentido da integridade do ego (Erikson & Erikson, 1998), traçar planos e resolver questões pendentes (Aoun et al., 2015; Astudillo & Mendinueta, 2005). Espera-se que este processo introspetivo se repercuta no bem-estar do próprio e na relação com os outros. No entanto, quando há uma conspiração do silêncio, questiona-se se a mesma não interfere com os objetivos da TSV, sobretudo ao nível da resolução de assuntos pendentes, se os mesmos estiverem relacionados com os elementos que recorrem ao fenómeno, podendo revelar-se um elemento ansiogénico para o doente (Fallowfield et al., 2002; Lemus-Riscanevo et al., 2019).

Não obstante, há relatos que indicam, inequivocamente, que as sessões da TSV permitiram ao doente uma comunicação intimista e, em algumas situações, singular. Este espaço de privacidade surge como um amortizador ou *buffer* no processo de adaptação, descrito por um dos participantes como promotor de ânimo ou alívio (P8) no doente, ou seja, de bem-estar emocional, facilitando uma procura de significado, em consonância com a literatura (Bentley et al., 2017; Mitchell et al., 2013; Xiao et al., 2019). Isto poderá dever-se ao facto de a intervenção constituir uma oportunidade para os doentes terem outros interlocutores, sobretudo nas situações em que os familiares impõem a conspiração do silêncio. Neste contexto, a intervenção afigura-se para os mesmos como uma “janela” comunicativa, nem sempre compreendida pelos participantes. Curiosamente, os participantes que identificaram este espaço de privacidade, revelando algum desconforto com o mesmo, integram o grupo da conspiração do silêncio (P5, P6), dificultando o reconhecimento, validação e legitimação comunicativa, principalmente da ventilação emocional, em contexto de doença terminal (Hall et al., 2013; McClement et al., 2007;

Rainbird et al., 2009). Confirmando, deste modo, a existência de um grande desconforto das pessoas no acompanhamento do processo de morte (Ruiz-Benítez & Coca, 2008).

Com o objetivo de conhecer a percepção do familiar acerca do potencial impacto da TSV na sua adaptação ao processo de morte do ente querido, observa-se que a generalidade (P1, P4, P6, P7, P8) considera que a TSV ajudou a enfrentar o fim de vida do ente querido, sendo que é apontada (P5, P8) a contribuição para o reconhecimento do prognóstico do estado de saúde do doente. Isto corrobora o que tem vindo a ser demonstrado na literatura, de um familiar próximo que acompanhe o decurso de uma doença grave e o seu desenvolvimento, se encontrar, à partida, consciente do estado de saúde e da gravidade da situação do ente querido, reconhecendo o respetivo prognóstico e vivenciando a doença deste com sofrimento (Onishi, 2021; Scarton et al., 2018). Um participante (P8), destaca a intervenção como tendo sido facilitadora de contacto com os profissionais de saúde, através do qual procurou ventilar emoções difíceis de abordar com o doente e outros familiares, evidenciado um efeito colateral da TSV, sobre o qual importa refletir. Neste caso em particular, a partilha de confidências com os profissionais de saúde permitiu ao participante olhar para o “problema” do ente querido de outra perspetiva, contribuindo, em certa parte, para um processo adaptativo.

Por sua vez, alguns participantes relatam aspetos que se coadunam como não promotores da adaptação ao processo de morte (P2, P5), mencionando que a intervenção não auxiliou a enfrentar o fim de vida, tendo um dos participantes (P5) confessado que sentiu necessidade de acompanhamento paralelo (McClement et al., 2007) à intervenção realizada com o doente. Isto vai de encontro ao referido por Neto (2021), identificando o processo de doença como sendo um período difícil que afeta não somente o doente, mas também o núcleo que o rodeia, sendo necessária a intervenção de profissionais para integrar o choque e abordar o sofrimento da doença. Ao analisar outras questões levantadas por este participante, apuramos que se trata de um dos que reportou a questão da conspiração do silêncio, compreendendo-se, nesta circunstância, a necessidade de expressar o seu sofrimento, em particular com um profissional (Hack et al., 2010; Onishi, 2021). Quanto ao outro participante (P2), ainda que indique que a intervenção proporcionou o reconhecimento do prognóstico do doente, entende que não promoveu a sua adaptação ao processo de morte. Este aspeto poderá refletir-se, mais uma vez, pela conspiração do silêncio fomentada pelo seu familiar falecido (Bermejo et al., 2013) que ocultou os resultados dos exames e a evolução da doença da família.

Todavia, apesar de a maioria dos participantes (P1, P4, P6, P7, P8) ter respondido claramente que “sim” à questão “E a si? Acha que o ajudou a enfrentar o fim de vida do seu ente querido?”, identificando, como acabamos de discutir, alguns elementos, denota-se ambiguidade entre as respostas e a conspiração do silêncio (P6, P7), à qual se alia uma recordação muito instrumental da TSV, levando-nos a questionar se a resposta não terá sido induzida pela forma como foi formulada a questão. Questionamos, igualmente, se as mesmas não serão produto da “desejabilidade social”, uma variável incontável que induz a respostas socialmente desejáveis (Ribeiro, 2010). Para além disso, sentiu-se por vezes que os participantes aparentam ter respondido ao que foi para eles próprios o processo de adaptação à morte do ente querido na sua globalidade, e não acerca do papel da TSV na sua adaptação.

Para responder ao objetivo definido de avaliar o potencial impacto da *Carta-de-Vida* no processo de luto, é fundamental analisar a perceção dos participantes acerca deste documento, compreender como reportam o seu conteúdo, bem como aferir o seu significado e importância, considerando que a *Carta-de-Vida*, enquanto elemento existencial de carácter eterno, constitui uma recordação, um legado (Cardoso, 2019; Rocha, 2021) e uma memória viva escrita na primeira pessoa.

Inicia-se a discussão pela análise do encontro com a *Carta-de-Vida*, identificando-se momentos e formas diferenciadas. Salienta-se que 2 participantes (P1, P3) só tiveram contacto com a carta após a morte do ente querido, um deles (P1) seguindo as orientações do próprio familiar e outro por mero acaso, desconhecendo totalmente a sua existência (P3). Os restantes receberam-na em vida, sendo declaradamente perspectivada como agradável e positiva apenas por um participante (P5).

No que respeita à leitura da *Carta-de-Vida*, a maioria dos participantes leu-a em momentos diferentes do processo, mas, curiosamente, um ainda não a concretizou (heterogeneidade também presente no estudo de McClement et al., 2007). Na globalidade, a leitura realizou-se por diversas vezes (P1, P3, P4, P5, P6) e 2 participantes (P2, P7) apontam uma única leitura, apesar de haver indicação da intenção de a lerem novamente em conjunto com outros familiares (P7), validando o carácter duradouro da *Carta-de-Vida* – legado (Cardoso, 2019; Rocha, 2021). Em contrapartida, o participante que não leu a carta (P8), justifica-a pelo receio de que a mesma representasse uma despedida escrita, revelando, na altura, dificuldades de aceitação da perda antecipada, uma vez que o sofrimento de separação, induzido pelo fim de

vida é interpretado como um desafio adaptativo em termos emocionais a longo prazo (Coelho et al., 2019). Acrescenta-se que o participante, após a morte do familiar já realizou diversas tentativas de leitura, mas nunca teve “*coragem suficiente*” para avançar, enfatizando o caráter exclusivo enquanto destinatário, declarado pelo ente querido em vida. De qualquer forma, quando os doentes produzem a *Carta-de-Vida*, eles referem sempre o desejo de que esta seja partilhada com os familiares ou com pessoas em específico (Aoun et al., 2015; Chochinov et al., 2005; Cuevas et al., 2021; Fitchett et al., 2015; Hack et al., 2010; Hall et al., 2009, 2011, 2012, 2013; Houmann et al., 2013; Julião et al., 2014, 2017; Scarton et al., 2018; Vuksanovic et al., 2017) e é interessante que o doente tenha essa expectativa e que o participante não se sinta preparado para a ler, mesmo passado 1 ano e 5 meses (tempo decorrido desde a perda), parecendo ser contraproducente aquilo que seria expectável. Este aspeto reforça a necessidade de intervenção paralela e leva-nos a refletir sobre a idiossincrasia dos processos de fim de vida, em que os doentes e os familiares podem encontrar-se em momentos distintos do processo de adaptação, apesar da influência normativa sociocultural (Coelho et al., 2017). Sem embargo, o participante expressa, ao longo da entrevista, a motivação para ler a carta, acrescentando que não o iria fazer no imediato, mas sim a curto prazo e confessa que reconhecia que estava a começar a ficar preparado para tal. A leitura da *Carta-de-Vida* é interpretada como uma despedida escrita e é evitada, até à data da recolha (P8), ou temporariamente após a morte do doente (P5), por ser uma “segunda despedida”, uma vez que os familiares já haviam realizado uma despedida física anteriormente, destacando-se, também, o receio de leitura pelo próprio conteúdo da *Carta-de-Vida* (P5). Este ato é perspetivado como algo penoso, que invoca recordações, traz saudade e, muitas das vezes, sofrimento pela perda irreversível de um ente querido, tal como refere Byock (2014). Contudo, para alguns participantes (P1, P5), a leitura da carta é bastante positiva, indutora de experiências sensoriais: “*consigo ouvir a voz dela*” (P1), promotoras de uma sensação de “proximidade física” e de uma presença interior reconfortante (Field et al., 2005), razão pela qual efetuaram diversas leituras deste documento. Neste contexto, a *Carta-de-Vida* afigura-se como um veículo promotor do processo adaptativo de luto e como uma representação mental do falecido, servindo de uma base segura e refúgio (Field et al., 2005), reconhecendo-se a idiossincrasia dos processos de luto (Neimeyer, 2005).

Curiosamente, a *Carta-de-Vida* surge, igualmente, como um meio de comunicação entre doentes e participantes (Goddard et al., 2012; Hall et al., 2013), nos quais se identificou o

fenómeno de conspiração do silêncio, sendo a sua leitura motivada pela curiosidade quanto às questões que teriam sido colocadas ao familiar (P6) e, possivelmente, às respostas, promovendo uma oportunidade de aproximação ao doente (P2), descrito como rígido e reservado, apresentando, por isso, dificuldades de comunicação. Neste âmbito, é consabido que os padrões silenciosos provocam bloqueios de comunicação no sistema familiar (Lemus-Riscanevo et al., 2019), parecendo-nos que esta foi uma forma de o doente estabelecer, em vida, uma comunicação com o familiar, ainda que inadequada, uma espécie de legenda. O caráter estruturante e comunicativo da *Carta-de-Vida*, enquanto elemento central da intervenção (Rocha, 2021), e a índole positiva da TSV são visíveis neste caso em específico (P2).

No que se refere à importância da *Carta-de-Vida* na adaptação ao processo de perda, a análise revela que a maioria dos participantes considera que a mesma contribuiu para o processo (P1, P2, P4, P5, P6, P7), havendo, no entanto, 1 participante (P3) que não a considerou importante neste contexto. O facto de não ter conhecimento prévio da sua existência e de a ter encontrado, por mero acaso, numa gaveta após a morte do seu familiar, poderá justificar esta ausência de relevância. Por isso, e contrariamente aos outros participantes, a carta não parece ter desempenhado um papel importante na comunicação entre o participante e o familiar, em vida ou em morte.

Em relação ao conteúdo da *Carta-de-Vida*, este é interpretado como um reforço da informação transmitida em vida, do caráter do doente, do sentimento em relação à família e do reflexo das emoções do doente, validando as temáticas principais identificadas por Cardoso (2019) e Rocha (2021) na análise das cartas dos doentes.

A respeito do significado da *Carta-de-Vida* para os participantes, estes expõem uma diversidade de referências. Destaca-se a importância que a carta poderá ter para gerações futuras (P1-P6), bem como para a família no geral (P1, P3, P4, P5, P6, P7), por ser um documento transgeracional (Beck et al., 2018; Goddard et al., 2012; McClement et al., 2007) e uma memória viva do familiar. O reforço da relação afetiva justifica a satisfação demonstrada pelos participantes na leitura da mesma (P5, P6), demonstrando-se a necessidade de continuar a manter o vínculo ou aprimorar a conexão com o falecido (Stroebe, Schut & Boerner, 2010). Neste domínio surge o conceito de "laços contínuos", como a presença de um relacionamento interno contínuo, o encontro de um significado e conexão positivos e o sentimento de pertença (Field et al., 2005). É, ainda, referida a sensação de reconforto (Aoun et al., 2015; Chochinov et al., 2012;

Goddard et al., 2012; McClement et al., 2007) transmitida pela *Carta-de-Vida* em momentos de saudade e de tristeza (P1, P4), na medida em que reflete o caráter do ente querido (Goddard et al., 2012), remetendo para o período anterior ao declínio da saúde (P1). Este aspeto é importante, tendo em consideração as múltiplas perdas que ocorrem num processo terminal, englobando a integridade física e psicológica, a perda da autonomia e a erosão da própria identidade (Daneault et al., 2004). Muitas das vezes, a carga psicológica gerada pela deterioração da saúde de um doente terminal poderá ser sentida mais intensamente pelos familiares ou cuidadores do que pelo próprio doente (Williams & McCorkle, 2011), auxiliando, por isso, numa recordação positiva da intervenção. Para este participante (P1), o reconforto proporcionado pela *Carta-de-Vida* e a importância da mesma é de tal ordem, que resultou numa tatuagem de uma das frases que consta na carta, como uma marca permanente no enlutado que perdura apesar da morte (Beck et al., 2018; Field et al., 2005). Isto remete-nos para o caráter vitalício do documento, enquanto elemento autobiográfico (Vuksanovic et al., 2017) e objeto tangível (Chochinov, 2006; Chochinov et al., 2004; Goddard et al., 2012; Julião et al., 2017; Vuksanovic et al., 2017), que permite a manutenção de uma proximidade emocional, a preservação da identidade e uma conexão significativa com o passado (Field et al., 2005).

Em relação ao último objetivo, de explorar o processo de adaptação à perda, e iniciando a análise pelas dificuldades que os participantes enfrentaram no período pós-perda, destaca-se, essencialmente, a ausência do ente querido (P2, P5), que faz com que um participante (P2) tenha de lidar, para além do seu sofrimento, com o de outros familiares, evitando-os. Isto remete para o caráter individual e simultaneamente grupal do processo de luto (Logan et al., 2017), podendo funcionar como elemento facilitador ou, muito pelo contrário, dificultador do processo.

A saudade, também designada como uma dificuldade, encontra-se presente no discurso dos participantes (P4, P8), sendo, no entanto, um aspeto perfeitamente expectável no processo de luto (Maciejewski et al., 2007; Parkes & Prigerson, 2010; Stroebe & Schut, 1999; Stroebe et al., 2010). É abordado, ainda, o desejo de visitar lugares, como o cemitério (P4), para lidar com a saudade. Esta ação afigura-se como um ritual, uma manutenção da ligação contínua (Field et al., 2005) e uma das estratégias que se utiliza para a conservação de um vínculo significativo com o falecido (Stroebe, Schut & Boerner, 2010). O contacto com a morte impele o enlutado à adoção de estratégias de *coping* (Stroebe & Schut, 2010), como elemento-chave de um luto adaptativo (Pimenta & Capelas, 2019). De acordo com o modelo do processo dual de Stroebe e Schut (1999),

a família oscila entre comportamentos orientados ou focados na perda e comportamentos orientados para a restauração ou recuperação. O  *coping*  orientado para a perda encontra-se diretamente relacionado com a pessoa falecida e abrange a negação, evitando o término do vínculo existente e mudanças decorrentes da morte; e o  *coping*  orientado para a recuperação face à perda, envolve realização de novas atividades, alteração do estilo de vida e desenvolvimento de novos papéis e relações. Perante estes factos, o desejo de visitar lugares poderá ser interpretado como uma estratégia orientada para a perda, no sentido da manutenção do vínculo, (re)visitando a sua “última morada”<sup>12</sup>. No entanto, o luto não é um processo estático e linear, mas sim dinâmico e oscilatório, onde a pessoa enlutada pode recorrer tanto a estratégias de confronto como de evitamento (Stroebe & Schut, 2010; Stroebe, Schut & Boerner, 2010), como é o caso de um participante, que evita visitar o cemitério (P8).

No que concerne ao auxílio no enfrentamento da perda, são vários os aspetos elencados, sendo o sentimento de missão cumprida o mais referenciado, mesmo em situações de conspiração do silêncio. O sentimento de ter sido feito tudo o que estava ao seu alcance pelo familiar, plasmado e confirmado pela  *Carta-de-Vida* , proporcionou a um dos participantes (P6) o sentimento de bem-estar, inclusive para com a tomada de decisão de conspirar, indo de encontro aos resultados obtidos por Cejudo López et al. (2015). Segundo os mesmos, a ausência de demonstração de arrependimento e sensação de culpabilidade identificada nos participantes, resulta da crença de terem contribuído para a diminuição da dor do ente querido perante a iminência da morte. Outro dos aspetos elencados é a família (P2, P3, P4, P7), enquanto rede de suporte social, amplamente referida na literatura (Beck et al., 2018; Costa et al., 2016; Parkes & Prigerson, 2010; Rodin & Zimmermann, 2008; Stroebe et al., 2010; Wang et al., 2021; Worden, 2018), que se constitui como um fator protetor (Logan et al., 2017; Rodin & Zimmermann, 2008; Vanderwerker & Prigerson, 2004), com função de  *buffer*  ou amortizador (Boehmer et al., 2007), contribuindo para amenizar resultados negativos associados à perda de um ente querido (Boehmer et al., 2007; Den Oudsten et al., 2009; Hill et al., 2011; Sherbourne et al., 1995; Stroebe et al., 2010; Vanderwerker & Prigerson, 2004). A consciência da finitude e a expectativa de um reencontro pós-morte afiguram-se, igualmente, como estratégias utilizadas pelos participantes para enfrentar a perda, permitindo-lhes resignificá-la (Attig, 2011; Parkes & Prigerson, 2010).

---

<sup>12</sup> Esta é uma expressão figurativa, frequentemente utilizada na língua portuguesa para se referir ao jazigo no cemitério.

Quando questionados sobre o estado emocional atual, obteve-se uma panóplia de respostas que remete para a idiosincrasia do processo de luto. Mais uma vez, as saudades e o sentimento de missão cumprida são os mais referenciados, identificando-se diversamente referências que nos remetem para o pleno desenvolvimento do luto (e.g. aceitação) e para as dificuldades em lidar com ele (e.g. anestesia emocional, negação da realidade (Parkes & Prigerson, 2010; Stroebe & Schut, 1999) e reorganização do espaço). O caráter social dos processos de luto (Parkes & Prigerson, 2010; Worden, 2018), norteador dos comportamentos a serem adotados pelos enlutados – deseabilidade social (Ribeiro, 2010) está patente no discurso de um dos participantes (P8). Neste, a sensação de tranquilidade e ausência de vivência/externalização da dor da perda (e.g. chorar – Stroebe & Schut, 1999), é sentida pelo mesmo como conflituosa, pela sensação de estranheza gerada pelo receio de se tornar uma “*pessoa fria*”. Este aspeto é extremamente relevante, remetendo-nos para a normalização dos processos de luto (Lebow, 1976), sem o qual se corre o risco de promover no próprio e nos outros interpretações enviesadas das reações ao mesmo, com possíveis repercussões pessoais, familiares e sociais. Não poderíamos deixar de referenciar que este participante, que evidencia ter sido bem-sucedido no processo de luto (“(...) *ficou mesmo tudo dito, eu acho que sinto-me em paz, é isso*”), é o mesmo que nunca leu a *Carta-de-Vida*, em vida, nem após a morte do seu ente querido, pelo que não podemos extrair ilações inequívocas quanto ao papel desempenhado pela TSV e pela carta no processo de adaptação à perda.

Para encerrarmos esta análise do processo de luto, a referência ao tópico das necessidades de acompanhamento foi deliberadamente deixada para o fim, pela pertinência da questão em discussão. Em conformidade com os testemunhos dos participantes, a maioria não teve qualquer acompanhamento psicológico após a perda (P2, P3, P4, P5, P6, P8). Porém, um dos participantes (P5), salientou, de forma consistente ao longo do seu testemunho, a necessidade de acompanhamento paralelo ao doente, resplandecendo o desconhecimento da TSV na sua globalidade, da qual resultou um documento tão importante e com um significado de despedida, tal como referiu. Isto encontra-se de acordo com a evolução da própria TD (inspiração para a TSV), no sentido de integrar os familiares no processo de intervenção, validando esta necessidade (Grijó et al., 2021; Martínez et al., 2016; McClement et al., 2007; Scarton et al., 2018; Xiao et al., 2022).

Relativamente aos participantes (P1, P7) que receberam acompanhamento psicológico após a perda (Julião et al., 2022; McClement et al., 2007), apenas um (P1) se referiu à importância do mesmo no processo de luto. O papel do Psicólogo não cessa com o falecimento do doente (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018), desempenhando, também, um papel importante no processo de luto dos familiares (Pimenta & Capelas, 2019), motivo pelo qual a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da entidade hospitalar promove a consulta do luto.

### 3.3. Conclusão

#### 3.3.1. Síntese das principais conclusões do estudo

O diagnóstico de uma doença oncológica em estadios paliativo e terminal é gerador de níveis elevados de sofrimento, com grande impacto nos doentes e seus familiares. Apesar da inevitabilidade da finitude e a consciência dessa realidade, a morte é um tópico frequentemente evitado ou silenciado na sociedade atual (Astudillo & Mendinueta, 2005; Clayton et al., 2005). Por consequência, é relativamente frequente a ocultação de informações relativas ao diagnóstico e/ou prognóstico da doença terminal de um familiar, através do mecanismo de proteção da conspiração do silêncio (Ruiz-Benítez & Coca, 2008), demonstrando a tendência à negação e rejeição da realidade da perda (Astudillo & Mendinueta, 2005). Este mecanismo foi claramente identificado no nosso estudo, com diferentes repercussões, representativas da singularidade da experiência do processo de luto (Neimeyer, 2005). Se para uns foi validada pelo sentimento de bem-estar, promovido pela sensação de missão cumprida, para outros, nos quais, muito pelo contrário, a conspiração do silêncio foi encetada pelo doente, parece-nos ter dificultado o processo de adaptação à perda. Neste contexto, as barreiras comunicacionais são habitualmente referidas pela literatura como impeditivas de uma despedida digna e da resolução de assuntos pendentes (Bermejo et al., 2013; Rodin & Zimmermann, 2008).

A *Carta-de-Vida* emergiu, no nosso estudo, como um elemento comunicacional (Goddard et al., 2012; Hall et al., 2013), contribuindo para o processo de luto, na medida em que constitui um documento autobiográfico (Dose & Rhudy, 2017; Vuksanovic et al., 2017) e transgeracional (Beck et al., 2018; Chochinov et al., 2005; Goddard et al., 2012; McClement et al., 2007), promotor

da sensação de conforto (Aoun et al., 2015; Chochinov et al., 2012; Goddard et al., 2012; McClement et al., 2007), reforço da relação e proximidade, permitindo mitigar as saudades, em conformidade com as expectativas iniciais. Contudo, não podemos afirmar, perentoriamente, que a mesma é um elemento vital neste processo, revelando-se, acima de tudo, como uma ferramenta potencialmente promotora do luto adaptativo, sendo, no entanto, importante desenvolverem-se mais estudos confirmatórios neste âmbito.

No que concerne à questão de investigação propriamente dita, ou seja, o impacto da TSV no processo de luto dos familiares, não conseguimos extrair conclusões inequívocas. As recordações instrumentalizadas e vagas da intervenção, aliadas à conspiração do silêncio, obstaculizaram, de alguma forma, que metade da amostra conseguisse, claramente, aferir o impacto da TSV. Para além disso, depreende-se que os discursos dos participantes são incongruentes em relação à questão, remetendo-nos para a dificuldade em destringir o seu processo de adaptação à perda do processo do doente. O processo de finitude é complexo, envolvendo sofrimento físico, mesclado com o sofrimento psicoexistencial e, eventualmente, espiritual, do doente e dos seus familiares, impedindo, desta forma, uma visão clara e segmentada do papel desempenhado pela TSV. Não obstante, a intervenção foi identificada como promotora de um ambiente favorável à privacidade (Hack et al., 2010; Hall et al., 2012; Julião et al., 2017; McClement et al., 2007; Onishi, 2021; Zhang et al., 2017) e de ventilação emocional (Hall et al., 2013; McClement et al., 2007; Rainbird et al., 2009), sinalizando o seu potencial neste domínio. A *Carta-de-Vida* dela resultante, que constitui um legado perpétuo (Cuevas et al., 2021) é, efetivamente, sentida como securizante.

### 3.3.2. Forças e limitações do estudo

A mais-valia da investigação é, indubitavelmente, tratar-se de um estudo retrospectivo e longitudinal, onde, pela primeira vez, se avaliou o impacto da TSV no processo de luto dos familiares, com relevância clínica. O recurso à metodologia qualitativa afigura-se, simultaneamente, como uma força e uma limitação, na medida em que a análise das entrevistas permite explorar a aprendizagem num nível de profundidade de que a pesquisa quantitativa carece, proporcionando flexibilidade na análise dos dados (Braun & Clarke, 2006). Contudo, por mais que se atente à transparência, a subjetividade dos processos persiste, não permitindo, por

vezes, retirar ilações generalizadas. O mesmo se verifica relativamente à heterogeneidade da amostra, uma vez que, se por um lado nos permite aceder às idiossincrasias do processo de perda e luto, por outro lado, pode perspetivar-se como uma variável confundidora, tendo em consideração que a amostra é constituída por familiares de doentes com diversas doenças oncológicas, *timings* distintos decorridos desde o falecimento até à entrevista e uma grande variabilidade no que respeita à leitura da *Carta-de-Vida*, seja pelo momento em que foi efetuada (ou não) ou pelo número de vezes.

Finalmente importa salientar um aspeto que pode ter influenciado os resultados: conspiração do silêncio em metade da amostra. Da análise global das entrevistas resulta um sentimento de não ter havido uma grande sintonia ou cumplicidade naquele que foi o processo do doente e o do familiar durante a aplicação da TSV. Embora os participantes tenham demonstrado conhecimento do envolvimento dos seus entes queridos “numa” intervenção e alguns tenham recebido do doente a *Carta-de-Vida*, parece-nos, contudo, não haver um conhecimento efetivo do caráter da intervenção, pelo que condicionou a sua capacidade de análise do impacto da mesma, quer no processo de morte do doente, quer neles próprios.

### 3.3.3. Sugestões para investigação futura

Os resultados remetem-nos claramente para a necessidade de integrar os familiares na intervenção com os doentes, como verdadeiros parceiros no processo de doença e morte. Neste contexto, e à semelhança da evolução da própria TD, também a TSV deve evoluir no sentido de intervir na díade doente-familiar, de forma a combater o flagelo de abordar o tema da morte, desmoronando barreiras comunicacionais, com o objetivo de permitir a expressão emocional e a aproximação dos agentes neste processo delicado de doença avançada, progressiva e incurável, evitando a vivência de processos de fim de vida silenciados e em sofrimento, que se traduzem em despedidas não concretizadas e mortes solitárias.

No que diz respeito à metodologia qualitativa esta é, efetivamente, aquela que nos permite uma análise mais aprofundada de uma problemática complexa como são as doenças em estadio terminal, pelo que se deve manter. No entanto, os protocolos que estão na base das entrevistas carecem de uma análise muito rigorosa, no sentido de evitar questões indutoras de respostas socialmente desejáveis. Ademais, parece-nos importante conseguir, de alguma forma,

destrinçar o sofrimento psicoexistencial do físico, permitindo uma maior compreensão do potencial impacto da TSV na adaptação à morte por parte do doente e seu familiar. A combinação de métodos mistos (qualitativo e quantitativo) poderá revelar-se uma mais-valia na continuidade da avaliação da eficácia da TSV.

#### 3.3.4. Implicações para a prática

Os resultados são claros quanto à existência de conspiração do silêncio e suas implicações amplamente discutidas na literatura. Desta forma, é importante a consciencialização dos profissionais de saúde para esta problemática, no sentido de não compactuarem com a mesma quando solicitada pelos familiares, promovendo, muito pelo contrário, uma comunicação franca e aberta entre os doentes e familiares. A abordagem da morte enquanto parte integrante da vida e do desenvolvimento humano é igualmente importante, tendo em consideração a dificuldade ao nível social em discutir questões de fim de vida, que se refletem, obviamente, na forma como o doente e os familiares lidam com esta questão quando confrontados com a iminência da morte.

A TSV revelou-se auspiciosa na promoção da adaptação do doente em fim de vida e, de alguma forma, embora num número reduzido de casos, afigurou-se como potenciadora na abertura de uma janela comunicacional entre a díade, irrompendo os “nós” da conspiração do silêncio.

A *Carta-de-Vida* é uma ferramenta útil no processo de fim de vida e/ou de luto. As diferentes formas de contacto são reveladoras da sua importância e vão desde a entrega em mãos efetuada pelo próprio doente ao seu encontro numa gaveta, após a morte, como se de um “testamento” se tratasse, revelador de questões de natureza cultural, que se repercutem no modo como a comunidade lida com as perdas.

## Bibliografia

- Almeida, M., Ramos, C., Maciel, L., Basto-Pereira, M., & Leal, I. (2022). Meaning in life, meaning-making and posttraumatic growth in cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.995981>
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term Life-Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 39*(6), 993-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>
- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T., & Ninosaka, Y. (2008). One-week short-term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology, 17*(9), 885–890. <https://doi.org/10.1002/pon.1299>
- Aoun, S. M., Chochinov, H. M., & Kristjanson, L. J. (2015). Dignity Therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: A feasibility study. *Journal of Palliative Medicine, 18*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0213>
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2005). Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *ARS MEDICA, Revista de Ciencias Médicas, 34*(2), 46-68. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.206>
- Attig, T. (2011). *How we Grieve: Relearning the World* (Rev. ed.). Oxford University Press.
- Bandeali, S., des Ordon, A. R., & Sinnarajah, A. (2019). Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliative and Supportive Care, 18*(5), 513-518. <https://doi.org/10.1017/s1478951519001020>
- Barclay, L. (2016). In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. *International Journal of Nursing Studies, 61*, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.010>
- Beck, A., Cottingham, A. H., Stutz, P. V., Gruber, R., Bernat, J. K., Helft, P. R., Wilhelm, L., Schmidt, K., Stout, M. E., Willard, C. & Johns, S. A. (2018). Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study. *Palliative and Supportive Care, 17*(3), 262-268. <https://doi.org/10.1017/s1478951518000482>

- Bentley, B., O'Connor, M., Shaw, J., & Breen, L. (2017). A narrative review of Dignity Therapy research. *Australian Psychologist*, *52*(5), 354–362. <https://doi.org/10.1111/ap.12282>
- Bermejo, J. C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E., & Díaz-Albo, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa*, *20*(2), 49–59. <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002>
- Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *20*(1), 61–75. <https://doi.org/10.1080/10615800701195439>
- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(3), 604–618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>
- Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psycho-Oncology*, *27*(11), 2631–2637. <https://doi.org/10.1002/pon.4884>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Soerjomataram, I. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*, *127*(16), 3029–3030. <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association*, *284*(22), 2907–2911. <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>

- Bruce, A., Schreiber, R., Petrovskaya, O., & Boston, P. (2011). Longing for ground in a ground(less) world: a qualitative inquiry of existential suffering. *Biomedical Central Nursing, 10*(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-2>
- Byock, I. (2014). *The four things that matter most: A book about living* (10th Anniversary Edition). Atria Books.
- Cardoso, A. R. (2019). *“Cartas para a vida: Legado depois da partida” – Estudo misto sobre a experiência subjetiva do doente em fim de vida* [Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – UTAD]. Catálogo Online da Biblioteca da UTAD. <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=80634&q=an:79548>
- Cardoso, A. R., Remondes-Costa, S., Veiga, E., de Almeida, V., Rocha, J., Teixeira, R. J., Macedo, G., & Leite, M. (2023, March 29). Meaning of Life Therapy: a Pilot Study of a Novel Psycho-Existential Intervention for Palliative Care in Cancer. Retrieved from <https://osf.io/2bnsx>
- Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 10*(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>
- Cejudo López, Á., López López, B., Duarte Rodríguez, M., Crespo Serván, M. P., Coronado Illescas, C., & Fuente Rodríguez, C. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica, 25*(3), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.002>
- Chochinov, H. M. (2002) Dignity-Conserving Care - A new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *The Journal of the American Medical Association, 287*(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 56*(2), 84-103. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84>
- Chochinov, H. M. (2008). Psychiatry and Palliative Care: 2 sides of the same coin. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(11), 711-712. <https://doi.org/10.1177/070674370805301102>
- Chochinov, H. M. (2022). The Platinum Rule: A new standard for person-centered care. *Journal of Palliative Medicine, 25*(6), 854-856. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0075>
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., & Hassard, T. (2012). Dignity Therapy: A feasibility study of elders in long-term care.

- Palliative and Supportive Care*, 10(1), 3–15.  
<https://doi.org/10.1017/s1478951511000538>
- 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. *The 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., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2004). Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *Journal of Palliative Care*, 20(3), 134-141. <https://doi.org/10.1177/082585970402000303>
- 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*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54(3), 433-443. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00084-3)
- Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., Sinclair, S., & Murray, A. (2009). The landscape of distress in the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.021>
- 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), 753-62. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. N. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 13(8), 589-599. <https://doi.org/10.1007/s00520-004-0759-2>
- Coelho, A., de Brito, M., & Barbosa, A. (2017). Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000321>
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2019). Family caregivers' anticipatory grief: A conceptual framework for understanding its multiple challenges.

*Qualitative Health Research*, 30(5), 693-703.

<https://doi.org/10.1177/1049732319873330>

- Colosimo, K., Nissim, R., Pos, A. E., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). "Double awareness" in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 125-140. <http://doi.org/10.1037/int0000078>
- Costa, D. S., Mercieca-bebber, R., Rutherford, C., Gabb, L., & King, M. T. (2016). The impact of cancer on psychological and social outcomes. *Australian Psychologist*, 51(2), 89-99. <https://doi.org/10.1111/ap.12165>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Cuevas, P. E., Davidson, P., Mejilla, J., & Rodney, T. (2021). Dignity Therapy for end-of-life care patients: A literature review. *Journal of Patient Experience*, 8: 237437352199695, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2374373521996951>
- Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Paillé, P., Hudon, É., Dion, D., Yelle, L., & Chum. (2004). The nature of suffering and its relief in the terminally ill: A qualitative study. *Journal of Palliative Care*, 20(1), 7-11. <https://doi.org/10.1177/082585970402000103>
- Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Yelle, L., Côté, A., Sicotte, C., Paillé, P., Dion, D., & Coulombe, M. (2016). Ultimate journey of the terminal ill: Ways and pathways of hope. *Canadian Family Physician*, 62(8), 648-656. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982727/>
- Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F. W., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2009). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1230-1237. <https://doi.org/10.1002/pon.1518>
- Dose, A. M., & Rhudy, L. M. (2017). Perspectives of newly diagnosed advanced cancer patients receiving dignity therapy during cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 187-195. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3833-2>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Erikson E. H. & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (Extended version)*. W. W. Norton & Company.

- Espinoza-Suárez, N. R., Zapata del Mar, C. M., & Mejía Pérez, L. A. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(2), 125-136. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105>
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16(4), 297-303. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm575oa>
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Finn, J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C., & Smith T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 96-112. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.70.1474>
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4), 277-299. <https://doi.org/10.1080/07481180590923689>
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilkie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *Biomedical Central Palliative Care*, 14(8), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>
- Frank, A. W. (2001). Can we research suffering? *Qualitative Health Research*, 11(3), 353–362. <https://doi.org/10.1177/104973201129119154>
- Goddard, C., Speck, P., Martin, P., & Hall, S. (2012). Dignity Therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 122–132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05999.x>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grijó, L., Tojal, C., & Rego, F. (2021). Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 19(5), 605-614. <https://doi.org/10.1017/S147895152100033X>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483384436>

- Guo, Q., Zheng, R., Jacelon, C. S., McClement, S., Thompson, G., & Chochinov, H. (2019). Dignity of the patient-family unit: Further understanding in hospice palliative care. *British Medical Journal: Supportive & Palliative Care*, 12:e599-e606, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001834>
- Hack, T. F., McClement, S. E., Chochinov, H. M., Cann, B. J., Hassard, T. H., Kristjanson, L., J., & Harlos, M. (2010). Learning from dying patients during their final days: Life reflections gleaned from dignity therapy. *Palliative Medicine*, 24(7), 715–723. <https://doi.org/10.1177/0269216310373164>
- Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of a structured Life Review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(2), 40-44. <https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.P40>
- Hall, S., Edmonds, P., Harding, R., Chochinov, H., & Higginson, I. J. (2009). Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: Study protocol. *Biomedical Central Palliative Care*, 8(5), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-684x-8-5>
- Hall, S., Goddard, C., Martin, P., Opio, D., & Speck, P. (2012). Exploring the impact of dignity therapy on distressed patients with advanced cancer: three case studies. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1748–1752. <https://doi.org/10.1002/pon.3206>
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *British Medical Journal: Supportive & Palliative Care*, 1(3), 315–321. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>
- Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2013). “It Makes You Feel That Somebody Is Out There Caring”: A qualitative study of intervention and control participants’ perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of Dignity Therapy for people with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 712–725. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009>
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M. R. K., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S., & Salmon, P. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, 41(7), 1429-1436. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001868>

- Hirai, K., Morita, T., & Kashiwagi, T. (2003). Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliative Medicine*, 17(8), 688-694. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm825oa>
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine: Journal of Biobehavioral Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., & Groenvold, M. (2013). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28(5), 448-458. <https://doi.org/10.1177/0269216313514883>
- 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(1468), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468>
- Johns, S. A. (2013). Translating Dignity Therapy into practice: Effects and lessons learned. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 67(1-2), 135-145. <https://doi.org/10.2190/om.67.1-2.p>
- Johnston, G., & Abraham, C. (2000). Managing awareness: negotiating and coping with a terminal prognosis. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(10), 485-494. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.10.9048>
- Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B., & Carneiro, A. V. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 11(6), 481-489. <https://doi.org/10.1017/s1478951512000892>
- Julião, M., Chochinov, H., Antunes, B., Samorinha, C., Faustino, C., Lemos Caldas, M., Bragança, A., & Vaz, M. (2022). The European Portuguese Posthumous Dignity Therapy Schedule of Questions: Initial development and validation. *Palliative and Supportive Care*, 21(1), 74-82. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000396>
- Julião, M., Johnston, B., & Antunes, B. (2022). Dignity Therapy - Past, present and future journey: Beyond end of life cancer care. Responding to Grassi et al. *Psycho-Oncology*, 31(8), 1431-1432. <https://doi.org/10.1002/pon.5981>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., & Barbosa, A. (2014). Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized

- controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688–695.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., & Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 15(6), 628–637. <https://doi.org/10.1017/s1478951516001140>
- Julião, M., Sobral, M. A., Johnston, B., Lemos, A. R., Almeida, S., Antunes, B., Dönmez, Ç. F., & Chochinov, H. M. (2021). A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents. *Palliative and Supportive Care*, 20(2), 1–7. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000754>
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, 69(4), 364–376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>
- Killmister, S. (2010). Dignity: not such a useless concept. *Journal of Medical Ethics* 36(3), 160–164. <https://www.jstor.org/stable/20696749?origin=JSTOR-pdf>
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization Syndrome – A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12–21. <https://doi.org/10.1177/082585970101700103>
- Kleijn, G., Lissenberg-Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Willemsen, V., Becker-Commissaris, A., Eeltink, C. M., Bruynzeel, A. M., van der Vost, M. J., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2020). A randomized controlled trial on the efficacy of life review therapy targeting incurably ill cancer patients: do their informal caregivers benefit? *Supportive Care in Cancer*, 29(4), 1257–1264. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05592-w>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.
- Lebow, G. H. (1976). Facilitating adaptation in anticipatory mourning. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 57(7), 458–465.  
<https://doi.org/10.1177/104438947605700707>
- Lemus-Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., & Arias-Rojas, M. (2019). Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 24–29.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388587/>
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology:

- Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2-22.  
<https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Liu, L., Ma, L., Chen, Z., Geng, H., Xi, L., McClement, S., & Guo, Q. (2021). Dignity at the end of life in traditional Chinese culture: Perspectives of advanced cancer patients and family members. *European Journal of Oncology Nursing*, 54(102017), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102017>
- Logan, E. L., Thornton, J. A., Kane, R. T. & Breen, L. J. (2017). Social support following bereavement: The role of beliefs, expectations, and support intentions. *Death Studies*, 42(8), 471-482.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1382610>
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-723. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>
- Mai, S. S., Goebel, S., Jentschke, E., van Oorschot, B., Renner, K.-H., & Weber, M. (2018). Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. *Biomedical Central Palliative Care*, 17(73), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- Mako, C., Galek, K., & Poppito, S. R. (2006). Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1106–1113. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1106>
- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2016). “Dignity therapy”, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31(6), 492–509. <https://doi.org/10.1177/0269216316665562>
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)
- 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. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications.

- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, *14*(8), 721–732. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)
- Moghaddam, N., Coxon, H., Nabarro, S., Hardy, B., & Cox, K. (2016). Unmet care needs in people living with advanced cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3609–3622. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3221-3>
- Morita, T., Kawa, M., Honke, Y., Kohara, H., Maeyama, E., Kizawa, Y., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2004). Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Supportive Care in Cancer*, *12*(2), 137–140. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0561-6>
- Nagelschmidt, K., Leppin, N., Seifart, C., Rief, W., & von Blanckenburg, P. (2020). Systematic mixed-method review of barriers to end-of-life communication in the family context. *British Medical Journal: Supportive & Palliative Care*, *11*(3), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002219>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>
- Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, *24*(2), 27–30. <https://doi.org/10.1080/02682620508657628>
- Neto, I. G. (2021). Capítulo 1: Princípios dos cuidados paliativos. Em A. G. Abejas & C. Duarte, *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 3–10). Lidel.
- Onishi, H. (2021). Communication at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Care*, *24*(3), 135–143. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.135>
- Parajuli, J., & Hupcey, J. E. (2021). A systematic review on barriers to palliative care in oncology. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *38*(11), 1361–1377. <https://doi.org/10.1177/1049909120983283>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (Eds.). (2010). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life* (4th ed.). Routledge.
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. V. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, *11*(1), 5–18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>

- Rainbird, K., Perkins, J., Sanson-Fisher, R., Rolfe, I., & Anseline, P. (2009). The needs of patients with advanced, incurable cancer. *British Journal of Cancer*, *101*(5), 759-764. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605235>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde* (2.ª ed.). Placebo Editora.
- Rocha, N. C. (2021). *Intervenção em cuidados paliativos em tempos de Covid-19: Estudo piloto da Terapia do Sentido de Vida por videoconferência* [Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde – IUCS, CESPU]. Repositório CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3639>
- Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *36*(1), 181–196. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.181>
- Ruiz-Benítez M. A., & Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, *5*(1), 53-69. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A>
- Sansom-Daly, U. M., Lobb, E. A., Evans, H. E., Breen, L. J., Ugalde, A., Best, M., Zomerdijk, N., Beasley, E. A., Taylor, K. L., Clayton, J., Sharpe, L., Bartula, I., & Olver, I. (2021). To be mortal is human: professional consensus around the need for more psychology in palliative care. *British Medical Journal: Supportive & Palliative Care*, *11*(4), 1-3. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002884>
- Scarton, L. J., Boyken, L., Lucero, R. J., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. J. (2018). Effects of Dignity Therapy on family members: A systematic review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *20*(6), 542–547. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000469>
- Schoppee, T. M., Scarton, L., Bluck, S., Yao, Y., Keenan, G., Handzo, G., Chochinov, H. M., Fitchett, G., Emanuel, L. L., & Wilkie, D. J. (2021). Description of a training protocol to improve research reproducibility for dignity therapy: an interview-based intervention. *Palliative and Supportive Care*, *20*(2), 1–11. <https://doi.org/10.1017/s1478951521000614>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(3), 345-55. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.345>

- Stroebe, W., Abakoumkin, G., & Stroebe, M. (2010). Beyond depression: Yearning for the loss of a loved one. *Omega – Journal of Death and Dying*, *61*(2), 85-101. <https://doi.org/10.2190/OM.61.2.a>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with bereavement: A decade on. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/om.61.4.b>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.007>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, *370*(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61816-9)
- Taleghani, F., Shahriari, M., & Alimohammadi, N. (2018). Empowering nurses in providing palliative care to cancer patients: Action research study. *Indian Journal of Palliative Care*, *24*(1), 98-103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5801640/>
- Tuca, A., Viladot, M., Barrera, C., Chicote, M., Casablanca, I., Cruz, C., Font, E., Marco-Hernández, J., Padrosa, J., Pascual, A., Codorniu, N., & Román, B. (2021). Prevalence of ethical dilemmas in advanced cancer patients (secondary analysis of the PALCOM study). *Supportive Care in Cancer*, *29*(7), 3667-3675. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05885-0>
- Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, *9*(1), 45-57. <https://doi.org/10.1080/15325020490255304>
- von Blanckenburg, P., Knorrnschild, J. R., Hofmann, M., Fries, H., Nestoriuc, Y., Seifart, U., Rief, W., & Seifart, C. (2022). Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study. *British Medical Journal: Open*, *12*(5), Article e058531. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531>
- von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(5), 389-395. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000441>

- Voogt, E., van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., van der Heide, A., & van der Maas, P. J. (2005). Information needs of patients with incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*, 13(11), 943–948. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0823-6>
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2016). Dignity Therapy and Life Review for palliative care patients: A randomised controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for palliative care patients: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 530–537. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>
- Wang, C., Chen, J., Wang, Y., Xu, W., Xie, M., Wu, Y., & Hu, R. (2021). Effects of family participatory dignity therapy on the psychological well-being and family function of patients with haematologic malignancies and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 118(20): 103922, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103922>
- 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>
- Williams, A., & McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and Supportive Care*, 9(3), 315–325. <http://doi.org/10.1017/S1478951511000265>
- Worden, J. W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- World Health Organization (WHO). (2020). Definition of palliative care. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization (WHO). (2022). Cancer. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Xiao, H., Kwong, E., Pang, S., & Mok, E. (2013). Effect of a Life Review program for chinese patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 36(4), 274–283. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e318268f7ba>

- Xiao, J., Marques Ng, S. N., Yan, T., Ming Chow, K., & Chan, C. W. H. (2021). How patients with cancer experience dignity: An integrative review. *Psycho-Oncology*, *30*(8), 1220-1231. <https://doi.org/10.1002/pon.5687>
- Xiao, J., Ming Chow, K., Chow Choi, K., Marques Ng, S. N., Huang, C., Ding, J., & Chan, C. W. H. (2022). Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *129*(3): 104217. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104217>
- Xiao, J., Ming Chow, K., Liu, Y., & Chan, C. W. H. (2019). Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *28*(9), 1791-1802. <https://doi.org/10.1002/pon.5162>
- Yin, R. K. (2016). *Qualitative Research from Start to Finish* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Yun, Y. H., Kwon, Y. C., Lee, M. K., Lee, W. J., Jung, K. H., Do, Y. R., Kim, S., Heo, D. S., Choi, J. S., & Park, S. Y. (2010). Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. *Journal of Clinical Oncology*, *28*(11), 1950-1957. <https://doi.org/10.1200/jco.2009.22.9658>
- Zhang, X., Xiao, H., & Chen, Y. (2017). Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *74*, 138–148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.012>