

## TERAPIA DA DIGNIDADE EM PACIENTE RENAL CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE CASO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-097>

Data de submissão: 12/02/2025

Data de publicação: 12/03/2025

**Caren Eduarda Cicchetti Guerra**  
E-mail: careneduardag@Gmail.com

**Silvana Alba Scortegagna**  
Universidade de Passo Fundo

### RESUMO

Este estudo objetivou avaliar os efeitos da intervenção da Terapia da Dignidade para aliviar o sofrimento e preservar a dignidade de uma paciente em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de caso de uma senhora de 41 anos de idade, brasileira, casada, portadora de doença renal crônica, em cuidados paliativos. O estudo foi desenvolvido ao longo de cinco encontros, nos quais foram administrados os instrumentos Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário da Dignidade do Paciente (PDI-Br) antes e após a intervenção para avaliar ansiedade, depressão e dignidade. A análise dos dados deu-se de forma qualitativa, por meio da categorização temática e pelos resultados obtidos através dos instrumentos. Os resultados indicaram que, embora tenha ocorrido um aumento temporário nos níveis de ansiedade e depressão, através da HADS, a Terapia da Dignidade contribuiu para a redução do sofrimento existencial e psicológico, evidenciado pelo PDI-Br, revelando uma diminuição no sofrimento relacionado à dignidade, sugerindo que a TD proporcionou efeitos positivos no bem-estar emocional da paciente. A intervenção oportunizou à paciente um espaço para reflexão sobre sua vida e legado, preservando sua dignidade e fortalecendo o sentido de vida.

**Palavras-chave:** Terapia breve. Terminalidade. Cuidados de fim de vida.

## 1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) emergiram como uma prática distinta no campo da saúde na década de 1960, no Reino Unido, sob a liderança da médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders. Combinando assistência, ensino e pesquisa, esse movimento pioneiro introduziu uma abordagem transformadora no cuidado de pacientes com doenças que ameaçam a vida, buscando uma prática estruturada e humanizada, voltada para o alívio do sofrimento e a promoção da dignidade (Du Boulay, 2007). Na década de 1970, Elisabeth Kübler-Ross levou essa abordagem à América do Norte, fundando em 1974 um Hospice em Connecticut, marcando o início da expansão global dos CP e sua integração ao cuidado de pacientes sem possibilidade de cura (Matsumoto, 2012).

Reconhecendo a relevância dessa abordagem, em 1990, a World Health Organization (WHO) estabeleceu os princípios dos CP, inicialmente voltados para pacientes oncológicos, recomendando sua inclusão como parte essencial da assistência integral, ao lado da prevenção, diagnóstico e tratamento. Com o passar dos anos, a definição foi ampliada, adaptando-se a diferentes realidades, recursos e necessidades epidemiológicas. Atualmente, os CP são descritos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, focando na prevenção e no alívio do sofrimento por meio de uma avaliação precoce e do manejo abrangente de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais (WHO, 2007).

Com o aumento do cenário do envelhecimento populacional, verifica-se também o aumento de sujeitos com condições de saúde complexas, crônicas ou terminais (Bettinelli; Portella, 2004). Neste cenário, os CP entram em evidência, tendo em vista que todo indivíduo acometido por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, se torna elegível a receber CP. A integração dessa abordagem ao tratamento modificador da doença é recomendada desde o diagnóstico, de forma a manejar sintomas e atender às necessidades específicas do paciente. À medida que a doença progride, o enfoque paliativo se intensifica, ocorrendo uma transição gradual e personalizada entre o cuidado curativo e o paliativo. Esse processo visa garantir qualidade de vida, conforto e dignidade, respeitando as singularidades de cada trajetória (Gamondi; Larkin; Payne, 2013; INCA, 2022).

Os pacientes em CP enfrentam perdas progressivas que afetam não apenas sua saúde física, mas também dimensões emocionais, sociais, financeiras e familiares. Sentimentos como raiva, frustração, medo e tristeza intensificam o sofrimento existencial, fragilizam vínculos e geram uma ruptura na continuidade da vida. Diante disso, os CP assumem um papel central e holístico, buscando aliviar o sofrimento em todas as suas dimensões e promover o bem-estar integral do paciente e de sua família (INCA, 2022).

Diante da complexidade do sofrimento experimentado por pacientes em CP, que transcende a esfera física e envolve dimensões emocionais, sociais e espirituais, a Terapia da Dignidade (TD) emerge como uma abordagem inovadora. Criada por Chochinov et al. (2005), ela possui o objetivo de abordar questões geradoras de angústia psicossocial e existencial de forma breve e personalizada, possibilitando a reflexão sobre temas significativos ao indivíduo. A TD surgiu pautada no modelo conceitual de dignidade, disposto em três categorias fundamentais: preocupações associadas à doença (como sintomas físicos e psicológicos), recursos internos de dignidade (fatores psicológicos e espirituais que moldam o senso de dignidade) e recursos sociais de dignidade (abrangendo o contexto social, incluindo aspectos positivos, adversidades e fontes de sofrimento) (Chochinov et al., 2002b; Chochinov, 2002).

Ao ver a dignidade ameaçada, pacientes apresentam piora na qualidade de vida e satisfação mais baixas, associadas a sintomas de desesperança, ansiedade, depressão e desejo de antecipação da morte (Chochinov et al., 2002a). Desta forma, a TD busca reduzir o sofrimento psicoemocional e promover o fortalecimento da identidade, autoestima e valor próprio do indivíduo (Nunziante et al., 2021). Ela também pode auxiliar na resolução de conflitos e promover um fim de vida digno (Barbosa et al., 2016; Chochinov et al., 2005; Chochinov, 2024).

A revisão sistemática de Guerra, Scortegagna e Fanton (2024) aponta para o potencial da TD em melhorar a qualidade de vida de pacientes em CP, evidenciando sua utilidade e viabilidade em diversas culturas ao redor do mundo. Embora a pesquisa na área ainda seja incipiente, os resultados obtidos até o momento sugerem que a TD se mostrou útil e viável e contribuiu no crescimento da qualidade de vida, através de uma revisão de vida e elaboração da doença e morte. Nesta perspectiva, o presente estudo objetivou avaliar os efeitos da intervenção da TD para aliviar o sofrimento e preservar a dignidade de uma paciente em CP.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 DELINEAMENTO**

Este estudo baseou-se na abordagem metodológica de estudo de caso, conforme proposto por Yin (2018). O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que visa investigar um fenômeno dentro do seu contexto real de vida, permitindo a análise de situações sociais complexas e a formulação de hipóteses que explicam os fenômenos observados.

O caso apresentado neste artigo faz parte de uma dissertação de mestrado e integra uma pesquisa de estudo de casos múltiplos. O estudo envolve a aplicação da TD em pacientes em CP, internados ou em acompanhamento ambulatorial em um hospital geral de média complexidade,

localizado na Região Metropolitana do Vale do Itajaí, Santa Catarina. Essa instituição conta com uma equipe multidisciplinar especializada em CP, leitos dedicados para internação desses pacientes e um ambulatório multidisciplinar para acompanhamento longitudinal.

Os critérios de inclusão para o estudo foram definidos como: pacientes de ambos os sexos, entre 18 e 80 anos, que estejam em CP, com diversas patologias, internados em instituição hospitalar ou em atendimento ambulatorial, e que estejam cientes de seu prognóstico de saúde. Foram impossibilitados de participar pacientes que não se enquadraram na faixa etária indicada, que apresentaram limitações cognitivas, neurológicas ou de comunicação verbal, ou que estavam sedados ou inconscientes.

## 2.2 PARTICIPANTE

Flor (nome fictício), uma senhora de 41 anos, vive em união estável com Adão (nome fictício). Sua rede de apoio inclui ainda seus pais adotivos, não possui filhos. No período em que participou do estudo estava afastada do trabalho, contudo previamente dedicava-se ao ofício de costureira. De aparência condizente com sua faixa etária, apresenta diagnóstico médico de Doença Renal Crônica (DRC) terminal, em Terapia Renal Substitutiva (TRS) através de hemodiálise (HD) e em CP exclusivos diante de sua falha de acesso vascular.

## 2.3 INSTRUMENTOS

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

### 2.3.1 Protocolo da Terapia da dignidade (TD)

Trata-se da abordagem terapêutica descrita neste estudo, composta por um protocolo de 10 perguntas criado com o objetivo de ajudar o indivíduo a expressar aspectos significativos de sua vida. O processo inicia-se com uma orientação cuidadosa ao paciente, esclarecendo-lhe sobre os objetivos da intervenção, os métodos empregados e as etapas subsequentes, ao mesmo tempo em que lhe é entregue um protocolo contendo as 10 questões fundamentais, permitindo-lhe compreender antecipadamente os temas a serem abordados. Esse conjunto de questões foi elaborado para facilitar a expressão do paciente em relação a aspectos significativos de sua vida, abrangendo tanto preocupações presentes quanto futuras que possam gerar sofrimento. As respostas dos pacientes a estas questões são gravadas, transcritas e elaboradas em um documento final de legado, o qual é entregue ao paciente para que, caso deseje, possa ser compartilhado com seus entes queridos (Barbosa et al., 2016; Chochinov et al. 2005; Chochinov et al., 2011; Chochinov, 2024).

O processo segue o modelo de dignidade, que enfatiza elementos como generatividade, continuidade da identidade, preservação de papéis, cuidado permanente, orgulho e esperança (Chochinov et al., 2005; Chochinov, 2024).

### **2.3.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)**

A Escala HADS tem como objetivo mensurar os sintomas de ansiedade e depressão em ambientes não psiquiátricos. Trata-se de um instrumento de autorrelato que possui 14 itens de múltipla escolha, divididos em duas subescalas: HADS-Ansiedade (HADS-A) e HADS-Depressão (HADS-D), cada uma com 7 itens. Cada questão possui opções de resposta que variam de 0 a 3, sendo que quanto maior a pontuação, maior a percepção do sintoma. O escore máximo é de 21 pontos por subescala, e os pontos de corte são de  $\geq 9$  pontos para cada uma, sendo assim: de 0 a 8 sem sintomas; de 8 a 10 sintomas leves; de 11 a 14 sintomas moderados e de 15 a 21 sintomas graves. A escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e validada no Brasil por Botega et al. (1995). É amplamente utilizada e considerada de fácil compreensão pelos pacientes. Quanto à fidedignidade, seu coeficiente alpha de Cronbach foi avaliado em 0,94, considerado um índice alto (Pereira; Figueiredo, 2008).

### **2.3.3 Inventário da Dignidade do Paciente (PDI-Br)**

O PDI-Br foi elaborado por Chochinov et al. (2008) e possui como objetivo compreender os fatores que afetam a percepção de dignidade em pacientes com condições de saúde críticas, auxiliando na identificação das causas do sofrimento existencial, emocional e social destes indivíduos. O inventário de autoavaliação é composto por 25 afirmações, avaliados em uma escala de Likert de cinco pontos: 1 (“nenhum problema”), 2 (“um pequeno problema”), 3 (“um problema”), 4 (“um grande problema”) e 5 (“um problema enorme”). De acordo com Chochinov et al. (2011), uma resposta igual ou superior a 3 reflete um sofrimento elevado relacionado ao sentido de dignidade. Os 25 itens são organizados em cinco subescalas relacionadas à dignidade no contexto de cuidados paliativos: presença de sintomas físicos que afetam a dignidade, como dor ou fadiga; sofrimento existencial; dependência; paz de espírito e qualidade das relações interpessoais e suporte social. O inventário foi adaptado a uma versão portuguesa por Gonçalves (2012) e em estudos no Brasil, apresentou o coeficiente de alpha de Cronbach de 0,90, índice alto e satisfatório, demonstrando-se fidedigna (Donato et al., 2021).

## 2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram selecionados pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, por meio de uma busca ativa no sistema de dados da instituição. O caso da paciente Flor foi identificado e discutido com seu médico paliativista assistente, assegurando-se do conhecimento da paciente sobre sua doença, tratamento e prognóstico.

Após a confirmação de que preenchia os critérios de inclusão no estudo, Flor foi abordada individualmente durante uma de suas sessões de HD no hospital. Durante o encontro, foram explicados os objetivos da pesquisa, o compromisso com o sigilo de sua identidade e sua liberdade de desistir da participação a qualquer momento. Com a concordância da paciente, foi realizado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ainda na mesma data, foram coletados os escores de dignidade, depressão e ansiedade da paciente utilizando os instrumentos PDI-Br e HADS. Em consonância com as diretrizes de Chochinov (2024), autor da TD, a paciente recebeu o protocolo contendo as 10 questões norteadoras, que lhe permitiram compreender os temas a serem trabalhados. O próximo encontro foi então agendado em comum acordo para dois dias depois.

Desta forma, a TD foi aplicada à paciente em três encontros subsequentes, com frequência de dois e quatro dias de intervalo entre cada sessão, respectivamente, coincidindo com as suas visitas ao hospital para a realização das sessões de HD, respeitando sua preferência e comodidade. Cada encontro teve duração aproximada de 45 minutos. Durante esses momentos, os relatos da paciente foram gravados, transcritos e cuidadosamente editados em um documento de legado final. Este documento foi lido, revisado e entregue à paciente em um quinto e último encontro, quatro dias após a finalização da aplicação da TD. Na mesma data foram coletados novamente os escores de dignidade, depressão e ansiedade por meio dos instrumentos PDI-Br e HADS, concluindo sua participação no estudo.

Utilizou-se, de seu prontuário clínico: idade, sexo e diagnósticos de saúde, optando-se por um nome fictício, que preservasse a identidade da paciente. Os demais dados que dizem respeito à sua história pregressa e atual foram trazidos, de forma espontânea, durante a aplicação da TD.

## 2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os resultados obtidos por meio dos instrumentos HADS e PDI-Br foram analisados de forma descritiva, sem aplicação de métodos estatísticos. Os relatos das sessões da TD foram transcritos integralmente, sendo selecionados alguns trechos para fins ilustrativos, com o cuidado de preservar a autenticidade da expressão da paciente em suas próprias palavras.

As transcrições foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016), o que possibilitou a organização dos dados em categorias temáticas e a construção de uma estrutura analítica consistente. O processo seguiu três etapas. Na pré-análise, realizou-se uma leitura exploratória e flutuante do material, permitindo uma compreensão inicial do conteúdo e a preparação para a identificação das unidades de registro. Na etapa de exploração do material, as unidades de registro foram definidas a partir do detalhamento das falas dos entrevistados, sendo codificadas e vinculadas a unidades de contexto. Por fim, na etapa de inferência, foi realizada a categorização das ideias em temas, sintetizando os significados presentes no conteúdo de forma estruturada.

## 2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No que diz respeito às questões éticas, esta pesquisa foi conduzida em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo recebeu aprovação para sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF), sob o parecer CAAE 81480024.4.0000.5342.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo de caso objetivou avaliar os efeitos da intervenção da TD no alívio do sofrimento e na preservação da dignidade de uma paciente em CP. Os resultados encontrados estão divididos em: história pregressa; história atual; escores dos instrumentos psicométricos e análise das categorias temáticas e serão apresentados na sequência.

### 3.1 HISTÓRIA PREGRESSA

Flor recebeu o diagnóstico de DRC em 2013, após um episódio de mal-estar súbito em casa. A partir de então, iniciou a TRS com sessões regulares de HD. Em 2015, passou por um transplante renal, que lhe proporcionou autonomia e qualidade de vida até dezembro de 2022. Nesse período, durante exames de rotina, foi constatada a perda do enxerto renal, o que a levou a retomar as sessões de HD.

No início de sua jornada com a doença, Flor era casada com seu segundo marido, mas o relacionamento chegou ao fim após ele tomar conhecimento de sua condição de saúde. Aos 16 anos, durante seu primeiro casamento, enfrentou uma gestação natimorta e, atualmente, não tem filhos. Desta forma, após o término do segundo casamento, encontrou apoio em seus pais adotivos, retornando à casa de sua mãe adotiva. Na época, na tentativa de viabilizar seu transplante e diante da necessidade de vínculo biológico para doação, Flor decidiu procurar sua família biológica. Essa busca

resultou não apenas no reencontro com sua mãe de sangue, mas também na descoberta de irmãos que desconhecia. No entanto, apesar dos testes de compatibilidade com familiares, o transplante foi realizado com um órgão de um doador falecido.

Há cerca de quatro anos, Flor encontrou seu terceiro parceiro e construiu uma relação com Adão, com quem vive atualmente em um lar próximo aos seus pais adotivos, que, apesar de divorciados, permanecem parte de sua rede de apoio juntamente com sua madrasta. Ela também mantém contato com a família biológica, a qual reside em outra cidade não muito próxima da sua.

### 3.2 HISTÓRIA ATUAL

Em setembro de 2024, após episódios de intensas dores, Flor foi internada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde recebeu o diagnóstico de cisto ovariano roto infectado. Foi durante essa internação que se estabeleceram CP exclusivos, diante da impossibilidade de intervenção cirúrgica para tratar seu quadro. Além disso, Flor já possuía um histórico delicado, marcado por múltiplas infecções relacionadas a acessos vasculares e pela falha de novos possíveis acessos para HD. Após a alta hospitalar, Flor seguiu realizando sessões de HD três vezes na semana, utilizando seu último e único acesso disponível. Um novo transplante renal foi contraindicado, e a progressiva falência de sua rede vascular refletiu a terminalidade de sua DRC. A paciente faleceu cerca de três meses após os CP serem iniciados e um mês após a entrega de seu documento de legado final.

### 3.3 ESCORES DOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS

Os resultados obtidos na primeira aplicação da escala HADS e PDI-Br encontram-se descritos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição dos resultados obtidos na aplicação dos instrumentos psicométricos.

	Escala HADS			PDI-Br
	HADS-A	HADS-D	Total	
<b>Dois dias antes da Intervenção</b>	3 pontos	2 pontos	5 pontos Inexistência de Sintomas	71 pontos
<b>Quatro dias após a intervenção</b>	6 pontos	4 pontos	10 pontos Inexistência de Sintomas	57 pontos

**Fonte:** elaborado pelas autoras.

Analisando os resultados, percebe-se a inexistência de sintomas de ansiedade e depressão, com pontuações de 3 pontos para HADS-A e 2 pontos para HADS-D. Na reaplicação, realizada no último encontro, a paciente manteve a ausência de sintomas, contudo a sua pontuação dobrou, com 6 pontos em HAS-A e 4 pontos em HADS-D. Relaciona-se esses resultados à técnica aplicada, a qual estimula a reflexão profunda e a revisão de valores e atitudes ao longo da vida. Esse processo pode fazer com que o sujeito enfrente memórias dolorosas e a própria finitude, fatores que podem intensificar os níveis de ansiedade e depressão. O estudo de Rudilla et al. (2015) encontrou conclusões semelhantes. Trata-se de um ensaio clínico randomizado que comparou a eficácia da TD e da Terapia do Aconselhamento. Como resultado, indicou um aumento nos níveis de ansiedade e depressão nos pacientes submetidos à TD. Apesar do aumento de sintomas como ansiedade e depressão, a TD mostrou-se eficaz na resolução de conflitos e no aumento dos níveis de resiliência. No estudo de caso de Espíndola et al. (2017), o qual abordou a aplicação da TD com uma paciente oncológica, verificou-se um aumento nos níveis de ansiedade, o qual foi associado com o confronto com o fim de vida proporcionado pela técnica.

Com relação ao instrumento PDI-Br, a sua aplicação com a paciente resultou inicialmente em um score de 71 pontos, percebendo-se uma maior pontuação (classificação 4 e 5) nas subescalas correspondentes à presença de sintomas (21 pontos) e sofrimento existencial (22 pontos). Após a aplicação da TD, a paciente apresentou uma diminuição em seu score final, totalizando 57 pontos. As subescalas de presença de sintomas (16 pontos) e sofrimento existencial (15 pontos) também obtiveram melhora. Corroborando com o encontrado, em um estudo de Chochinov et al. (2016), que comparou o sofrimento relacionado à dignidade em pacientes com diagnósticos não oncológicos, verificou que pacientes com DRC não obtiveram score alto em itens do PDI, contudo relataram um maior número de comorbidades e carga de sintomas com relação a outros grupos de doenças. Os autores ainda consideram que o sofrimento apresentado pelos pacientes renais crônicos está diretamente ligado a sintomas físicos, mais do que psicológicos. Estudos realizados sobre a aplicação da TD validaram sua eficácia em sintomas físicos, como fadiga e bem estar (Weru; Gatehi; Musibi, 2020; Zaki-Nejad et al., 2020), podendo assim justificar as pontuações apresentadas neste estudo.

### 3.4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Segundo Chochinov (2024), a forma como cada pessoa vivencia uma doença é única e determinada por uma combinação de fatores, como sua história de vida, crenças, valores e recursos pessoais, além das características específicas da doença. O autor desenvolveu um repertório de preservação da dignidade (Chochinov et al., 2002a, Chochinov et al., 2002b), o qual fornece uma

estrutura para compreender a forma de enfrentamento de cada indivíduo a sua realidade e doença. As categorias temáticas deste estudo são embasadas neste referencial teórico associado ao discurso da paciente e temas que mais se sobressaíram durante a aplicação da TD. São elas: aceitação e esperança; espiritualidade; amparo social; resiliência; generatividade e legado; arrependimentos e conquistas e agradecimentos, as quais serão discutidas na sequência.

### 3.5 ACEITAÇÃO E ESPERANÇA

Percebe-se no discurso de Flor, o processo de aceitação que teve durante a descoberta e convívio com sua doença. Ao relatar sobre as flutuações no seu processo de adoecimento, a paciente menciona:

“Quando eu descobri que tinha que fazer hemodiálise de novo, claro que eu fiquei tipo... revoltada, chateada, eu falei: meu Deus! tudo de novo [...] quando eu to assim, acontece alguma coisa comigo, daí eu penso assim: não vou me abater, eu não vou deixar que isso me destrua.”

A aceitação diz respeito à capacidade de ajustar-se gradualmente à realidade e às mudanças trazidas pela doença, de preferência em um ritmo capaz de ser tolerado, aparecendo assim em pequenas gradações (Chochinov, 2024). Para um paciente em HD, planejar novas condições de vida é uma tarefa desafiadora que deve ser conduzida por ele próprio, pois é o paciente quem vivencia as mudanças rígidas que começam no âmbito biológico e se estendem para o campo psicológico e social (Chan et al., 2011; Araújo et al., 2009). Ao descobrir a falha de funcionamento de seu transplante, a paciente precisou desligar-se do trabalho e iniciar idas ao hospital três vezes na semana para as sessões de HD, mudando assim completamente sua rotina e conseqüentemente a vida.

Ainda sobre a aceitação, de acordo com Chochinov (2024), a negação pode oferecer ao paciente um espaço psicológico necessário para que ele possa assimilar a realidade do declínio de sua saúde de forma gradual e em etapas mais manejáveis. Este conceito relaciona-se diretamente com a esperança. Conforme a doença se impõe, a esperança deve se alinhar com as exigências da condição e com o que o tempo ainda pode trazer (Buckley; Herth, 2004; Chochinov, 2024). Acerca disso, Flor menciona:

“E o médico até me desenganou, até falou que era pra mim pegar e... fazer tudo que eu tinha vontade de fazer, curtir a família e tudo, né? Que ele falou assim que era pra mim ir me preparando, que eu não tinha mais o que fazer [...] Aí eu deixei ele falar, né? Porque médico, né? Deixei ele falar, daí simplesmente eu olhei e falei assim pra ele: doutor, pra Deus nada é impossível.”

“Eu creio em Deus porque... olha só por tudo que eu passei... os médicos me desenganaram e eu tô aqui, firme e forte”.

Percebe-se, em diversos momentos que, no discurso da paciente a negação atua como um mecanismo de proteção, permitindo-lhe manter a esperança diante de um prognóstico difícil. Embora a realidade médica aponte para opções limitadas, a paciente encontra apoio em suas crenças pessoais para enfrentar o impacto emocional. Esse espaço de negação e esperança permite que ela assimile a situação no seu próprio tempo, equilibrando o enfrentamento do declínio de sua saúde com a preservação de seu equilíbrio psicológico.

Os achados deste estudo, no que tange à aceitação e à esperança, convergem com os de Silva e Motta (2012). Ao investigarem o processo de adoecimento de pacientes renais em HD, estes autores evidenciaram que a descoberta da DRC desencadeia uma jornada complexa, marcada pela negação inicial, que gradualmente evolui para um processo de aceitação. Essa trajetória, corroborada por Fontoura et al. (2020), revela a negação como uma reação comum e a aceitação como uma estratégia adaptativa diante da imposição da doença.

### 3.6 ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade, nesse cenário, se apresenta como um recurso intrínseco, capaz de oferecer consolo e direcionamento diante da finitude (Puchalski et al. 2009). Ela não se limita à religião, mas abarca questões existenciais mais amplas, como a busca por significado e conexão (Chochinov, 2024). A espiritualidade aparece para a paciente do estudo durante a aplicação de sua TD:

“Ela (a fé) é importante porque.. por tudo que passei sabe? Então eu falo assim, que a gente tem que colocar Deus em primeiro lugar em tudo [...] eu creio em Deus porque... olha só por tudo que eu passei e eu tô aqui.”

“Quando a gente está perto de Deus a gente se sente mil vezes melhor. A tua vida muda, o teu jeito de falar, o teu jeito de pensar... muda completamente.”

A espiritualidade emergiu como um recurso fundamental para Flor em seu enfrentamento da doença renal crônica. A paciente, evangélica, expressou a crença de que sua fé, além de proporcionar um sentido mais profundo à vida, facilitou a adaptação à nova realidade imposta pela doença. Essa experiência individual encontra respaldo em estudos como o de Leimig et al. (2018), que identificaram a espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento positiva em pacientes com DRC. Ao proporcionar significado e propósito, a espiritualidade contribui para o bem-estar emocional, como apontam Benito, Dones e Babero (2016) em sua pesquisa com pacientes em CP.

### 3.7 AMPARO SOCIAL

Ao elucidar sobre sua história, Flor demonstra o amparo de seus familiares como fonte de auxílio em sua relação com a doença e a vida:

“Meus pais, a mulher do meu pai e meu marido são as pessoas mais importantes da minha vida, porque eles estão ali sempre do meu lado me ajudando né? Seu eu preciso de qualquer coisa, eles estão ali.”

A presença do apoio social nos CP é tão importante que o paciente e a família são identificados como uma unidade de cuidado (Chochinov, 2024). Martire e Schulz (2007) nos trazem que poucas circunstâncias se tornam tão difíceis quanto o diagnóstico de uma doença crônica e a família desempenha um papel fundamental no ajustamento psicológico e no auxílio da adaptação e do manejo dos sintomas dessas condições. As relações sociais próximas têm um impacto positivo nos sistemas biológicos, nos comportamentos de saúde e no bem-estar psicológico dos indivíduos. Já Bertolin et al. (2011), que buscou estudar a associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em HD, associou diretamente a presença de um suporte social ao aumento na satisfação na vida e diminuição de quadros de depressão.

Ainda, pacientes com doenças que ameaçam ou limitam a vida frequentemente temem o abandono. O apoio social proporciona a segurança de que não serão deixados para trás, garantindo que sejam dignos de atenção e cuidado (Chochinov, 2024). No caso de Flor, sua experiência ilustra essa dinâmica de forma clara. Quando foi diagnosticada com a doença, ela estava em seu segundo casamento, o qual teve fim logo após:

“Aí quando meu marido descobriu que eu tava com esse problema, tipo assim, ao invés dele me apoiar, ele me abandonou.”

Essa fala evidencia a dor do abandono em um momento frágil de vida. No entanto, ela também compartilha uma experiência de reencontro com o amparo:

“Conheci uma pessoa maravilhosa nesse meio tempo, nós estamos há quatro anos juntos, e eu pensava assim: ah vai ser mais um que vai me abandonar né? Mas não, ele tá comigo desde o começo e me ajuda em tudo.”

“Agora que eu me vejo mais viva, mais completa, assim, que eu to vivendo a vida é depois que eu conheci meu marido [...] foi ele que me, tipo assim, ele que me deu força, ele que mostrou pra mim que ele não um desses caras que a pessoa tá doente e pega e vai embora.”

“O que eu passei lá atrás foi um aprendizado e os meus dois casamentos que foi um fracasso, mas agora eu vi que Deus colocou uma pessoa maravilhosa na minha vida para me ajudar.”

Essas palavras refletem o impacto positivo de um apoio social sólido, que não só proporciona segurança emocional, mas também ajuda na adaptação ao sofrimento, como ressaltado por Chochinov

(2024). O novo parceiro de Flor representa parte de sua rede de suporte, fortalecendo-a e mostrando que a constância de relações significativas são fundamentais para o enfrentamento da doença.

### 3.8 RESILIÊNCIA

Percebe-se que doenças crônicas impõem perdas significativas, como a autonomia e a saúde, gerando estresse e sofrimento. Nesse contexto, a resiliência emerge como um fator crucial para o bem-estar subjetivo, auxiliando os indivíduos a lidar com as adversidades e a encontrar significado na vida (Limonero et al., 2012; Arrebola-Moreno et al., 2014). A resiliência traduz a coragem para o enfrentamento de situações. Ao refletir sobre sua história com a DRC, Flor relata:

“Esse problema de saúde que eu tive, eu aprendi muita coisa, eu mudei muito sabe? eu era uma pessoa assim...nervosa, brava, qualquer coisinha já estava brigando e, depois que eu passei a ter que fazer hemodiálise, essas coisas, eu fui mudando [...] agora sou uma pessoa mais responsável, eu sou uma pessoa que se precisar ajudar o próximo eu ajudo.”

Na explanação de Flor, observa-se como a experiência com a doença desencadeou transformações significativas em sua maneira de ser e de se relacionar com o mundo. Através de sua trajetória, a paciente sugere transformar seu sofrimento em crescimento pessoal, reforçando o sentido de sua existência.

Corroborando com o discurso de Flor, Santos e Costa (2016), que buscaram avaliar os níveis de resiliência em pacientes renais crônicos em TRS, evidenciaram que a tendência à resiliência se apresentou na maior parte dos pacientes em tratamento dialítico. Ainda, para estes autores e Chochinov (2024), a resiliência é moldada através do curso da doença, crenças, rede de apoio e capacidade de atribuir significado à própria existência. Percebe-se, até então, que Flor apresenta significativa relação com sua espiritualidade, amparo social presente e um processo de aceitação efetivo, fatores que podem contribuir no desenvolvimento de sua resiliência.

### 3.9 GENERATIVIDADE E LEGADO

Flor, ao ser questionada sobre momentos especiais que gostaria que sua família lembrasse, destacou:

“Que nem meu pai, todo ano a gente sempre comemora meu aniversário, é sempre uma surpresa [...], além disso tem as viagens que a gente faz [...] são momentos que tento gravar e guardar na minha cabeça e no meu coração.”

Além disso, ao falar sobre papéis importantes que desempenhou, ela afirmou:

“O que foi importante pra mim, ao longo da minha vida, é eu ter cuidado da Joana (nome fictício), que é minha enteada.”

Ainda, de acordo com as algumas das perguntas sugeridas pelo protocolo da TD, falas da paciente direcionaram-se para orientações aos seus familiares:

“Pra minha mãe, eu desejo que ela tenha uma boa aposentadoria, que ela pare de trabalhar e descanse e vá curtir mais a vida, sabe? [...] É uma coisa que eu quero que ele (seu pai) também, tipo, pare e comece a curtir mais a vida dele, ficar mais em casa, curtir com os netos.”  
“O meu marido, né? Também, que ele gosta de viajar, ele diz que não vê a hora de se aposentar também, pra poder viajar, poder fazer as coisas dele, né? Que ele gosta de viajar e ver a família, ver os amigos e que tipo, ele possa realizar os sonhos dele né?”

As falas de Flor revelam o desejo de deixar um legado duradouro em sua família. Ao compartilhar memórias de celebrações familiares e destacar o cuidado que dedicou à sua enteada, Flor demonstra a importância que atribui à construção de relacionamentos significativos e à transmissão de seus valores.

Para Erikson (1971), psicólogo do desenvolvimento, a personalidade humana se desenvolve por meio de etapas determinadas, baseadas na disposição do indivíduo em crescer, tomar consciência e interagir com círculos sociais cada vez mais amplos. Na meia-idade, segundo Erikson, as pessoas entram em uma fase de desenvolvimento chamada "generatividade versus estagnação", onde a generatividade se refere à capacidade de fornecer orientação à próxima geração e expandir a influência além da própria vida. Para Chochinov (2024), esse conceito de generatividade, ou legado, é central na TD, pois os pacientes são incentivados a refletir sobre aspectos importantes de suas vidas, compartilhando pensamentos, memórias e conselhos para e com aqueles que amam.

Desta forma, as orientações e lembranças da paciente aos seus familiares representam um legado transmitido, funcionando como uma extensão dela no futuro (Chochinov et al., 2002b; Chochinov, 2024). Além disso, Baker et al. (2015), verificaram em sua pesquisa que indicar como e o que deve ser feito proporciona ao paciente uma sensação de autonomia e uma retomada do controle sobre a própria vida. Isso permite que a pessoa em fase terminal tenha voz e reconhecimento, especialmente após ter perdido, devido à doença, muitos dos seus papéis sociais e capacidades (Baker et al., 2015; Chochinov et al., 2002b; Timóteo et al. 2024; Vuksanovic et al., 2017).

### 3.10 ARREPENDIMENTOS

A TD possui também o objetivo de proporcionar ao paciente a expressão de arrependimentos durante a realização da revisão de vida. Acerca deste item, Flor demonstra arrependimentos ao relatar sobre sua relação com a doença:

“Aí eu peguei e fiz o transplante e tudo. Vida normal, né? Vida normal. Daí assim, eu cuidei, tudo, só que eu relaxei um pouco também, né? Comi coisas que não era pra comer [...] algumas partes eu penso assim: no que eu fracassei?”

Além disso, ao descrever sua relação com a mãe adotiva, Flor menciona:

“Eu quero chegar uma hora e pedir perdão para ela por eu não... tipo... não conseguir gostar dela como mãe. Eu gosto assim como mãe, mas não como a minha mãe que me criou, sabe? Eu gosto como mãe, mas não é aquele amor de mãe para filho. Eu ainda tenho que aprender a gostar dela como ela sendo minha mãe, sabe? [...] Eu vou ter que chegar uma hora e sentar e conversar com ela e falar isso pra ela, que é uma coisa que me incomoda, né?”

A revisão de vida, como evidenciado pela experiência de Flor, revela a presença de arrependimentos e o desejo de reparar situações passadas. A paciente expressa tanto o arrependimento por escolhas relacionadas ao seu tratamento quanto o desejo de pedir perdão à sua mãe adotiva. Esses sentimentos, comuns em pacientes com doenças crônicas avançadas, podem ser profundamente angustiantes. A TD, nesse contexto, ao proporcionar um ambiente seguro para a narrativa, pode possibilitar a elaboração de experiências passadas e a construção de novos significados (Keall, Clayton, Butow, 2015; Nunziante et al., 2021; Chochinov et al., 2011). Para Bluck et al. (2021), essa construção de significado, que envolve processos como insights e integração de eventos, é fundamental para o bem-estar psicológico. Dose e Rhudy (2017) corroboram essa ideia, evidenciando que verificaram em sua pesquisa que a construção de significado é um fenômeno comum na TD, especialmente em relação a eventos que causaram sofrimento. Zaki-Nejad et al. (2020) verificaram, em seu estudo, que a construção de significado percebida durante a TD ofertou melhora na qualidade de vida aos pacientes.

### 3.11 CONQUISTAS E AGRADECIMENTOS

Neste item, as falas de Flor revelam importantes conquistas e agradecimentos que refletem a valorização de momentos e relações significativas em sua vida:

“Eu digo que o que eu conquistei foi o meu transplante [...] porque assim... vida nova, né?”

O transplante renal, para Flor, não se limita a uma conquista física, mas simboliza a superação de desafios e a valorização da vida. Essa experiência se alinha com as descobertas de Silva et al.

(2013), que investigaram o significado do transplante renal para pacientes que o fizeram. Segundo os autores, o transplante é frequentemente visto como um milagre, capaz de restaurar a esperança e a qualidade de vida. Mattos e Maruyama (2009) corroboram essa perspectiva, destacando que o transplante representa um símbolo de esperança e fé, liberando os pacientes da dependência da HD e permitindo-lhes recuperar sua autonomia e independência.

Além disso, a paciente expressa uma profunda gratidão à sua família adotiva, ressaltando a importância da educação e dos valores recebidos.

“Ela é minha mãe, que ela me criou, ela que me deu educação, ela me ensinou o certo e o errado, né? Então chegar a dizer pra ela, agradecer ela por ter me adotado, por ter me ensinado as coisas que eu aprendi, que eu aprendi a costurar foi com ela [...] que nem meu pai, a mesma coisa.”

Dose e Rhudy (2018) realizaram uma pesquisa em um centro de CP nos Estados Unidos, aplicando TD em um grupo de 20 pacientes. Os resultados demonstraram que a intervenção proporcionou aos participantes a oportunidade de refletir sobre seus papéis familiares, evidenciando um impacto mais significativo nessa esfera em comparação com a profissional. Esses achados corroboram estudos anteriores de Montross, Winters e Irwin (2011) e Hack et al. (2010), que identificaram a família, o senso de realização e as amizades como valores centrais para os pacientes em CP. Ao ter acesso à TD, os participantes buscaram fortalecer seus laços familiares, expressando afeto e compartilhando histórias significativas. Os autores sugerem que o contrário, ou seja, a valorização de objetivos materiais pode estar inversamente relacionada ao sentimento de propósito de vida.

Desta forma, compreende-se que, em CP, a revisão de vida promovida pela TD facilita a reflexão de relações e a expressão de sentimentos importantes, oferecendo aos pacientes a oportunidade de revisitar suas vivências, permitindo-lhes reconhecer conquistas e expressar agradecimentos, o que facilita a validação de relações, contribuindo para o legado de vida da paciente (Kemp, 2006).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo de caso, centrado na experiência de Flor, teve como objetivo investigar os efeitos da TD no alívio do sofrimento e na preservação da dignidade de uma paciente em CP.

Os resultados dos instrumentos psicométricos, HADS e PDI-Br, indicaram que, embora tenha ocorrido um aumento nos níveis de ansiedade e depressão após a aplicação da TD, esse efeito pode ser atribuído ao processo terapêutico, que provoca reflexão sobre a finitude e a história de vida da

paciente. A escala HADS apresentou pontuações mais altas na segunda aplicação, refletindo a intensificação dos sentimentos relacionados ao enfrentamento da doença e à condição de saúde do paciente. Por outro lado, o PDI-Br mostrou uma redução no sofrimento existencial e nos sintomas psicológicos, sugerindo que, apesar do aumento temporário da ansiedade e da depressão, a TD contribuiu para o fortalecimento do bem-estar emocional da paciente e a diminuição do sofrimento psicológico.

A partir das categorias temáticas, percebe-se que a TD trouxe benefícios ao proporcionar à paciente um espaço para a reflexão sobre aspectos significativos de sua vida, permitindo-lhe revisar e elaborar sua história através da construção de significado, expressar sentimentos emergentes e formular desejos para seus entes queridos, contribuindo para a preservação de sua dignidade e o fortalecimento do sentido de vida e legado.

Desta forma, este estudo sugere a TD como uma intervenção pode ser útil a outros pacientes no contexto dos CP, tendo em vista que oferece a oportunidade de revisitar as histórias de vida e atribuir-lhes sentido, o que pode auxiliar no fortalecendo a capacidade de enfrentar a finitude com dignidade. Recomenda-se que novas pesquisas sejam conduzidas, com o objetivo de seguir avaliando a aplicabilidade e os efeitos da TD.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E.S. et al. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: A aceitação como fator decisório. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 509-514, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/3hfjLB7yqz7dpWRthXf9qhc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 dez. 2024.
- ARREBOLA-MORENO, A. L. et al. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 14, n.2, p. 111-119, 2014. Disponível em: <<https://digibug.ugr.es/handle/10481/35276>>. Acesso em: 11 dez. 2024.
- BAKER, N. et al. The legacy of cancer: Why a health promoting approach is so important in palliative care. *BMJ Supportive and Palliative Care*, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25960500/>>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- BARBOSA, A. et al. *Manual e Cuidados Paliativos*. 3ª edição, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Juliao/publication/308902043\\_Terapia\\_da\\_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242/Terapia-da-Dignidade.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Juliao/publication/308902043_Terapia_da_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242/Terapia-da-Dignidade.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BENITO, E; DONES, M.; BABERO, J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*. v. 13, n 2, p. 367-384, 2016. Disponível em: <[https://www.academia.edu/30469791/EL\\_ACOMPA%C3%91AMIENTO\\_ESPIRITUAL\\_EN\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS](https://www.academia.edu/30469791/EL_ACOMPA%C3%91AMIENTO_ESPIRITUAL_EN_CUIDADOS_PALIATIVOS)>. Acesso em: 11 dez. 2024.
- BERTOLIN, D. C. et al.. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1070-1076, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mP6JrcmNf4dBbxPZ74y4bjw/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BLUCK, S., et al. Quality of Life for Older Cancer Patients: Relation of Psychospiritual Distress to Meaning-Making During Dignity Therapy. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2022. Disponível em: <<https://journals-sagepub-com.ez116.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/10499091211011712#bibr49-10499091211011712>>. Acesso em: 18 jan. 2025.
- BOTEGA, N. J., et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, p. 355-363, 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dY4tVF5tWXkrfkyjz5Sp4rM/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BUCKLEY, J.; HERTH, K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand*, v. 19, n. 10, p. 33-41, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15612429/>>. Acesso em: 15 dez. 2024.
- CHAN, R. et al. Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: The proximal-distal model of health-related outcomes as a base model. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 70, n. 5, p. 455-464, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399910004393>>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*, v. 360, 2002a. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)12022-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)12022-8/abstract)>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *SocSci Med*. v. 54, n. 3, p. 433-443, 2002b. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953601000843?via%3Dihub>>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. v. 287, n. 17, p. 2253-2260, 2002. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194871>>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clin Oncol*, v. 23, n. 24, p. 5520- 5525, 2005. Disponível em: <[https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.08.391?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.08.391?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M., et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 36, n. 6, p. 559-71, 2008. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00250-9/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00250-9/fulltext)>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M., et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*, v. 12, n. 7, p. 753-762, 2011. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3185066/>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PLOS ONE*. v. 11, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147607>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

CHOCHINOV, H. M. *Terapia da Dignidade: finitude, legado e dignidade nos cuidados paliativos*. Tradução: Idalina Lope. 1. ed. São Paulo: Manole, 2024.

DONATO, S. C. T. et al.. Validity and reliability of the Brazilian version of the Patient Dignity Inventory (PDI – Br). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, p. 3371, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/49J5LVJg9JwdGmcyXwhVXw/?lang=pt#>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

DOSE, A. M.; RHUDY, L.M. Perspectives of newly diagnosed advanced cancer patients receiving dignity therapy during cancer treatment. *Support Care Cancer*, v. 26, p. 187–195, 2018. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez116.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s00520-017-3833-2>>. Acesso em: 18 jan. 2025.

DU BOULAY, S. *Changing the face of death The story of Cicely Saunders*. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press, 2007.

ESPINDOLA, A. V. et al. *Terapia da dignidade para adultos com câncer em cuidados paliativos: um relato de caso*. *Temas psicol., Ribeirão Preto*, v. 25, n. 2, p. 733-747, 2017. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000200017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ERIKSON, E. H. *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.

FONTOURA, E. G. et al. Sobrevivendo com a hemodiálise: percepção da pessoa à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty. *Braz. Ap. Sci. Rev*, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 2068-2078, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/12323/10616>>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - part 2. *European Journal of Palliative Care*, Toronto, v. 20, n. 3, p. 140-145, 2013. Disponível em: <[https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6\\_EJPC203Gamondi\\_part2\\_0.PDF](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6_EJPC203Gamondi_part2_0.PDF)>. Acesso em: 24 nov. 2024.

GONÇALVES, A. L. Adaptação Linguística para Português da Escala da Dignidade do Doente. In: BARBOSA, A. (org.) *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012, p. 63-73.

HACK, T. F., et al. Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy. *Palliative Medicine*. v. 24, n. 7, p. 715-723, 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216310373164>>. Acesso em: 18 jan. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro : INCA, 2022. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo\\_serie\\_cuidados\\_paliativos\\_volume\\_1.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2024.

KEALL, R. M.; CLAYTON, J. M.; BUTOW, P. N. Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations. *J Pain Symptom Manag*, v. 49, n. 4, p. 747–761, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com.ez116.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0885392414004709?via%3Dihub>>. Acesso em: 18 jan. 2025.

KEMP, C. Spiritual care interventions. In FERREL, B.R.; COYLE, N. *Textbook of Palliative Nursing*, New York: Oxford, p. 595-604, 2006.

LEIMIG, M. B. C. et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Soc Bras Clin Med*. v. 16, n. 1, p. 30-36, 2018. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/322/293>>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LIMONERO, J. T. et al. Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología conductual*, v. 20, n.1, 2012. Disponível em: <<https://www.behavioralpsycho.com/producto/estrategias-de-afrontamiento-resilientes-y-regulacion-emocional-predictores-de-satisfaccion-con-la-vida/>>. Acesso em: 11 dez. 2024.

MATTOS, M. MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. *Rev Eletr Enf.*, v. 11, n. 4. p. 971-981, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/download/33253/17589/140028>>. Acesso em: 18 jan. 2025.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos* São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), p.23-30, 2012.

MARTIRE, M. L.; SCHULZ, R. Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, v. 16, p. 90-94, 2007. Disponível em: <<https://pure.psu.edu/en/publications/involving-family-in-psychosocial-interventions-for-chronic-illnes>>. Acesso em: 15 dez. 2024.

MONTROSS, L.; WINTERS, K. D.; IRWIN, S. A. Dignity therapy implementation in a community-based hospice setting. *J Palliat Med.* v. 14, n. 6, p. 729-734, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3120093/>>. Acesso em: 18 jan. 2025.

NUNZIANTE, F. et al. Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit. *BMC Palliat Care*, v. 20, 2021. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00821-3>>. Acesso em: 24 nov. 2024.

PEREIRA, M. G.; FIGUEIREDO, A. P. Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco-News*, v.2 n. 5, 2008. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16463/1/Cancro%20colo-rectal.PDF>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. Disponível em: <[https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2009.0142?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2009.0142?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)>. Acesso em: 11 dez. 2024.

RUDILLA, D. et al. Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, v. 1, n. 9, 2015. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/comparing-counseling-and-dignity-therapies-in-home-care-patients-a-pilot-study/8B03E7B017060C73493560C9BFE8909A>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

TIMÓTEO, C. et al. Legacy in End-of-Life Care: A Concept Analysis. *Nurs Rep.* v. 14, n. 3, p. 2385-2397, 2024. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11417748/>>. Acesso em: 16 dez. 2024.

SANTOS, R. I.; COSTA, O. R. S. Avaliação da Resiliência em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. *Revista Ciências em Saúde*, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <[https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/461/298](https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/461/298)>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SILVA, L. C. et al. O transplante renal na perspectiva da pessoa transplantada. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <[https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612013000200020](https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200020)>. Acesso em: 18 jan. 2025.

SILVA, R. M.; MOTTA, R. F. A psicologia e o processo de adoecimento nos pacientes renais crônicos. *Disciplinarum Scientia Ciências Humanas*, v. 13, n. 2, p. 137–150. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1734/1638>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

VUKSANOVIC, D. et al. Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n. 4, p. 530 - 537, 2017. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30279-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30279-8/fulltext)>. Acesso em: 16 dez. 2024.

WERU, J.; GATEHI, M.; MUSIBI, A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. *BMC Palliative Care*, v. 19, 2020. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00614-0#:~:text=This%20single%20center%20randomized%20controlled,compared%20to%20routi ne%20care%20only>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Palliative Care Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05*. Genève, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195408/>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2018.

ZAQUI-NEJAD, M. et al. The Effect of Dignity Therapy on the Quality of Life of Patients with Cancer Receiving Palliative Care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7494160/>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370, 1983. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x?sid=nlm%3Apubmed>>. Acesso em: 10 nov. 2024.