

# Terapia da Dignidade para Adultos com Câncer em Cuidados Paliativos: Um Relato de Caso

Amanda Valério Espíndola<sup>1</sup>  
Ciomara Ribeiro Silva Benincá  
Silvana Alba Scortegagna  
Ana Caroline Secco  
Ana Paula Monteiro Abreu

*Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*  
*Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*  
*Hospital da Cidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

## Resumo

Este estudo descreve a eficácia da intervenção Terapia da Dignidade, com uma paciente de 52 anos com câncer em cuidados paliativos. O objetivo do trabalho é avaliar a eficácia da terapia da dignidade. Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido em quatorze encontros, antes e depois dos quais foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala Beck de Ansiedade, Escala Beck de Depressão, Inventário de Dignidade do Paciente. A análise dos dados foi feita qualitativamente, pelo estabelecimento de categorias temáticas e, pela comparação dos resultados das Escalas e do Inventário. Observou-se que, após a realização da intervenção, houve redução nos níveis de depressão (40 para 29 pontos) e melhora no senso de dignidade da paciente (104 para 76 pontos), embora tenha havido aumento nos níveis de ansiedade (46 para 53 pontos). Além disso, aponta-se que a técnica Terapia da Dignidade favoreceu a recuperação de memórias positivas, a possibilidade de arrepender-se e pedir perdão e a aproximação dos familiares no final da vida, representado no documento *legado*, previsto pela técnica da Terapia da Dignidade, concluindo-se que a Terapia da Dignidade foi eficaz.

**Palavras-chave:** Terapia da Dignidade, cuidados paliativos, Psicologia Hospitalar, Psico-Oncologia.

## Dignity Therapy for Adults with Cancer Receiving Palliative Care: A Case Report

### Abstract

This study describes the efficacy of the dignity therapy intervention with a 52 year old cancer patient undergoing palliative care. The aim of the work was to evaluate the efficacy of the dignity therapy. This is a case study, developed in fourteen meetings, before and after which the following instruments were used: Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Patient Dignity Inventory. Qualitative data analysis was performed, with the establishment of thematic categories. It was observed that, after the completion of the intervention, there was a reduction in the level of depression (40 to 29 points) and improvement in the sense of dignity of the patient (104 to 76 points), although there was an increase in

---

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Universidade de Passo Fundo, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Psicologia, BR 285 Campus I, São José, Passo Fundo, RS, Brasil 99001-970. Fone: (54) 3316-8330. E-mail: amndvesp@gmail.com

the level of anxiety (46 to 53 points). It was highlighted that the Dignity Therapy technique favored the recovery of positive memories, the possibility to repent and ask for forgiveness and the proximity of the family members at the end of life. This was represented in the legacy document, provided by the Dignity Therapy technique, and it was concluded that the Dignity Therapy was effective.

**Keywords:** Dignity Therapy, palliative care, Health Psychology, Psycho-Oncology.

## Terapia de la Dignidad para Adultos con Cáncer en Cuidados Paliativos: Reporte de un Caso

### Resumen

Este estudio describe una intervención desarrollada con una paciente adulta con cáncer, de 52 años, recibiendo cuidados paliativos. Fue utilizada como técnica de intervención la Terapia de la Dignidad. El objetivo es evaluar la eficacia de la Terapia de la Dignidad. Es un estudio de caso desarrollado en catorce encuentros, que se utilizó las siguientes herramientas y técnicas: Inventario de Ansiedad de Beck; Inventario de Depresión de Beck; Inventario de la Dignidad del Paciente y la técnica Terapia de la Dignidad. Para el análisis de los datos, se utilizó el enfoque por categoría. Se observó que, después de la intervención, hubo una reducción en los niveles de depresión (40 para 29 puntos), mejora del sentido de dignidad (104 para 76 puntos) de la paciente y aumento de los niveles de ansiedad (46 para 53 puntos). Aparte de eso, se señala que la técnica Terapia de la Dignidad favoreció la recuperación de recuerdos positivos, la posibilidad de arrepentirse y pedir perdón y la conexión de la paciente con su familia y otros queridos al final de la vida, por medio de la construcción del documento *legado* previsto por la técnica Terapia de la Dignidad.

**Palabras clave:** Terapia de la Dignidad, cuidados paliativos, Psicología Hospitalaria, Psicooncología.

A *World Health Organization* (WHO) estabeleceu, em 1990, cuidados paliativos como uma modalidade de assistência e definiu, em 2002, cuidados paliativos como uma abordagem que busca a melhora na qualidade de vida de pacientes e de seus familiares cujos diagnósticos correspondam aos de doenças potencialmente ameaçadoras à vida – como as neoplasias malignas –, por meio da prevenção e do alívio de sofrimentos como a dor e outras questões de ordem física, psicossocial e espiritual.

Ainda de acordo com a WHO (2002), os cuidados paliativos devem ser oferecidos a todos aqueles pacientes que estejam acometidos por doenças graves, crônicas ou incuráveis, pois em todas essas há um risco de morte. Diferentemente do que sugere o imaginário social, os cuidados paliativos devem ocorrer paralelamente aos cuidados padrão (quanto à oncologia, referem-se aos tratamentos como a quimioterapia, radioterapia e cirurgia), os quais devem perder

espaço à medida que não sejam mais eficazes no controle das patologias.

Essa área do cuidado – da assistência ao processo de morte e de morrer –, busca através da analgesia, do controle de sintomas, do apoio psicossocial e espiritual, uma melhora na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Identifica-se que o alvo da terapêutica centra-se, dessa forma, no indivíduo, não em sua doença, a fim de possibilitar uma morte digna (Araújo & Silva, 2012).

Os pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos apresentam algumas características comuns: muitos desses pacientes podem estar acometidos por dor intensa, desconforto respiratório, náuseas, inapetência, além de sofrimentos emocional e espiritual importantes, visto que encontram-se em um período de angústia frente à limitação dos tratamentos e a possibilidade da morte (Araújo, Araújo, Souto, & Oliveira, 2009).

Em artigo de revisão bibliográfica sobre intervenções psicoterapêuticas em cuidados paliativos, Melo, Valero e Menezes (2013) identificam que as práticas dos psicólogos devem objetivar o entendimento e enfrentamento da finitude daqueles indivíduos que enfrentam processos de adoecimento graves. Por meio de intervenções que facilitam o diálogo entre paciente, familiares e equipe de saúde, busca-se promover espaço para aceitação da vida vivida, avaliar apoio social e familiar, possibilitar despedidas e reconhecimentos. As autoras ainda compreendem que os vínculos que os pacientes realizam com os profissionais de saúde nesse período de vida são intensos, devido ao tempo que permanecem nas instituições de saúde e, especialmente, ao adoecimento, que corresponde a um momento de perdas e crises. Os psicólogos que trabalham com esses pacientes podem ocupar-se dessa forte vinculação a fim de promover qualidade de vida, diminuindo sofrimentos e auxiliando no controle de ansiedade e depressão.

Tendo em vista a complexidade que envolve os pacientes em cuidados paliativos, propôs-se um novo modelo de psicoterapia dirigido àqueles pacientes em processo de fim de vida, chamada Terapia da Dignidade (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement, & Harlos, 2005). A partir do reconhecimento dos estressores aos quais um paciente em fim de vida está submetido (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement, & Harlos, 2002), que correspondem à depressão, ansiedade, desejo de morte, desesperança, sensação de inutilidade, desvalia, organizou-se um modelo de psicoterapia breve que sugere aos pacientes o relato de assuntos e questões pelos quais eles gostariam de ser lembrados. A terapia consiste na gravação e transcrição das sessões, as quais compõem, ao final da intervenção, um documento que pode ser entregue a um familiar ou outra pessoa significativa para esse paciente.

Para Chochinov et al. (2005), evidencia-se que a maior parte dos pacientes em fim de vida padece de sofrimentos físicos, espirituais, psicossociais e existenciais. Segundo os autores,

esses sofrimentos seriam o oposto à terminalidade digna. Ainda, conforme Julião (2014), a dignidade relaciona-se à condição de existência enquanto ser humano, às relações interpessoais que este humano estabelece com os outros e à construção de uma narrativa subjetiva e única de sua vida. Com base em tais conceitos de dignidade, compreende-se as razões pelas quais cunhou-se de terapia da dignidade àquela psicoterapia breve direcionada aos sujeitos próximos de sua finitude.

Segundo Fitchett, Emmanuel, Handzo, Boyken e Wilie (2015), a terapia da dignidade é uma intervenção direcionada a pacientes portadores de doenças graves, a qual foca-se em aspectos como a preservação e a resolução de relacionamentos interpessoais, o compartilhamento de palavras afetuosas e a construção de um documento de legado para os familiares e demais entes queridos desses pacientes. Esta técnica tem origem em estudo realizado com pacientes oncológicos em cuidados paliativos em centros de saúde do Canadá. Nesta ocasião, identificou-se que pacientes com senso de dignidade intacto apresentavam menor desejo de morte antecipada ou vontade de morrer, além de menores índices de depressão, desesperança ou ansiedade (Chochinov et al., 2002). Quanto ao conceito de dignidade, Chochinov (2007) propõe que este está associado a como o paciente se percebe frente ao adoecimento e aos sofrimentos relacionados.

A partir disso, a terapia da dignidade surge como intervenção que objetiva proporcionar um fim de vida digno. Tal abordagem refere-se a uma psicoterapia do tipo breve, direcionada àqueles pacientes em cuidados paliativos. Para o desenvolvimento da terapia são necessários de três a quatro encontros, realizados em um período de aproximadamente duas a três semanas. Em um primeiro momento, explica-se ao participante de que forma acontecerão os encontros e entrega-se o protocolo de questões da terapia da dignidade. No segundo encontro, realizam-se as perguntas do protocolo ao participante, sendo o atendimento todo gravado para posterior transcrição do conteúdo. Este protocolo é com-

posto por questões semidirigidas, cujas respostas dos pacientes compõem, ao final da transcrição, um documento chamado de “legado” que, num terceiro encontro, será lido e analisado pelo paciente, podendo realizar as modificações que considerar necessárias. Caso não seja possível concluir o documento em três atendimentos, realiza-se um quarto encontro para conclusão da terapia. Ao final da técnica, entrega-se o legado ao paciente, que decidirá a destinação do documento: poderá entregá-lo a familiares e demais entes queridos, guardá-lo ou ignorá-lo.

Além do Canadá, outros países que dispõem de centros específicos para cuidados paliativos também utilizam a terapia da dignidade, como é o caso de Portugal. Neste país, Julião (2014) desenvolveu um estudo de *coorte* que comparou a sobrevida em pacientes que receberam terapia da dignidade somada à assistência paliativa padrão, *versus* pacientes que receberam apenas esta última. Tal autor encontrou índices de sobrevida maiores, com qualidade, naqueles pacientes que receberam as duas abordagens, a saber, assistência paliativa padrão e terapia da dignidade. Sugere-se que a relação entre maior sobrevida com qualidade e terapia da dignidade seja justificada pelo aumento de disposição, vontade de viver, diminuição do sofrimento físico e melhora nos parâmetros nutricionais e endócrinos. Compreende-se, portanto, que a terapia da dignidade é complementar à assistência paliativa padrão, visto que são necessários os demais procedimentos para controle algico e outros sofrimentos físicos e psicossociais dos pacientes em cuidados paliativos – ou seja, a terapia não elimina o caráter terapêutico de outras abordagens psicoterápicas no tratamento paliativo, considera estas integrantes do processo.

Entende-se, dessa forma, que a terapia da dignidade coloca-se como ferramenta destinada a proporcionar aos pacientes em fim de vida uma morte digna e ativa. Ela permite ao sujeito colocar-se e posicionar-se em relação às questões de sua vida, além de aproximá-lo afetivamente de seus familiares. Nesse sentido, o presente estudo descreve uma intervenção junto a um paciente adulto com câncer, recebendo cuidados paliativos, utilizando como base para intervenção a

técnica da Terapia da Dignidade. Objetiva-se, por meio da intervenção, avaliar a eficácia da técnica da Terapia da Dignidade.

## Método

### *Delineamento*

O presente trabalho caracteriza-se pela abordagem clássica do estudo de caso. Por estudo de caso entende-se um tipo de investigação científica que pretende compreender fenômenos sociais complexos e, a partir disso, explicá-los, identificando hipóteses e apontamentos que possam estar relacionados à ocorrência de tais fenômenos (Yin, 2015).

A proposta inicial previa a intervenção com cinco pacientes internados ou recebendo procedimento ambulatorial em um hospital geral de alta complexidade, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Essa instituição constitui-se em um espaço de saúde referência regional para o tratamento de diversas especialidades médicas, dentre elas a Oncologia. Para isso, a instituição conta com dois postos de enfermagem exclusivos. Nesses postos atuam médicos oncologistas, médica hematologista, médicos oncopediatras, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, assistente social, nutricionista, entre outros profissionais e trabalhadores da saúde. Além disso, a instituição constitui-se no formato de hospital-ensino, oferecendo Residência Médica em Oncologia e Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer.

Apesar de ter sido proposto enquanto estudo de caso múltiplo, por conta da gravidade dos quadros clínicos das pacientes abordadas, quatro das cinco pacientes evoluíram para óbito antes da conclusão da intervenção. Assim, o delineamento do estudo foi adaptado para relato de caso, priorizando a experiência interventiva junto à única paciente que sobreviveu no período previsto para a coleta de dados: agosto a outubro de 2015.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: ter mais de dezoito anos, estar ciente de seu prognóstico, não havendo restrição quanto a gênero ou raça, com sobrevida prevista igual

ou inferior a seis meses, internados ou realizando procedimentos ambulatoriais no período do estudo. Foram impossibilitados de participar do estudo pacientes em tratamento curativo para o câncer, indivíduos que apresentavam distúrbios de fala ou cognitivos e pacientes sedados ou inconscientes.

### **Participante**

A família de Santina (nome fictício), 52 anos, é constituída por seus cinco filhos: F1 (35 anos – masculino); F2 (33 anos – feminino); F3 (30 anos – masculino); F4 (28 anos – masculino) e F5 (25 anos – masculino). Ela estava solteira há cerca de três anos, após separar-se do segundo marido. Segundo os familiares, a separação ocorreu por conta do alcoolismo do ex-companheiro, o mesmo motivo pelo qual havia separado do primeiro marido, pai dos seus filhos.

A paciente trabalhava como cabeleireira antes de iniciar o tratamento oncológico, entretanto, estava aposentada por invalidez após anos de tratamento psicológico e psiquiátrico para Transtorno Depressivo Maior. Santina é uma senhora de aparência correspondente a sua faixa etária. Apesar de emagrecida e apresentando restrições quanto a sua autonomia, preocupa-se com a aparência e credita a vaidade à ocupação anterior ao diagnóstico de Câncer de Pulmão.

*História Progressa.* Santina havia recebido o diagnóstico de Câncer de Pulmão há cerca de dois anos: realizou diversos ciclos de quimioterapia e estava há alguns meses em acompanhamento com seu médico oncologista. Nesse período, retomou o uso de medicamentos antidepressivo e benzodiazepínico, pois apresentava sintomatologia depressiva e insônia.

Durante o tratamento, a paciente morou com três filhos. Inicialmente, vivia com o F4 e sua esposa. Porém, após um conflito com a nora, Santina optou por ir morar com o filho mais novo [F5]. No período em que viveu com esse filho, a participante acompanhou conflitos envolvendo o filho mais velho [F1] e o filho mais novo [F5]. F1 era drogadito e, por vezes, foi acolhido na casa de Santina, o que incomodava F5. Em uma ocasião, após um conflito violento entre os dois, a filha [F2] convidou a mãe para que fosse viver

com ela, seu marido e três filhos – quando do início do estudo, a paciente estava há três meses nessa última casa, onde permaneceu até a conclusão da intervenção.

*História Atual.* A paciente recebeu o diagnóstico de metástase cerebral em setembro de 2015, cerca de dois anos após o diagnóstico inicial para Câncer de Pulmão. Estava há algumas semanas apresentando episódios de confusão mental, vômitos e convulsões, o que levou a família a buscar a emergência do hospital. O período de início da intervenção coincidiu com o diagnóstico da metástase: naquele momento, a paciente apresentava-se deprimida e apreensiva quanto à continuidade do tratamento e o prognóstico reservado. Apesar dos poucos anos de estudo, compreendia que a metástase cerebral era um complicador importante e que oferecia um risco de morte. Por conta desse entendimento, Santina fazia diversos questionamentos à equipe de saúde e à pesquisadora acerca de seu quadro clínico, perspectivas de tratamento e sobrevida.

### **Instrumentos**

Para a realização da intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos e técnicas:

*Escala Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993a), instrumento que mensura a presença e a intensidade dos sintomas de depressão. Composto por 21 itens, cada um com quatro afirmativas de respostas (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo, variar o escore) subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escore de 0 a 3. Em sua composição, apresenta itens com conteúdos cognitivo-afetivos e somáticos tais como, pessimismo, sentimento de fracasso, retraimento social, tristeza, dentre outros. O escore total classifica a intensidade de depressão em níveis mínima, leve, moderada e severa. Quanto à fidedignidade, o coeficiente alfa de Cronbach para pacientes ambulatoriais foi de 0,92, considerado índice alto.

*Escala Beck de Ansiedade* (Beck & Steer, 1993b), consiste em um instrumento de autoavaliação que mensura níveis de ansiedade. Trata-se de uma escala composta por 21 (vinte e um)

itens que são pontuados de 0 a 3 (zero a três), conforme intensidade dos sintomas. Os itens são compostos por aspectos somáticos (como tremores, formigamento, dificuldade de respirar) e outros comportamentais (medo de morrer, terror, incapacidade para relaxar). A pontuação máxima desse instrumento corresponde a 63 (sessenta e três) pontos. Quanto ao ponto de corte para definir níveis de ansiedade, Beck, Epstein, Brown, e Steer (1988) sugerem valores inferiores a 10 (dez) pontos = sem ansiedade ou ansiedade mínima; de 10 (dez) a 18 (dezoito) pontos = ansiedade leve a moderada; de 19 (dezenove) a 29 (vinte e nove) pontos = ansiedade moderada a grave; de 30 (trinta) a 63 (sessenta e três) pontos = ansiedade grave.

*Inventário da Dignidade do Paciente* (Chochinov, Hassard, & McClement, 2008), instrumento construído com o objetivo de mensurar diversas fontes de estressores relacionadas à dignidade entre pacientes terminais (como o paciente se percebe frente ao adoecimento e aos sofrimentos relacionados). Na análise de fidedignidade deste instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach apontou um índice de 0,93, evidenciando uma alta consistência interna. O Inventário é composto por vinte e cinco questões que abrangem o senso de dignidade dos indivíduos testados. Considera-se uma ferramenta do tipo autorrelato e os itens são pontuados de 0 (zero) a 5 (cinco) pontos, conforme o sujeito entrevistado sente como um incômodo ou problema a situação sugerida por cada questão. Quanto maior a pontuação, maior o sofrimento do indivíduo, sendo que a partir de escore 3 (três), deve-se considerar a abordagem clínica do sinal aferido pela questão. Os vinte e cinco itens são construídos a partir de três subescalas, as quais dizem respeito aos seguintes fatores: preocupações associadas ao adoecimento (8 itens), dignidade pessoal (12 itens) e dignidade social (5 itens).

### ***Procedimentos de Coleta de Dados***

A paciente foi identificada por seu médico oncologista como potencial participante e, após encaminhamento deste, foi informada sobre o estudo e convidada a participar. Mediante a

concordância, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após, realizou-se a intervenção, a qual consistia em encontros realizados em ambiente hospitalar: à beira do leito, quando internada, ou em consultórios quando estava realizando procedimentos ambulatoriais. Os encontros tiveram duração de aproximadamente uma hora cada um. Apesar de o estudo ter previsto apenas cinco encontros, foram realizados mais sete encontros para concluir a intervenção e outros dois, a pedido da paciente, totalizando quatorze encontros. A adaptação no número de encontros se deve a fatores relacionados à piora do quadro clínico, necessidade de intervenção cirúrgica, episódios de confusão mental, etc.

Em um primeiro momento, realizou-se uma entrevista individual e aplicou-se a Escala Beck de Depressão. No dia seguinte, fez-se a aplicação da Escala Beck de Ansiedade e o Inventário da Dignidade do Paciente. Ao fim da aplicação, foi entregue o protocolo de questões da Terapia da Dignidade. Nesse encontro, realizou-se o primeiro atendimento de suporte à família, oferecido à filha e ao filho mais velho da paciente.

No terceiro encontro a paciente estava realizando um procedimento cirúrgico para implantação de cateter de *Ommaya*, que viabilizaria a quimioterapia intratecal. Após esse procedimento, a paciente levou alguns dias para recuperar-se; no quarto, quinto e sexto dias fez-se breves atendimentos de suporte a ela e aos familiares.

Sentindo-se melhor e mais disposta, procedeu-se com a realização da técnica da Terapia da Dignidade nos sétimo e oitavo encontros. Esses foram gravados para que todo o conteúdo pudesse ser transcrito, constituindo o documento “legado”, entregue ao final da intervenção para a paciente. Por ocasião do nono encontro, cerca de três dias após a conclusão da técnica da Terapia da Dignidade, a paciente apresentou nova piora clínica, acompanhada de confusão mental e, por conta disto, adiou-se a revisão do conteúdo do documento, mesmo tendo sido realizado atendimento de suporte aos familiares.

No décimo encontro, procedeu-se com a leitura e revisão do conteúdo do “legado”. A paciente optou por não realizar qualquer alte-

ração. Logo após, Santina recebeu alta hospitalar e passou a comparecer às dependências do hospital duas vezes por semana, para realização da quimioterapia. Assim, no décimo primeiro encontro realizou-se a reaplicação das Escalas Beck de Ansiedade e Depressão, além da entrega do documento “legado”. No décimo segundo encontro, fez-se a reaplicação do Inventário da Dignidade do Paciente e atendimento de suporte a ela. Nos décimos terceiro e quarto encontros, a paciente estava ansiosa e solicitou pela presença da psicóloga pesquisadora, tendo sido realizado, novamente, atendimentos de suporte, sendo que três dias após o último encontro, veio a falecer.

### *Procedimento de Análise dos Dados*

Os resultados das Escalas e do Inventário foram considerados no todo para fins descritivos, não havendo análise estatística. A intenção era, somente, quantificar a eficácia da Terapia da Dignidade e, não, correlacionar resultados psicométricos. Além disso, os relatos dos encontros foram transcritos na íntegra e alguns excertos utilizados para fins ilustrativos, procurando manter a expressão da paciente nos seus próprios termos.

Os encontros transcritos foram analisados qualitativamente pelo estabelecimento de categorias temáticas. Categorias são, aqui, um artifício simbólico para determinar temas significativos e recorrentes na fala da paciente, sendo, portanto, uma abstração da pesquisadora.

### *Procedimentos Éticos*

Quanto às questões éticas, esta pesquisa seguiu todos os procedimentos previstos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer positivo para execução através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (CAAE 46168815.1.0000.5342).

## **Resultados e Discussão**

Como já mencionado anteriormente, este é um estudo de caso que utilizou instrumentos psicométricos e clínicos, com a finalidade de descrever a eficácia da Terapia da Dignidade em

uma paciente oncológica recebendo cuidados paliativos.

### *Análise dos Resultados Antes e Depois da Intervenção*

Por ocasião da aplicação da Escala Beck de Depressão, isto é, o primeiro encontro, conforme os resultados obtidos, a paciente apresentava sintomatologia depressiva – 40 pontos –, evidenciando um índice de depressão severa. Porém, quando da reaplicação após a intervenção, a soma resultou em 29 pontos, o que indica depressão moderada e, portanto, melhora nos níveis de depressão. Tal resultado corrobora com dados da literatura, à medida em que sugerem que a Terapia da Dignidade contribui, em curto prazo, para diminuição dos níveis de depressão e ansiedade em pacientes próximos ao fim da vida (Julião, Barbosa, Oliveira, Nunes, & Vaz Carneiro, 2013).

Já, quanto à mensuração da ansiedade, os resultados da Escala Beck de Ansiedade indicavam, antes da intervenção, a soma de 46 pontos, ou seja, índice de ansiedade severa. Após a intervenção, o resultado apontou uma leve piora, passando para 53 pontos. Este aumento no resultado bruto provavelmente esteja relacionado a uma situação de conflito com o filho mais novo [F5], ocorrida naquele mesmo dia. Além disso, supõe-se que o confronto com o seu fim de vida, gerado pela técnica, pode também estar associado ao aumento dos níveis de ansiedade.

Todavia, acredita-se que estes resultados não sejam relacionados com uma crise situacional, mas, sim, associados à natureza da técnica utilizada, que promove a reflexão e a revisão de valores e posturas adotadas ao longo da vida, podendo levar o paciente a enfrentar situações potencialmente dolorosas do passado e a finitude, fatores que podem favorecer o aumento de ansiedade. Da mesma forma que este trabalho, em um estudo do tipo caso-controle com população espanhola, no qual foram empregadas duas técnicas de intervenção: Terapia da Dignidade (grupo caso) e Terapia de Aconselhamento (grupo controle). Os autores verificaram que os níveis de depressão e ansiedade aumentaram naqueles que receberam Terapia da Dignidade, entretan-

to, também houve melhora na capacidade de resiliência; enquanto isso, os que receberam terapia de aconselhamento apresentaram melhora nos níveis de ansiedade e depressão e, também, aumento da capacidade de resiliência. Apesar do aumento de sintomas como a depressão e a ansiedade, a Terapia da Dignidade mostrou-se eficaz para resolução de conflitos em pacientes próximos do fim de vida (Rudilla, Galiana, Oliver, & Barreto, 2015).

Ademais, sabe-se que diversos dos sintomas avaliados pela Escala Beck de Ansiedade correspondem a sintomas físicos, dentre os quais a paciente apresentava tremores, formigamento, tontura, dificuldade para respirar e desconforto gástrico. Dessa forma, o resultado da avaliação pode ter sido enviesado pelas condições clínicas da paciente.

Conforme análise dos dados relativos à correção do Inventário da Dignidade do Paciente, identificou-se que na aplicação pré-intervenção a paciente apresentava um sofrimento grave, apontado pelo escore final de 104 pontos. Quanto ao resultado das subescalas, identifica-se que o fator social estava apresentando um grande sofrimento – 24 pontos, o que equivale a 96%. Já na aplicação pós-intervenção, houve melhora no senso de dignidade, visto que o escore final indicou sofrimento moderado de 76 pontos. Novamente, a escala de maior sofrimento aponta para o fator social – 20 pontos, 80%. Os resultados apurados através da correção do Inventário são condizentes com o estudo de Avestan, Rahmani, Heshmati, e Esfahani (2014), que indica que o fator mais desejável para senso de dignidade preservado é o fator social.

### **Análise de Categorias Temáticas**

As categorias temáticas a seguir representam a análise qualitativa de resultados, cabendo salientar que foram definidas conforme os potenciais estressores identificados por Chochinov et al. (2002) – depressão, ansiedade, desejo de morte e desesperança, sensação de inutilidade e desvalia. Além desses, foram levantadas outras categorias a partir dos dados coletados no discurso da paciente, tais como recomendações,

arrependimentos, recompensas e eficácia da terapia. As categorias elencadas acima, serão discutidas na sequência.

#### *Depressão*

Durante a intervenção, a paciente evidenciou características depressivas em seu discurso, como na verbalização a seguir:

*“Hoje eu me sinto bastante abatida, porque lidar com essa situação não é fácil, né? Ver o que vai dar tudo isso”.*

Para Nayak et al. (2015), a maioria dos pacientes oncológicos apresenta sintomatologia depressiva, evidenciadas por sinais como como fadiga, distúrbios do sono, perda de peso, inapetência, irritabilidade, tristeza e nervosismo. Evidencia-se tal sintomatologia na paciente, o que demonstra um sofrimento emocional por conta do adoecimento e da incerteza quanto à evolução, visto que a situação que a paciente menciona, nesse caso, corresponde à piora clínica e à metástase cerebral.

Entretanto, verifica-se que muito do seu sofrimento psicossocial está associado aos conflitos com os filhos, ainda que o diagnóstico possa estar relacionado aos traços depressivos da paciente, o que tende a exacerbar os níveis de depressão e ansiedade, como se observa nos excertos abaixo:

*No último dia que o [filho mais velho] aprontou, não sei se ele chegou a contar que ele me destruiu a casa, aquilo ali... Ali eu fiquei mal! Ali me detonou, sabe o que é me detonar? Ali me deixou mal mesmo. E daí foi a gota do poço, porque ali não tinha mais como eu dar apoio pra ele, ele destruiu. Se tinha um pouquinho de amor ainda, aí foi por água abaixo.*

*Sei que chorei, chorei, chorei bastante ali em cima. Aí a doutora disse “vou chamar a psicóloga pra conversar com a senhora”. Eu disse “eu não quero, me deixa eu chorar que daí passa, depois que chorar passa”. Daí realmente, chorei bastante e daí passou.*

*“Daí ele [caçula] não queria que eu desse apoio pro [primogênito] e pro [filho do meio]. E aquilo me deixava muito mal, muito mal, sabe”.*



Diversos estudos descrevem a importância do apoio familiar e social durante o tratamento oncológico, em especial quando o paciente está recebendo cuidados paliativos, visto que favorece o bem-estar psicossocial e a melhora na qualidade de vida. Sugere-se que isso ocorre devido às assistências preconizadas pelos cuidados paliativos, as quais correspondem à oferta de cuidado aos sofrimentos físicos, como a redução da dor e o auxílio para realização de atividades da vida diária, além do manejo de questões psicossociais e espirituais (Eom et al., 2013; Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinc, & Camci, 2012).

#### *Ansiedade*

Os sinais de ansiedade podem ser observados no discurso da paciente, relacionados ao medo da piora clínica ou de morrer:

*“Tenho medo de me sentir sozinha, do sono, de dormir e não acordar mais”.*

A paciente afirmava sentir-se mais segura hospitalizada do que quando estava em casa, visto que, muitas vezes, não recebia adequada assistência de seus familiares em seu domicílio. Conforme Andersson, Burman e Skär (2011), a segurança durante a hospitalização pode estar associada ao bom relacionamento com os profissionais de saúde, tendo em vista que as interações positivas podem gerar, além de sentimentos de segurança, redução de ansiedade e de medo durante a internação. Já quanto à insônia e ao medo de dormir, se supõe que a paciente temia a omissão dos familiares em caso de intercorrências, o que poderia acarretar no óbito da paciente. De acordo com Melo, Zeni, Costa e Fava (2013), o silêncio e o estar sozinho podem levar ao aumento de fantasias relacionadas ao medo de dormir e, devido ao relaxamento, perder o controle sobre a vida, não conseguindo mais acordar, o que justifica a frequência de insônia em pacientes com doenças graves. Além disso, sugere-se que há correlação entre insônia e níveis mais altos de depressão (George, Elias, & Shafiei, 2015).

Considera-se, porém, que a efetividade dos cuidados paliativos pode ser potencializada na medida em que o paciente permanece no seu próprio domicílio e, assim, desfruta de suporte

familiar e social, quando este é adequado e organizado, capaz de manejar conflitos e sofrimentos. Neste sentido, verifica-se a importância de equipes de *home care* disponíveis, a fim de contribuir para que tanto paciente quanto familiares sintam-se seguros quando não hospitalizados (Milberg et al., 2012).

*“Ai, eu tenho tanto medo assim de... De morrer a metade de mim, sabe? Eu tenho medo de... Quando me dá aquelas bobearas que tá me dando, sabe? [convulsão]”.*

No excerto acima, apesar de não falar explicitamente sobre o medo de morrer, a participante comenta sobre o receio de perder a lucidez, por conta da metástase cerebral. De acordo com Abshire et al. (2015), os pacientes costumam negar o medo da morte quando confrontados diretamente, porém admitem esse medo quando vivenciam alguma sintomatologia que, na percepção deles, pode ser grave e indica um risco de morte.

#### *Desejo de Morte e Desesperança*

Não foram identificadas nas gravações realizadas qualquer diálogo que estivesse relacionado ao desejo de morte ou à desesperança. Entretanto, na entrevista inicial e durante a aplicação da Escala Beck de Depressão pré-intervenção com a técnica, a participante verbalizou: *“gostaria de me matar”.*

Conforme Rosenfeld (2014), o desejo pela morte antecipada é uma verbalização comum entre os pacientes enfrentando o fim de vida. Para os autores, esse desejo pode estar associado a diversas variáveis, tais como a angústia e depressão derivada dos sintomas físicos e da severidade destes, além da desesperança, mal-estar espiritual e histórico de tratamento prévio para transtorno mental. A fim de minimizar essas reações, os autores propõem que devam ser realizadas intervenções para diminuir o sofrimento que possa estar associado à vontade de morrer.

Faz-se importante, ainda, apontar que quando ocorreu a reaplicação da Escala Beck de Depressão, após a intervenção com a Terapia da Dignidade, a paciente verbalizou: *“depois que comecei a conversar contigo, não pensei mais nisso [em suicidar-se]”*, evidenciando que

a técnica pode ter favorecido o bem-estar e minimizado o desejo de morte.

Acredita-se que a esperança de pacientes no final da vida pode estar relacionada às conquistas como pequenas melhoras clínicas ou poder passar mais tempo com familiares e demais entes queridos. Já a desesperança estaria associada às perdas, como da saúde, do salário, de entes queridos, além do desespero quanto ao futuro e à morte (Olsman, Leget, Duggleby, & Willems, 2015). Observa-se que, no caso da paciente em questão, a diminuição do desejo de morte antecipada pode estar associada à intervenção e ao que esta favoreceu: aproximação de seus familiares, recuperação de memórias positivas e possibilidade de ser escutada quanto aos seus anseios e sofrimentos.

#### *Sensação de Inutilidade e Desvalia*

O sentimento de desvalia trata-se de um constructo que está relacionado à dignidade dos pacientes terminais e é caracterizado pela desesperança e sensação de abandono devido à perda de significado e propósito na vida (Robinson, Kissane, Brooker, & Burney, 2014).

Quanto aos sentimentos de inutilidade e desvalia, identifica-se em algumas falas o receio de necessitar da assistência dos filhos e, por conta disso, estar sendo um fardo para eles. Para a paciente, necessitar do cuidado dos filhos era um sofrimento que implicava em piora no seu senso de dignidade.

*“Mas eu tenho dó, tenho medo de incomodar eles [filhos]. É o que eu tenho medo, de incomodar os outros”.*

*[A minha filha] é a minha mãe, não sou eu a mãe dela. É ela que é a minha mãe... Eu digo assim ó, eu chamo ela de mãe [filha], quando eu tô em casa com eles [netos] “a mãe é minha”. Ai eles dizem “a mãe não é tua, vó, a mãe é minha”. Mas eu digo “a mãe é minha também, é um pouquinho minha”.*

Ao identificar a filha como mãe cuidadora, a paciente expressa a fragilidade de sua condição clínica atual, evidenciando sentimentos de desvalia, visto que não pode mais exercer os cuidados de si e de sua saúde por conta própria. Segundo Rapagojal (2010), aspectos como tratar

o indivíduo adoecido minimizando os seus sofrimentos e tratando-os como similares aos dos demais pacientes, “institucionalizá-lo” no hospital e uniformizá-lo com aventais, levam-no à perda de sua identidade, o que, para o autor, é o que dignifica a existência. Ademais, o estudo também afirma que muitos pacientes em fim de vida desejam ser ouvidos com atenção, para que possam ser atendidos em suas singularidades, o que reflete a relevância dos psicólogos nas equipes de cuidados paliativos.

#### *Recomendações*

Conforme o que propõem diversos questionamentos do protocolo da Terapia da Dignidade, grande parte dos diálogos da paciente centraram-se em recomendações para seus familiares, formando um documento de despedida e de apontamentos.

*Quero, quero que eles [filhos] lembrem assim: que eles não briguem por causa de dinheiro, que eles não briguem por causa de bens materiais, porque isso não leva a gente a lugar nenhum. A gente não é feliz com bens materiais. Só isso, que eles pensem o dia que eu não esteja mais aqui, que eles lembrem que a mãe não queria isso pra eles, a mãe não quer briga entre eles, entende?.*

*“Eu quero que ele [neto] vá para o quartel. Pra ele aprender a educação, aprender as coisas boas, como é que é”.*

*Eu quero dizer pra eles [filhos] que eu não quero que eles briguem, eu quero que eles vivam numa boa, que na mente deles eu vou durar o resto da vida. Eu quero que eles fiquem com essa lembrança, que a gente passa por aqui, a gente não mora aqui. A gente tá de passagem. A gente tem que viver bem os momentos, poucos momentos, mas viver bem.*

As recomendações da paciente são o legado deixado para os seus familiares como extensão dela mesma no futuro. Além disso, orientar sobre como e o que deve ser feito traz a sensação de autonomia e de recuperação de controle sobre a própria vida, visto que dá voz e importância àquele indivíduo em processo terminal, que per-

deu, ao longo do adoecimento, vários de seus papéis sociais e familiares (Baker, Armour, Meys-tre, Redwood, & Dawson 2015). Identifica-se que, para a paciente, a técnica permitiu recuperar sua autonomia através da verbalização sobre o que deseja e o que recomenda aos filhos e netos. Isso foi possível por conta daquilo que se acredita ser a mais importante função de um psicólogo em uma equipe de cuidados paliativos: oferecer escuta sensível para aquele que apresenta um sofrimento, a fim de que se possibilite a identificação de sentimentos e emoções, favorecendo o efeito terapêutico do diálogo (Coelho & Ferreira, 2015).

#### *Arrependimentos*

Evidencia-se que a técnica da Terapia da Dignidade favorece ao paciente a possibilidade de – por meio da revisão de atitudes e comportamentos do passado – avaliar e retomar questões pendentes que permitem, se for o caso, arrependê-lo e pedir perdão por situações pelas quais sente culpa. Localizamos esse aspecto nos seguintes fragmentos:

Me arrependo por eu não poder ter ajudado mais minha filha, que me ajudou tanto, bem dizer criou meus filhos. Enquanto eu trabalhava de noite, ela cuidava deles. E eu não pude retornar, fazer o que ela fez por mim. Eu só queria ter um pouquinho mais de vida pra eu cuidar um pouquinho mais de um dos filhos dela só, pra reparar o que eu não fiz. *Talvez de coisas que eu deixei de fazer pra minha mãe até, pros meus irmãos, faltou coisa pra fazer por eles. Quando eu vou na igreja eu peço perdão sempre, sabe? Mas assim mesmo eu sinto ainda aqui dentro que tem alguma coisa que eu tenho que pedir perdão. E como eles também [filhos], se quiserem pedir, né? E eu peço pra eles de todo o meu coração, já pedi quinhentas vezes. Eu peço perdão por alguma coisa que eu não fiz de bom na vida, que eu deveria ter feito, né? Talvez de eu ter deixado do pai deles [primeiro marido, pai dos filhos], peço perdão. Eu não tava feliz com ele, mas de repente eles até me criticam de eu ter deixado dele.*

Apesar de reconhecer que estava próxima do final de sua vida, a paciente comenta sobre o desejo de viver mais para reparar situações das quais se arrepende, demonstrando afetividade com os filhos e desejo de ser perdoada por algo que acredita tê-los prejudicado. Dessa forma, compreende-se que uma adequada intervenção, neste caso, seria a de facilitar a reparação e a aproximação entre paciente e familiares, permitindo que os laços de afeto possam servir enquanto promotores de dignidade e boa morte (Paulo, 2013). Neste contexto, saliente-se que entre as possibilidades de intervenção psicológica em cuidados paliativos e fim de vida, tem-se em conta que o processo de revisão de vida, possibilitado por técnicas como a Terapia da Dignidade, pode abarcar propostas de arrependimento, culpa e reparação (Kemp, 2006).

#### *Recompensas*

Verifica-se que muitas falas da paciente remetem às recompensas e gratificações que ela teve durante a vida. Para ela, lembrar da criação dos filhos e, portanto, do legado que deixou a eles, fazia sentir-se feliz e orgulhosa, como é possível identificar nos excertos a seguir:

*O que eu me sentia mais feliz era eu ganhar o meu lanche e as minhas patroas diziam “tu não vai comer, Santina?”. “Não, eu não vou comer, vou levar pras crianças”. “Mas tu ganhou o dinheiro pra ti comprar a comida”. “Não, esse aqui eu levo pra eles comer, esse outro aqui é pra amanhã de manhã, pra eles tomar café”. Então eu me sentia tão bem quando eu ganhava um pedacinho de pão, nem que fosse uma cuca seca, mas eu tinha pra dar pra eles comer.*

*“Até agora eu consegui viver bem. Eu amo eles [filhos], cada pedacinho deles, de cada um deles. Tudo o que foi passado”.*

*“Olha, de tudo, de tudo, apesar de tudo, de ter dois filhos drogados, apesar de tudo, eu ainda me orgulho dos meus filhos. Eu ainda me orgulho deles. É o meu maior orgulho”.*

*“Eu tive que cumprir vários papéis. E por tudo o que eu cumpri desses papéis, até que eu cumpri mais ou menos, porque foram bastante”.*

Reconhecer ter executado papéis importantes e desempenhado estes de maneira satisfatória, é uma forma de assumir que cumpriu os desígnios para a sua vida, o que favoreceu, à paciente, o processo de despedida e de aceitação do fim da vida. Conforme Moraes, Almeida e Cunha (2015), a morte por uma patologia crônica permite ao paciente reconhecer seus arrependimentos, diferentemente do que ocorre com as mortes súbitas. Entende-se, dessa forma, que os pacientes em cuidados paliativos têm a chance de reconstruir e reparar relações naquele período de fim de vida, como ocorreu com a paciente do estudo.

#### *Eficácia da Terapia*

Para além dos dados referentes à diminuição dos níveis de depressão, à melhora no senso de dignidade e ao aumento de ansiedade, encontram-se em fragmentos do discurso a satisfação com a técnica, de onde depreende-se a sua possível eficácia.

*O que eu tô fazendo aqui ninguém me obrigou a fazer. A [pesquisadora] me falou e eu aceitei, porque é uma coisa que eu acho que eu vou me sentir bem e eu vou morrer em paz. Eu vou ter paz. Se eu não fizer isso, eu não vou ter paz.*

Identifica-se nas falas da participante a sensação de que a intervenção promoveria melhora em sua qualidade de vida e levaria, também, a uma boa qualidade de morte, visto que a técnica proporcionou a resolução de alguns conflitos, a aproximação de seus filhos, a possibilidade de realizar recomendações que julgava importantes para a vida de quem amava, além do reconhecimento das dificuldades e das conquistas que acumulou na sua trajetória de vida.

*Então, se eu fizer isso, se eu morrer amanhã, amanhecer morta amanhã, eu vou tá em paz, vou tá bem comigo mesma. Ou eu vou dizer assim ó “bah, amanhã depois eu vou morrer eu não tô pesada, não tô com a minha consciência pesada. Tô em paz porque eu fiz o que eu queria fazer”.*

Quanto à possibilidade de proporcionar qualidade de morte, Montross-Thomas et al. (2015) apontam que a Terapia da Dignidade é vista por

pacientes, familiares e membros da equipe de saúde como válida e eficaz, tendo em vista que a técnica diminui angústia, promove sensação de contentamento, gratidão, esperança, resiliência, retoma significado para a vida e, ainda, constituiu-se como uma forma de resolver conflitos e criar uma atmosfera de conexão com as outras pessoas.

### **Considerações Finais**

Após a conclusão da intervenção com a técnica da Terapia da Dignidade e aferição pré e pós-intervenção com as Escalas Beck de Ansiedade e de Depressão e o Inventário de Dignidade do Paciente, pode-se inferir que a paciente apresentou melhora nos níveis de depressão e no senso de dignidade, apontando para a eficácia da terapêutica. Entretanto, houve aumento nos níveis de ansiedade, resultado que pode ter sido enviesado por conflitos que a paciente havia tido com familiares, além de uma resposta natural diante da revisão de conflitos, posturas e comportamentos vivenciados ao longo da vida, antes da reavaliação da Escala Beck de Ansiedade.

Apesar de não se dispor de resultados oriundos de testagens psicométricas que venham a apoiar esta suposição, acredita-se que a paciente apresentava características de personalidade que favoreceram o resultado positivo, pois tratava-se de uma pessoa flexível, generosa e afetiva, além de aceitar sugestões, ter facilidade nos relacionamentos interpessoais e ter percebido a intervenção como uma oportunidade de crescimento, o que se identifica através da valorização dos encontros e à solicitação de que fossem estendidos, mesmo após a conclusão da técnica.

Em tempo, deve-se salientar que, ainda que o trabalho tenha sido constituído no formato estudo de caso múltiplo, apenas uma das cinco pacientes abordadas conseguiu concluir a intervenção, visto que as demais apresentaram complicações clínicas ou óbito durante a realização do estudo, inviabilizando a conclusão da intervenção. Tendo em vista que o início da aplicação ocorreu em agosto de 2015 e a conclusão deu-se em outubro de 2015, observa-se

que essas pacientes evoluíram em pouco tempo para o desfecho final (dias, semanas ou dois meses após início da intervenção). Esta situação se justifica pela falta de uma equipe especialista em cuidados paliativos na instituição, resultando no encaminhamento tardio dos pacientes graves para a assistência paliativa, mesmo aqueles em processo de fim de vida. Ainda que sigam o acompanhamento com a equipe multiprofissional da oncologia, os tratamentos ofertados para os pacientes que enfrentam a terminalidade, são similares àqueles oferecidos aos pacientes com perspectiva de cura.

Compreende-se, também, que a restrição da pesquisa para estudo de caso único tenha ocorrido por conta da dificuldade da equipe de oncologia em identificar e encaminhar, entre seus pacientes, aqueles em fim de vida – possíveis sujeitos para essa pesquisa. Aponta-se que uma equipe com treinamento específico para a assistência paliativa poderia detectar e tratar, com clareza técnica, indivíduos acometidos por graves adoecimentos, evitando expô-los a procedimentos, tratamentos e sofrimentos evitáveis.

Por fim, sugere-se que, ainda que o estudo tenha evidenciado que a técnica da Terapia da Dignidade pode beneficiar pacientes em cuidados paliativos, outros estudos devem ser realizados com a população brasileira, a fim de que se avalie a viabilidade da técnica, relacionando a eficácia da terapia com fatores de personalidade dos pacientes, entre outros fatores.

## Referências

- Abshire, M., Xu, J., Himmelfarb, C. D., Davidson, P., Sulmasy, D., Kub, J., ...Nolan, M. (2015). Symptoms and fear in heart failure patients approaching end of life: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3215-3223. doi:10.1111/jocn.12973
- Andersson, L., Burman, M., & Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 646-652. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00874.x
- Araújo, L. Z. S., Araújo, C. Z. S., Souto, A. K. B. A., & Oliveira, M. S. (2009). Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 32-37. doi:10.1590/S0034-71672009000100005
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 626-632. doi:10.1590/S0080-62342012000300014
- Avestan, Z., Rahmani, A., Heshmati, F., & Esfahani, A. (2014). Perceptions of Iranian cancer patients regarding respecting their dignity in hospital settings. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(13), 5453-5458. doi:10.7314/APJCP.2015.16.13.5453
- Baker, N., Armour, K., Meystre, C., Redwood, S., & Dawson, A. (2015). PA14 The legacy of cancer: Why a health promoting approach is so important in palliative care. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 5(Suppl. 1), A23-A24. doi:10.1136/bmjspcare-2015-000906.74
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993a). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Beck Anxiety Inventory – Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184-187. doi:10.1136/bmj.39244.650926.47
- 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. doi:10.1016/S0140-6736(02)12022-8
- 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). doi:10.1200/JCO.2005.08.391

- Chochinov, H. M., Hassard, T., & McClement, S. (2008). The Patient Dignity Inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 36, 559-571. doi:10.1016/j.jpainsym-man.2007.12.018
- Coelho, M. E. M., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: Narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, 23(2), 340-348. doi:10.1590/1983-80422015232073
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., ...Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psychooncology*, 22(6), 1283-1290. doi:10.1002/pon.3133
- Fitchett, G., Emmanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: A systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*, 14, 8. doi:10.1186/s12904-015-0007-1
- George, M., Elias, A., & Shafiei, M. (2015). Insomnia in Cancer – Associations and implications. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(15), 6711-6714. doi:10.7314/APJCP.2015.16.15.6711
- Julião, M. (2014). *Eficácia da Terapia da Dignidade no sofrimento psicossocial de doentes em fim de vida seguidos em cuidados paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado* (Tese de doutorado, Universidade de Lisboa, Portugal).
- Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B., & Vaz Carneiro, A. (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. doi:10.1017/S1478951512000892
- Kemp, C. (2006). Spiritual care interventions. In B. R. Ferrel & N. Coyle, *Textbook of Palliative Nursing* (pp. 595-604). New York: Oxford.
- Melo, A. C. de, Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde e Doenças* 14(3), 452-469. Recuperado em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000300007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007)
- Melo, A. F. V. de, Zeni, L. L., Costa, C. L. da, & Fava, A. S. (2013). A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 152-166. Recuperado em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100010&lng=pt&tlng=pt)
- Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E. C., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psychooncology*, 21(8), 886-895. doi:10.1002/pon.1982
- Montross-Thomas, L. P., Irwin, S. A., Meier, E. A., Gallegos, J. V., Golshan, S., Roeland, E., ... Rodseth, L. (2015). Enhancing legacy in palliative care: study protocol for a randomized controlled trial of Dignity Therapy focused on positive outcomes. *BMC Palliative Care*, 14, 44. doi:10.1186/s12904-015-0041-z
- Moraes, M. S., Almeida, F. A., & Cunha, M. L. R. (2015, 5-7 ago.). Percepções do enfermeiros em relação ao processo de morte e luto na unidade de terapia intensiva neonatal. In *Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (pp. 426-431). Aracaju, SE, Brasil.
- Nayak, M. G., Vidyasagar, M. S., Nayak, S., Nayak, B. S., Shashidhara, Y. N., & Kamath, A. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 349-354. doi:10.4103/0973-1075.164893
- Olsman, E., Leget, C., Duggleby, W., & Willems, D. (2015). A singing choir: Understanding the dynamics of hope, hopelessness, and despair in palliative care patients. A longitudinal qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 13(6), 1643-1650. doi:10.1017/S147895151500019X
- Paulo, A. C. M. (2013). *A solidão em doentes oncológicos em fase terminal: Um estudo de caso* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal).
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 733-739. doi:10.1007/s00520-011-1137-5
- Rapagojal, M. R. (2010). Disease, dignity and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 59-60. doi:10.4103/0973-1075.68400

- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2014). A review of the construct of demoralization: History, definitions, and future directions for palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. doi:10.1177/1049909114553461
- Rosenfeld, B. (2014). Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?. *Social Science and Medicine*, 111, 35-40. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.027
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., & Barreto, P. (2015, Oct 14). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 1-9. doi:10.1017/S1478951515001182
- World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care report*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines* (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: Author.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e métodos* (5. ed.). Porto Alegre, RS: Bookman.

Recebido: 04/01/2016  
1ª revisão: 11/04/2016  
2ª revisão: 25/04/2016  
Aceite final: 26/04/2016