

PERCEPÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE DA VIDA SOBRE A BOA MORTE: REVISÃO INTEGRATIVA

Angel Lorryayne Rodrigues de Souza Rosa¹, Geovana Mendes de Sousa²,
Giulia Késia Guedes Simião³, Luana Souza da Rocha⁴,
Mariana Cristina dos Santos Souza⁵

Resumo: Introdução: A morte faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano e pode ser explicada sob diferentes perspectivas – biológica, filosófica, cultural e religiosa. Desde o início dos cuidados paliativos, o conceito de “boa morte” passou a ser discutido e divulgado, de forma a resgatar a morte e o morrer como processo natural do viver. Objetivo: Identificar, na literatura científica, o significado e implicações para uma boa morte para pacientes em cuidados paliativos terminais. Método: Revisão integrativa, com a seguinte pergunta norteadora: “Qual a percepção de pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da vida sobre boa morte?” A busca foi realizada em oito base de dados no período de 2015 a 2025, com os descritores “*Terminally ill*”, “*Hospice Care*” e “*Good Death*”. Resultados: Foram identificados 528 artigos e, após os critérios de exclusão, foram utilizados 7 artigos para a pesquisa. Os artigos foram divididos em quatro classes temáticas: Autonomia; Preparação para a morte; Suporte emocional; Controle de sintomas. Conclusão: Os resultados mostram que a prática de discutir com os pacientes sobre como gostariam de morrer ainda é recente e pouco abordada por familiares e profissionais de saúde, a definição de boa morte varia sendo influenciada por diversos fatores, porém alguns aspectos foram citados com recorrência como a gestão da dor e sintomas, presença de familiares e amigos, a preservação da autonomia e da dignidade no processo de morrer e uma boa preparação para a morte.

Palavras-chave: doente terminal; boa morte; terminalidade da vida.

1 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

2 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

5 Enfermeira e professora, Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília – UnB. Docente do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF.

PERCEPTION OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE ON A GOOD DEATH: INTEGRATIVE REVIEW

Abstract: Introduction: Death is part of the human development process and can be explained from different perspectives - biological, philosophical, cultural and religious. Since the beginning of palliative care, the concept of "good death" began to be discussed and publicized, in order to rescue death and dying as a natural process of living. Objective: Identify, in the scientific literature, the meaning and implications for a good death for patients in terminal palliative care. Method: Integrative review, with the following guiding question: "What is the perception of patients in palliative care at the end of life about good death?" The search was carried out in eight databases in the period from 2015 to 2025, with the descriptors "Terminally ill", "Hospice Care" and "Good Death". Results: 528 were identified and, after the exclusion criteria, 7 articles were used for the research. The articles were divided into four thematic classes: Autonomy; Preparation for death; Emotional support; Symptom control. Conclusion: The results show that the practice of discussing with patients about how they would like to die is still recent and little addressed by relatives and health professionals, the definition of good death varies being influenced by several factors, but some aspects were mentioned with recurrence such as the management of pain and symptoms, presence of family and friends, preservation of autonomy and dignity in the process of dying and a good preparation for death.

Keywords: terminally ill; good death; end of life.

1 INTRODUÇÃO

A morte faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano e pode ser explicada sob diferentes perspectivas - biológica, filosófica, cultural e religiosa. Embora universal, é compreendida e explicada de formas distintas ao longo da história. Na idade média, a morte era vista como um processo natural da vida, em seus momentos finais as pessoas organizavam como gostariam de morrer em um evento comunitário (Ariés, 2017) no entanto, atualmente existe um evidente desprezo pela finitude humana, a incessante procura pela cura das enfermidades e o receio do envelhecimento intensificam a cultura de negação da morte (Kovács, 1992).

Nesse contexto, as críticas a um modelo de gestão dos cuidados considerado desumano, frio, excessivamente racionalizado e institucionalizado, no qual o médico busca controlar as circunstâncias do morrer em detrimento da autonomia do enfermo, são apontadas como possíveis causas da origem do cuidado paliativo, que surge como um modelo integrativo na transição entre o viver e o morrer, como um resgate histórico à antiga prática da "morte natural" (Coelho *et al.*, 2016; Gimenes; Carvalho; Pinheiro, 2017; Menezes; Barbosa, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos constituem uma abordagem destinada a desenvolver a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares que lidam com doenças graves e potencialmente

fatais. Ressalta a importância de aliviar o sofrimento, abrangendo dor e outros sintomas físicos, bem como aspectos psicossociais e espirituais, por meio de um cuidado centrado no paciente e realizado por uma equipe multidisciplinar (WHO, 2020).

Desde o início do movimento dos cuidados paliativos, o conceito de “boa morte” passou a ser discutido e divulgado, de forma a resgatar a morte e o morrer como processo natural do viver. Pode-se destacar alguns princípios, como saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado; ter dignidade, privacidade, controle sobre o alívio da dor e demais sintomas; ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte; ter acesso à informação e aos cuidados especializados, suporte espiritual ou emocional, se solicitado; cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital; ter controle sobre quem está presente e com quem compartilha o final da vida; estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados; ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos e; estar apto a partir quando for o momento de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente (Menezes, 2004; Smith, 2000).

Proporcionar uma boa morte envolve diversos desafios de ordem social, cultural, econômica e individual. Entre as principais dificuldades relatadas na implementação dessas práticas destacam-se a complexidade da comunicação com os familiares no processo de tomada de decisões e a dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde ao lidar com o rompimento da relação terapêutica com o paciente, especialmente diante da proximidade da morte e, principalmente, a falta de autonomia do indivíduo durante seu processo de morte e morrer (Braga; Queiroz, 2013).

Portanto, este estudo teve como objetivo identificar, na literatura científica, a percepção de pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da vida sobre boa morte.

2 MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa. Este foi um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelas autoras por ocasião da realização de uma revisão integrativa. Apresentação das seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para elaboração da questão norteadora, adotou-se o acrônimo PCC, formado por P (Population/População) = Paciente terminal; C (Concept/Conceito) = Boa morte; C (Context/Contexto) = Cuidados Paliativos na terminalidade da vida (Araújo, 2020). Portanto, a questão central que orientou

esta revisão foi: “Qual a percepção de pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da vida sobre boa morte?”

Os critérios utilizados para a inclusão foram aqueles que abordassem a percepção da boa morte segundo pacientes adultos (≥ 18 anos) em cuidados paliativos, estudos originais, que estivessem disponíveis na íntegra e publicados nos últimos 10 anos (2015 a 2025).

Os critérios de exclusão foram aqueles que investigassem populações pediátricas ou adolescentes, tratassem exclusivamente da visão de profissionais de saúde ou familiares, estudos de opinião, teses, dissertações, editoriais, resumos de eventos e estudos que não estivessem dentro do tema proposto.

A busca foi realizada no dia 24 de fevereiro de 2025 nas seguintes bases e bibliotecas de dados: Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual de Saúde; Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, SCOPUS, Web of Science (WOS), Science Direct e American Psychological Association (APA), diretamente nas bases citadas.

Para estruturar a busca, foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “doente terminal”, “percepção de boa morte” e “cuidados paliativos na terminalidade”, em português, inglês e espanhol.

A descrição da estratégia de busca utilizada para o levantamento dos artigos se encontra descrita no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição da estratégia de busca implementada em cada base de dados. Brasília, DF, Brasil, 2025.

Bases	Estratégia de Busca
LILACS, IBECS, PubMed e SciELO	((Doente Terminal OR Terminally ill OR Enfermo Terminal) AND (Cuidados Paliativos na Terminalidade OR Hospice Care OR Cuidados Paliativos al Final de la Vida) AND (Boa Morte OR Good Death OR Buena Muerte))
SCOPUS, Web of Science, Science Direct e APA	“Terminally ill” AND “Hospice Care” AND “Good Death”

Fonte: Elaborado pelos autores.

As referências foram compiladas e exportadas para a ferramenta Rayyan[®], onde realizou-se a remoção de duplicados e a leitura de títulos e resumos em pares, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão para determinar quais estudos estariam elegíveis para a construção da revisão (Ouzzani *et al.*, 2016). Após a seleção, prosseguiu-se a leitura dos artigos na íntegra e seleção para

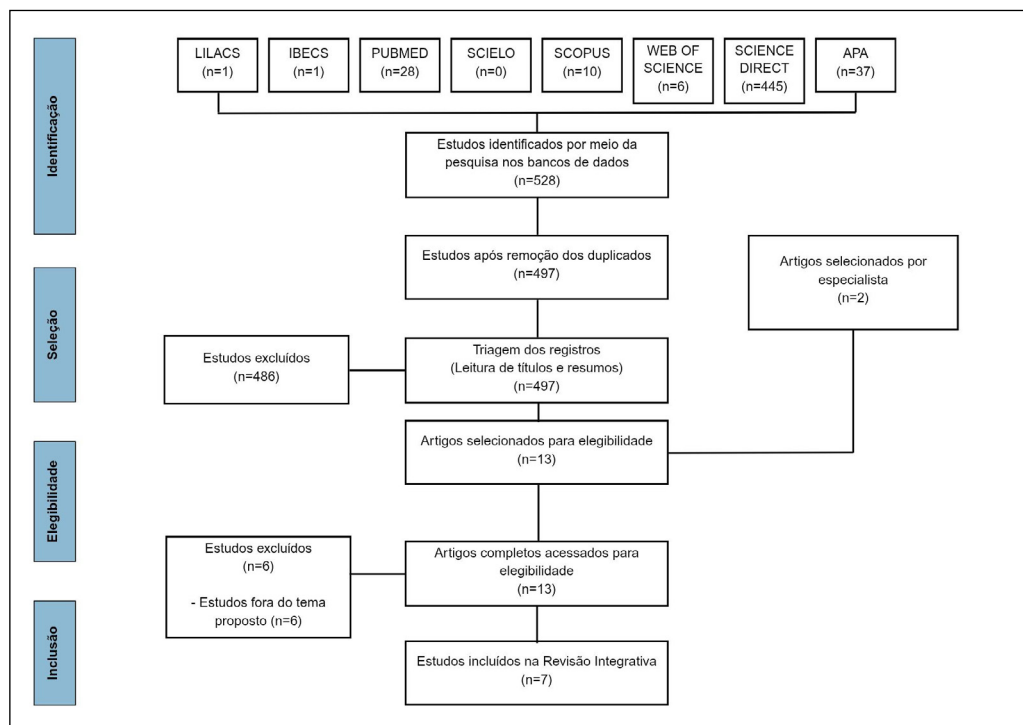
compor a revisão. Após a leitura dos artigos na íntegra, restou-se sete para a revisão, sendo que dois foram selecionados por especialista.

A extração das informações dos estudos foi norteada por um instrumento estruturado de coleta de dados elaborado pelos autores e sistematizada por meio de uma planilha no Microsoft Office Excel 365®, com as seguintes variáveis: autores; título do artigo; periódico de publicação; ano de publicação; idioma; país de publicação; objetivo do estudo; delineamento; resultados e conclusões. Após preenchimento da planilha, os dados foram reunidos, conferidos e apresentados na revisão em formato descritivo e subsequentemente discutidos às informações extraídas.

3 RESULTADOS

Foram localizados 528 artigos para a análise, do período de 2015 a 2025. Destes, 27 encontravam-se duplicados, 486 excluídos na triagem inicial de títulos e resumos, 2 selecionados por especialista e 6 foram excluídos após a leitura do texto completo, restando 7 estudos para a revisão integrativa, como ilustra a Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos artigos na revisão integrativa. Brasília, DF, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborada pelos autores, baseada no Guideline PRISMA (Moher, 2009).

Dentre os 7 estudos selecionados, 6 (85,71%) foram publicados no idioma inglês e 1 em português (14,29%). Os dados sobre os estudos estão disponibilizados no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização dos artigos que compõem a amostra da Revisão Integrativa (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2025.

Autores e ano	Título do Artigo	Periódico	Idioma	País
Gomes; Cordeiro, 2024	<i>A "boa morte" na percepção de pessoas com câncer acompanhadas por serviço de atenção domiciliar.</i>	<i>Enfermería Actual de Costa Rica</i>	Português	Brasil
Richards et al., 2024	<i>Dying in the margins: Experiences of dying at home for people living with financial hardship and deprivation</i>	<i>SSM - Qualitative Research in Health</i>	Inglês	Reino Unido
Ho et al., 2022	<i>Symptom prevalence and place of death preference in advanced cancer patients: Factors associated with the achievement of home death.</i>	<i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i>	Inglês	Malásia
Valentino et al., 2022	<i>Where do Brazilian cancer patients prefer to die? Agreement between patients and caregivers</i>	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Inglês	Brasil
Tang et al., 2020	<i>Courses of change in good emotional preparedness for death and accurate prognostic awareness and their associations with psychological distress and quality of life in terminally ill cancer patients' last year of life.</i>	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Inglês	China
Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016	<i>A good death from the perspective of palliative cancer patients</i>	<i>Support Care Cancer</i>	Inglês	Suécia
Cheng et al., 2015	<i>Cancer patient autonomy and quality of dying—a prospective nationwide survey in Taiwan.</i>	<i>Psycho-Oncology</i>	Inglês	Taiwan

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre os sete estudos selecionados, 3 (42,86%) foram estudos qualitativos, 1 (14,29%) observacional transversal, 1 (14,29%) prospectivo, 1 (14,29%) longitudinal e 1 (14,29%) retrospectivo. Estes versaram sobre a autonomia, preparação para a morte, suporte emocional e o controle de sintomas. Os dados sobre os estudos estão disponibilizados no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos aspectos relevantes nos estudos selecionados para Revisão Integrativa (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2025.

Autores e ano	Objetivo	Abordagem metodológica	Conclusão
Gomes; Cordeiro, 2024	Analisar a “boa morte” na percepção de pessoas com câncer acompanhadas por serviço de atenção domiciliar.	Qualitativo	Os significados de boa morte estão atribuídos ao morrer na própria casa de forma tranquila, dormindo, sem dor e com a presença da família, enquanto os cuidados para uma boa morte estão vinculados, principalmente, ao recebimento de carinho e atenção no fim da vida.
Richards <i>et al.</i> , 2024	Analisar os prós e contras na visão de pacientes em cuidados paliativos sobre morrer em casa.	Qualitativo	Constatou que tanto os indivíduos que estão morrendo quanto seus cuidadores estão sendo mal atendidos por sistemas de saúde, moradia e bem-estar social ineficientes. Morrer em casa ainda pode ser a opção preferida para pessoas que lutam para sobreviver, pois está ligado ao senso de identidade e autonomia das pessoas. No entanto, nem sempre é uma opção viável.
Ho <i>et al.</i> , 2022	Investigar a carga de sintomas em pacientes com câncer avançado, a obtenção de suas preferências de local de morte e os fatores associados à morte em casa.	Retrospectivo	Apesar da alta carga de sintomas, a maioria dos pacientes preferiu e obteve morte domiciliar. O encaminhamento tardio para cuidados paliativos e o manejo difícil dos sintomas contribuíram para o fracasso na obtenção da preferência por morte domiciliar. A preferência pela morte domiciliar deve ser considerada no manejo de pacientes geriátricos terminais.
Valentino <i>et al.</i> , 2022	Investigar a concordância entre cuidadores e pacientes sobre local preferido para a morte.	Observacional Transversal	Foi identificada baixa concordância entre pacientes e cuidadores sobre a preferência pelo local de morte (PpoD). Fatores clínicos e deterioração no fim da vida útil, além do suporte de cuidados paliativos (CP), parecem influenciar a preferência pelo local de morte (PpoD).
Tang <i>et al.</i> , 2020	Explorar os cursos de mudança na boa preparação emocional para a morte e na consciência prognóstica (PA) precisa e avaliar suas associações com sintomas graves de ansiedade, sintomas depressivos graves e qualidade de vida no último ano de pacientes com câncer.	Longitudinal	A boa preparação emocional para a morte e a consciência prognóstica (PA) precisa permaneceram praticamente estáveis e melhoraram substancialmente, respectivamente, em pacientes com câncer no último ano. Ambas as medidas foram significativamente associadas ao sofrimento psicológico. Os profissionais de saúde não devem apenas cultivar uma PA precisa, mas também promover a preparação emocional dos pacientes com câncer para a morte, o que pode melhorar seu bem-estar psicológico.

Autores e ano	Objetivo	Abordagem metodológica	Conclusão
Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016	Explorar a percepção de uma boa morte em pacientes com câncer terminal na Suécia.	Qualitativo	Os profissionais de saúde que cuidam de pacientes paliativos devem considerar pedir que descrevam o que consideram uma boa morte, a fim de identificar objetivos para o cuidado. Explorar a experiência pessoal dos pacientes com a morte e o morrer pode ajudar a lidar com seus medos à medida que a morte se aproxima.
Cheng <i>et al.</i> , 2015	Investigar fatores que afetam a autonomia de pacientes com câncer avançado em Taiwan e sua influência a qualidade da morte.	Prospectivo	Conclui-se que a autonomia avaliada pelo médico afetaria uma boa morte e estava altamente correlacionada com a idade, o nível de consciência e a qualidade da morte no final para pacientes com câncer avançado em Taiwan.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para discussão em profundidade, foram observados fatores em comum dos artigos, e estes foram subdivididos em 4 classes: autonomia, preparação para a morte, gestão de sintomas e suporte emocional.

4 DISCUSSÃO

4.1 Autonomia

A bioética, ao lidar com conflitos morais e dilemas éticos na área da saúde, fundamenta-se em quatro princípios fundamentais. São eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade. O princípio da autonomia refere-se à capacidade de autodeterminação, ou seja, ao direito de cada indivíduo tomar decisões sobre si mesmo (Beauchamp, Tom L.; Childress, James F., 1994).

A autonomia do paciente é um fator indispensável para mensurar a qualidade da morte, sendo altamente ligada ao nível de consciência e a idade, e geralmente subordinada aos valores familiares (Cheng *et al.*, 2016). A complexidade do fim da vida faz com que se perca diversos aspectos considerados importantes para o indivíduo.

Um estudo que analisou a perspectiva de pacientes com câncer em cuidados paliativos sobre a boa morte evidenciou que a autonomia foi um fator muito valorizado pelos participantes, onde expressavam medo de ser um fardo para a família em seus momentos finais, se tornando totalmente dependentes de outras pessoas (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

Os pacientes, em sua maioria, viam a morte como um processo. Muitos relataram que começaram a ver a vida de uma forma diferente após serem diagnosticados com uma doença terminal, aproveitando e valorizando mais

os momentos em família, abandonando mais facilmente os ressentimentos, aprendendo a não culpar os outros por seu estado atual e morte iminente, alívio dos temores e aumento da felicidade (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

A consciência prognóstica influencia diretamente a autonomia do paciente, pois permite que ele tome decisões mais conscientes, inclusive optando por reduzir ou recusar intervenções que não condizem com seus desejos ou valores, contudo, ainda existe uma tendência dos profissionais de saúde e familiares em não revelar o estado de saúde ao paciente, principalmente por medo de causar ansiedade e trauma psicológico. Porém a conscientização prognóstica se mostrou altamente benéfica principalmente em relação a independência e qualidade da morte (Cheng *et al.*, 2016).

A independência do paciente também está relacionada com a escolha de morrer em casa, que além de ser possível participar das decisões referentes ao seu cuidado, também é mantido o conforto e manejo de sua rotina, assim apoiando a continuidade de seu senso de identidade pessoal (Richards *et al.*, 2024).

Preservar a autonomia do paciente em seus momentos finais requer comunicação e sensibilidade, tanto da parte dos familiares quanto da equipe de saúde. A percepção de uma boa morte é heterogênea e pode mudar com o tempo, por isso é importante ter uma visão individualizada de cada paciente. Os profissionais de saúde e familiares devem solicitar que o paciente descreva o que uma boa morte significa para ele, estabelecendo assim qualidade, conforto e autonomia para seu fim de vida (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

4.2 Preparação para a morte

Um dos tópicos analisados em um estudo realizado na Suécia foi a preparação para a morte, que foi ressaltada por muitos participantes como um fator importante para morrer confortavelmente, o qual pode incluir resolver assuntos pendentes, preparar os demais para aceitar gradualmente sua morte, alinhar questões financeiras ou até registrar pedidos específicos. Nem todos se sentiam confortáveis em pensar na morte iminente, alguns não gostavam de pensar que deixariam a família e tinham uma certa dificuldade em se preparar para o momento da morte, também pontuaram o medo de prolongar o sofrimento, desejando que acontecesse rapidamente e confortavelmente (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

Outro fator incluído na preparação para a morte foi a escolha do local em que o paciente deseja partir. A seleção do local de falecimento constitui uma preparação mais complexa para o processo de morte, uma vez que diversas variáveis ao longo do processo podem exercer influência sobre a alteração dessa escolha (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

Um estudo realizado com 253 pacientes, que teve como objetivo definir a prevalência dos sintomas e preferência do local da morte, evidenciou que

132 (52,1%) escolheram a morte em casa, 111 (43,9%) escolheram uma morte hospitalar, 9 (3,6%) não tinham preferência sobre o local de morte e um (0,4%) escolheu morrer em um templo budista. A análise também evidenciou uma preferência pela morte domiciliar por parte de pacientes com idade mais avançada (Kastbom; Milberg; Karlsson, 2016).

Em outro estudo acerca da preferência do local de morte para pacientes brasileiros com câncer, foi observada uma maior preferência por morrer em hospitais nos cenários em que havia maior deterioração do estado de saúde e presença de sintomas descontrolados. Essa escolha está associada à percepção de maior segurança, devido à disponibilidade contínua de recursos médicos e hospitalares (Valentino *et al.*, 2022). Estudo corroborou com esta ideia, ao evidenciar que, dentre os motivos elencados para a preferência por óbito hospitalar incluíram dificuldade de adaptação em casa, sintomas complexos e não querer sobrecarregar a família (Ho *et al.*, 2022).

Os autores trazem que a preparação para a morte é um processo delicado e complexo; ela tem como base os antecedentes, componentes e consequências. Os componentes são divididos em três segmentos principais: o cognitivo, que se destaca pela consciência prognóstica, ou seja, o reconhecimento da condição e de como a gravidade causa uma proximidade da morte; no plano emocional, ocorre a aceitação de que a morte é iminente; e, no componente comportamental, está relacionado aos cuidados de fim de vida, observando-se a tomada de decisões relacionadas a esses cuidados. Nos antecedentes, destacam-se os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível educacional, suficiência financeira e apoio social percebido) (Tang *et al.*, 2020).

Além disso, características da doença, como estado metastático, presença de comorbidades, sofrimento decorrente de sintomas físicos e dependência funcional, exercem papel crucial na forma como o indivíduo se prepara para o fim da vida. Quando esses componentes estão bem integrados, podem gerar diversas consequências positivas, entre elas: melhoria da qualidade de vida; bem-estar psicológico aprimorado; assuntos interpessoais inacabados concluídos; arranjos práticos finalizados; valor alcançado em concordância com os cuidados de fim de vida; e a evitação de tratamentos potencialmente inadequados contra doenças ou para manter a vida (Tang *et al.*, 2020).

Dessa forma, compreender e promover uma preparação adequada para a morte contribui para uma experiência mais digna, consciente e alinhada com os desejos do paciente e de seus familiares (Tang *et al.*, 2020).

4.3 Suporte emocional

Pacientes que estão se preparando emocionalmente para a morte podem, de maneira consciente ou não, fugir do enfrentamento do seu diagnóstico, como uma maneira de gerir o impacto emocional de sua situação terminal. A rede de apoio social desempenha um papel crucial nesse processo,

auxiliando na preparação para a morte. Ao fortalecer esse suporte, observa-se uma redução de sintomas físicos e emocionais do medo da morte, da angústia e das inquietações, favorecendo assim um maior bem-estar psicoespiritual (Tang *et al.*, 2020).

Através de uma entrevista realizada com pacientes adultos no qual foram selecionados 66 participantes, com o objetivo de explorar a percepção da boa morte em pacientes com câncer terminal na Suécia, foi destacado que a presença da família é um critério essencial para a experiência de uma boa morte. Também foi analisado que os participantes consideravam uma boa morte o morrer confortavelmente, sem sofrimento e com um bom suporte emocional, e que a perspectiva de morte é muito influenciada e associada a experiências passadas de morte de pessoas próximas (Kastbom, Milberg, Karlsson, 2016).

Para alguns pacientes, o sofrimento relacionado ao processo de morrer estava associado à angústia de deixar seus filhos. Além disso, manifestaram o temor de que sua morte fosse prolongada, o que, para eles, representaria não apenas a extensão do próprio sofrimento, mas também do sofrimento de seus entes queridos (Kastbom, Milberg, Karlsson, 2016).

Em uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com sete pessoas com câncer, vinculadas a uma unidade de atenção domiciliar e cuidados paliativos de um hospital do sul do Brasil, identificou-se que os significados atribuídos a uma boa morte incluem a valorização da presença da família, das atividades recreativas oferecidas pelas mídias sociais, da rede de apoio familiar e da equipe de saúde, considerados fundamentais para uma morte digna e mais confortável (Gomes; Cordeiro, 2024).

Uma rede de apoio bem estruturada contribui significativamente para a aceitação do prognóstico por parte do paciente. Conversas abertas sobre o fim da vida e sobre as preferências em relação ao processo de morrer são fundamentais para promover uma vivência mais serena e pacífica da finitude (Gomes; Cordeiro, 2024).

A equipe de saúde também foi mencionada como parte fundamental da rede de apoio, sendo valorizada pela atenção e pelo cuidado prestado ao paciente. Destacou-se, ainda, a importância da prática da decisão compartilhada entre familiares, paciente e profissionais de saúde, promovendo um diálogo aberto, respeitoso e deliberativo. Assim, familiares, amigos e equipe multiprofissional constituem pilares essenciais para a oferta de um suporte emocional sólido durante o processo de morte (Gomes; Cordeiro, 2024).

4.4 Controle de sintomas

O controle eficaz dos sintomas é um componente essencial nos cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado, pois a presença de múltiplos sintomas, como fraqueza, dor e falta de apetite, impacta significativamente a qualidade de vida desses pacientes. No entanto, a subestimação ou o

reconhecimento inadequado de sintomas por parte dos profissionais de saúde pode levar a um manejo insuficiente, comprometendo o bem-estar do paciente. A identificação precoce e o tratamento adequado dos sintomas são fundamentais para proporcionar conforto e dignidade durante o tratamento oncológico (Kastbom, Milberg, Karlsson, 2016).

Neste contexto, realizou-se um estudo com 287 pacientes que evidenciou a elevada carga de sintomas entre pacientes com câncer avançado no momento da primeira consulta de cuidados paliativos. A média observada foi de 5,77 sintomas por paciente, sendo os mais prevalentes fraqueza e falta de energia (89,3%), dor (77,6%) e falta de apetite (76,2%). Apesar da alta incidência de dispneia (49,5%), apenas 26% dos casos a identificaram como motivo para encaminhamento aos cuidados paliativos, sugerindo uma possível subestimação desse sintoma pelos profissionais de saúde. Essa discrepância destaca a importância de uma avaliação abrangente criteriosa dos sintomas para garantir um controle eficaz e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos (Ho *et al.*, 2022).

Quando um paciente com câncer chega a fase terminal, o controle dos últimos sintomas se torna não apenas uma necessidade clínica, mas também um gesto profundo de cuidado e respeito a dignidade humana. A dor persistente, a dispneia, a náusea ou outros desconfortos não afetam apenas o corpo, eles atravessam experiência emocional e espiritual da pessoa que sofre, sem alívio adequado podem gerar sentimentos de angústia e medo diante da proximidade da morte. Diversos pacientes passam a temer que seus últimos dias sejam marcados por sofrimento físico incontrolável, o que desencadeia reflexões dolorosas sobre o sentido da dor, a própria finitude e o impacto desse processo sobre seus entes queridos (Kastbom, Milberg, Karlsson, 2016; Tang *et al.*, 2020).

A dor é um dos sintomas mais impactantes e limitantes relatado por pacientes com câncer, seguida por manifestações com fadiga e constipação. Além da prevalência, destaca-se a dificuldade desses pacientes em descrever com precisão a dor que sentem, o que pode comprometer a eficácia do tratamento e levar ao subtratamento (Gomes; Cordeiro, 2024).

Tal realidade é reforçada por estudo que aponta o uso limitado de analgésicos por familiares cuidadores, especialmente no contexto domiciliar, gerando um ciclo de sofrimento físico e emocional, isso ajuda a compreender por que muitos pacientes expressam o desejo de morrer sem dor e sem sofrimento, como uma forma de escapar da experiência frequentemente negligenciada da dor mal controlada (Gomes; Cordeiro, 2024).

Além da dor em si, há a preocupação sobre como a família lidará com o cuidado em casa, especialmente diante da dificuldade em manejar sintomas complexos. O sofrimento, assim, vai além da doença: ele se transforma em um peso emocional e existencial que atravessa o paciente, e também aqueles que o amam (Tang *et al.*, 2020).

Diante desse panorama, percebe-se que o controle dos sintomas em pacientes oncológicos em fase terminal é um dos maiores desafios no cuidado paliativo, a dor, a fadiga e constipação não são apenas manifestações clínicas, elas se tornam representações do sofrimento global do paciente, influenciado sobre o fim da vida, aumenta a angústia e compromete a dignidade no processo de morrer. Portanto, investir em uma abordagem centrada no paciente, que reconheça e trate ativamente esses sintomas, é essencial para oferecer um cuidado mais humano, integral e ético, especialmente nos momentos finais de existência (Gomes; Cordeiro, 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição de uma boa morte é variada e cada pessoa a compreende de uma forma, sendo que estas podem ser influenciadas por fatores pessoais, culturais e espirituais.

Os resultados evidenciam que a prática de conscientizar os pacientes e questionar sobre como gostariam de morrer ainda é pouco abordada.

Contudo, existem semelhanças nos aspectos que os pacientes consideram importantes para uma boa morte, como a gestão da dor e dos sintomas, a presença de amigos e família, a preservação da autonomia, a dignidade no processo de morrer e a preparação para a morte. Portanto, é de total importância a redução de barreiras e desafios no momento de prestação de cuidados aos pacientes em cuidados paliativos na fase terminal da vida, de forma que possibilite que os mesmos vivam de maneira plena e digna.

Destaca-se ainda o potencial benefício da adesão precoce aos cuidados paliativos, que pode proporcionar maior conforto aos pacientes na fase terminal da vida. Investimentos em novas pesquisas sobre o tema fortaleceriam o debate acerca de um acolhimento mais eficaz e de um acompanhamento aprimorado no cuidado paliativo, não se limitando apenas à fase final da vida.

Por fim, devido à escassez de produção científica na área, reforça-se a necessidade de novos estudos voltados ao tema, bem como de maior envolvimento por parte das universidades de políticas governamentais que apoiem e promovam essa temática.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Revista Saúde em Redes**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 101-132, jul. 2020.

ARIÉS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos tempos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. Edicoes Loyola, 1994.

BRAGA, F. C.; QUEIROZ, E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP**, v. 24, p. 413–429, 2013.

CHENG, Shao-Yi *et al.* Cancer patient autonomy and quality of dying—a prospective nationwide survey in Taiwan. **Psycho-Oncology** v. 25, p. 179–186, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3901>. Acesso em: 14 maio 2025.

COELHO, A., *et al.* Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. **BMC Palliative Care**, London, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>

GIMENES, M. G. G.; CARVALHO, M. M.; PINHEIRO, T. B. P. **Cuidados Paliativos: um modelo integrativo na transição entre a vida e a morte**. São Paulo: República Literária p. 262, 2017.

GOMES, M. P.; CORDEIRO, F. R. A “boa morte” na percepção de pessoas com câncer acompanhadas por serviço de atenção domiciliar. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 47, 58067, 2024. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de maio de 2025. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i47.58067>.

HO, J. F. V. *et al.* Symptom prevalence and place of death preference in advanced cancer patients: factors associated with the achievement of home death. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, v. 39, n. 7, p. 762–771, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/104990912111048767>. Acesso em: 15 maio 2025.

KASTBOM, L.; MILBERG, A.; KARLSSON, M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 25, n. 3, p. 933–939, 2017. doi: 10.1007/s00520-016-3483-9. Epub 2016. PMID: 27837324.

KOVÁCS, M. J. **Morte, separação, perdas e o processo de luto**. Morte e Desenvolvimento Humano. Tradução. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. Acesso em: 13 maio 2025.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 225 p. ISBN 8576170493. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081129>.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2653–2663, 2013.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 210, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 16 maio 2025.

RICHARDS, N.; QUINN, S.; CARDUFF, E.; GOTT, M. Dying in the margins: experiences of dying at home for people living with financial hardship and deprivation. **SSM - Qualitative Research in Health**, [S.l.], v. 5, art. 100414, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100414>. Acesso em: 15 maio 2025.

SMITH, R. A good death. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7228, p. 129-130, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7228.129>. Acesso em: 30 jun. 2022

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2025.

TANG, S. T., *et al.* Courses of change in good emotional preparedness for death and accurate prognostic awareness and their associations with psychological distress and quality of life in terminally ill cancer patients' last year of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 4, p. 623–631.e1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.022>. Acesso em: 15 maio 2025.

VALENTINO, T. C. O.; OLIVEIRA M. A.; PAIVA, C. E.; PAIVA, B. S. R. Where do Brazilian cancer patients prefer to die? Agreement between patients and caregivers. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 64, n. 2, p. 186–204, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.03.015>. Acesso em: 15 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 16 maio 2025.