



Dignidade no final da vida: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dignity at the End of Life: Perceptions among Primary Health Care Professionals
Dignidad al final de la vida: percepciones de profesionales de la Atención Primaria de Salud

Nataniele Kmentt da Silva¹ , Franciele Roberta Cordeiro² , Júlia Brombila Blumentritt² , Júlia Maria Santos Rodrigues¹ 

Autor correspondente:

Nataniele Kmentt da Silva

E-mail:

nataniele.kmentt.enf@gmail.com

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

Objetivo: Compreender as percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a dignidade no final da vida. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, realizada entre outubro e novembro de 2022, com 12 profissionais da Atenção Primária à Saúde de cinco unidades básicas de saúde do Sul do Brasil, adultos, com tempo mínimo de serviço de três meses. Excluíram-se os profissionais em afastamento laboral ou em férias durante a pesquisa. Os discursos foram extraídos da transcrição de entrevistas semiestruturadas e submetidos à Análise de Conteúdo de John Creswell, pela criação de códigos, subcategorias e categorias. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 5.651.793). **Resultados:** Foram criadas duas subcategorias, a primeira sobre transformações no final da vida relacionadas à dignidade, considerando modificações biopsicossociais, espirituais e econômicas, perda de autonomia e debilidade. Na segunda apresenta-se os significados de dignidade, relacionando-os ao transcendente, aos cuidados paliativos, à promoção de conforto e adequado controle de sinais e sintomas, associados à possibilidade de morrer em casa. **Conclusão:** A dignidade foi compreendida como respeito à autonomia e às vontades dos pacientes. Embora persistam desafios para promovê-la no final da vida, os cuidados paliativos e o ambiente domiciliar são reconhecidos como fundamentais na oferta de conforto e preservação da dignidade.

Descritores:

Assistência Terminal. Respeito. Direito a Morrer. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.



Como citar este artigo:

Silva NK, Cordeiro FR, Blumentritt JB, Rodrigues JMS. Dignidade no final da vida: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Rev. enferm. UFPI. 2026 [citado em: dia mês abreviado ano];15:e6833. DOI: 10.26694/reufpi.v15i1.6833

O que se sabe?

Na bioética, a dignidade é debatida e conceituada associada à valorização da autonomia. Na assistência em saúde, sobretudo na atenção primária, ainda há pouco preparo profissional para implementá-la na finitude.

O que o estudo adiciona?

Evidenciam-se percepções de profissionais da atenção primária sobre a dignidade associada aos princípios dos cuidados paliativos, essenciais para preservar autonomia e respeitar as vontades, aprimorando a qualidade de (fim de) vida.

Abstract

Objective: To understand how Primary Health Care professionals perceive dignity at the end of life. **Methods:** Qualitative research conducted between October and November 2022 with 12 Primary Health Care professionals from five basic health units in southern Brazil, adults with a minimum service period of three months. Professionals on leave or vacation during data collection were excluded. The discourses were obtained from the transcription of semi-structured interviews and analyzed through John Creswell's Content Analysis by developing codes, subcategories, and categories. The research was approved by the Research Ethics Committee (Opinion no. 5.651.793). **Results:** Two subcategories emerged. The first addressed transformations at the end of life related to dignity, encompassing biopsychosocial, spiritual, and economic changes, loss of autonomy, and frailty. The second explored the meanings attributed to dignity, relating them to transcendence, palliative care, comfort promotion, and appropriate control of signs and symptoms, linked to the possibility of dying at home. **Conclusion:** Dignity was understood as respect for patients' autonomy and wishes. Although challenges to promoting it at the end of life remain, palliative care and the home environment are recognized as essential for providing comfort and preserving dignity.

Descriptors:

Terminal Care. Respect. Right to Die. Health Personnel. Primary Health Care.

Resumen

Objetivo: Comprender las percepciones de los profesionales de la Atención Primaria de Salud sobre la dignidad al final de la vida. **Métodos:** Investigación cualitativa, realizada entre octubre y noviembre de 2022, con 12 profesionales de la Atención Primaria de Salud de cinco unidades básicas de salud del sur de Brasil, adultos, con un mínimo de tres meses de servicio. Se excluyó a los profesionales que estaban de baja laboral o de vacaciones durante la investigación. Los discursos se extrajeron de la transcripción de entrevistas semiestructuradas y se sometieron al Análisis de Contenido de John Creswell, mediante la creación de códigos, subcategorías y categorías. Investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación (Dictamen n.º 5.651.793). **Resultados:** Se crearon dos subcategorías, la primera sobre las transformaciones al final de la vida relacionadas con la dignidad, considerando las alteraciones biopsicosociales, espirituales y económicas, la pérdida de autonomía y la debilidad. En la segunda se presentan los significados de la dignidad, relacionándolos con lo trascendente, los cuidados paliativos, la promoción del confort y el control adecuado de los signos y síntomas, asociados a la posibilidad de morir en casa. **Conclusión:** La dignidad se entendió como el respeto a la autonomía y los deseos de los pacientes. Aunque subsistan los retos para promoverla al final de la vida, los cuidados paliativos y el entorno doméstico se reconocen como fundamentales para ofrecer confort y preservar la dignidad.

Descriptor:

Cuidado Terminal. Respeto. Derecho a Morir. Personal de Salud. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O final de vida refere-se à fase do adoecimento em que ocorre declínio orgânico e funcional progressivo, com sintomas refratários e prognóstico limitado. Nessa etapa, deve-se priorizar o conforto, por meio do alívio do sofrimento e pela oferta de cuidados paliativos (CPs), uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pessoas que convivem com doenças que ameaçam a continuidade da vida e de seus familiares.⁽¹⁻²⁾

Os CPs são implementados a partir de estratégias focadas no alívio de sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.⁽³⁾ Um consenso realizado por especialistas internacionais recomenda sua oferta precocemente, desde o momento do diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida até o acompanhamento de familiares durante o luto.⁽⁴⁾

A necessidade de CPs é globalmente alta; estima-se em 40 milhões o número de mortes anuais de pessoas que requerem esses cuidados.⁽⁵⁾ Em 2017, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitaram de CPs em todo o mundo, sendo que quase metade delas estava em seu último ano de vida.⁽⁵⁾ No Brasil, em 2019, esse número superou 885 mil pessoas, indicando uma alta taxa de mortalidade com sofrimento não aliviado, sendo que somente em 2024 foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).⁽⁶⁻⁷⁾

A PNCP destaca a importância estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização dos CPs na rede de atenção à saúde. Uma de suas diretrizes é o fortalecimento da APS, preconizando-a como coordenadora do cuidado, sendo atribuição deste nível dispor de ações de saúde em CPs tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios.⁽⁷⁾

A APS configura-se como a principal modalidade de acesso aos serviços de saúde no Brasil e oferece, por meio de ações da equipe multidisciplinar, cuidados essenciais ao indivíduo, à família e à comunidade direcionadas à promoção e recuperação da saúde. Neste âmbito, é realizado o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, bem como suporte às demandas físicas, emocionais, espirituais e sociais, de acordo com o preconizado pelos CPs.⁽⁸⁾

A implementação de CPs na APS, embora essencial para o acompanhamento integral e longitudinal da pessoa com agravo crônico, enfrenta desafios significativos. Entre estes, destacam-se a escassez de recursos, a inadequada capacitação profissional para a aplicação de seus princípios e a resistência cultural ao cuidado de pacientes em fase final de vida, impactando diretamente no cuidado ofertado e na dignidade.⁽⁸⁾

A dignidade pode ser definida como um valor absoluto que qualifica a pessoa humana, tendo como princípio a garantia de uma existência virtuosa. Essa valoração permite tornar o homem digno por ser dotado de essência advinda da humanidade, tornando-o capaz de tomar as próprias decisões e manifestar as próprias vontades de maneira deliberada e consciente, ou por meio de seus responsáveis.⁽⁹⁾

Mundialmente, a dignidade foi reconhecida, em 1948, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos como uma característica ou direito inerente a todos os indivíduos, os quais são considerados igualmente livres.⁽¹⁰⁾ No Brasil, a dignidade é assegurada pela Constituição Federal, que determina a não exposição de qualquer pessoa à tortura ou a práticas degradantes e desumanas, por ser compreendida como sujeito de direito.⁽⁹⁾ Assim, a garantia da dignidade traz consigo direitos, dentre eles à saúde, à assistência, à vida, ao respeito, à liberdade e igualdade considerando que o homem é superior a todos outros seres por ser munido de consciência e capacidade racional.⁽¹⁰⁾

Nesse sentido, promover uma vida digna implica reconhecer e valorizar a individualidade de cada pessoa, com respeito aos seus valores, assegurando-lhe participação ativa nas decisões sobre o próprio cuidado. Ao mesmo tempo, promover uma morte digna é garantir um fim de vida com o mínimo ou sem sofrimento, preservando a autonomia e respeitando a biografia da pessoa.⁽¹¹⁾

Por isso, compreender a finitude como um processo natural aproxima-se do princípio bioético da não maleficência, considerando que evitar intervenções potencialmente inapropriadas e fúteis é uma forma de respeito à pessoa, por não submetê-la a tratamentos que produzem condições indignas de existência.

Nesse contexto, faz-se importante a reflexão do profissional de saúde acerca de suas próprias crenças e cultura, entendendo que elas não devem ser confundidas com aquelas da pessoa cuidada e de sua família. Essa postura pode favorecer o processo de tomada de decisão compartilhada no final da vida, tendo como base a dignidade e os desejos da pessoa como ponto de partida para as condutas.⁽³⁾

Portanto, faz-se necessário vislumbrar ações assistenciais necessárias à manutenção da dignidade ofertadas pelas equipes de saúde às pessoas que estão em final de vida e no domicílio. Visa-se, assim, oferecer maior atenção às questões referentes à finitude, bem como incorporar à prática assistencial uma

nova perspectiva sobre tais questões, objetivando proporcionar maior qualidade assistencial e preservar a dignidade no final da vida.

Frente ao exposto, este artigo tem por objetivo compreender as percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a dignidade no final da vida.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, realizado entre outubro e novembro de 2022. O método da pesquisa foi descrito baseado no guia Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ), em sua versão traduzida e validada para o português.⁽¹²⁾ Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com doze profissionais de saúde atuantes em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) reconhecidas como Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município no Sul do Brasil.

A responsável pela condução das entrevistas era do sexo feminino, graduanda em Enfermagem, no momento da coleta, com experiência em pesquisa qualitativa por ter realizado atividade de iniciação científica. Para o presente estudo, foram realizadas pelo menos três entrevistas sob supervisão da orientadora, Doutora em Enfermagem e docente da universidade, a fim de garantir a correta produção dos dados.

A seleção dos participantes ocorreu por amostragem não probabilística, especificamente pela técnica bola de neve.⁽¹³⁾ A primeira participante foi uma informante-chave abordada pessoalmente, que atuava no local em que a primeira autora do artigo estava realizando estágio curricular obrigatório. Após a primeira entrevista foi solicitada a indicação de outro profissional de saúde da APS, sendo necessário que atuasse em unidade reconhecida como ESF, e assim consecutivamente. O cenário final, composto por cinco UBS, justifica-se pela técnica de seleção adotada e pelo alcance da saturação dos dados.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde com idade mínima de 18 anos; apresentar capacidade de comunicação verbal; e atuar no serviço há pelo menos três meses – período considerado suficiente para a ambientação e atuação no serviço de saúde junto a pacientes que possuíam doenças ameaçadoras da vida. E os critérios de exclusão foram profissionais que estivessem em afastamento laboral ou em férias no momento da pesquisa.

Os profissionais indicados de outras UBS, foram contatados e convidados por aplicativo de mensagens, momento em que a primeira autora se apresentava, explicando os objetivos da pesquisa e o interesse em realizar a entrevista. Ao todo, 22 profissionais foram elegíveis e convidados para participar da pesquisa. Destes, dez recusaram-se a participar, nove enfermeiras e uma agente comunitária de saúde (ACS), as quais justificaram a recusa pela demanda excessiva e carga de trabalho. Sendo assim, 12 profissionais participaram da pesquisa.

Após o aceite, as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos profissionais, ocorrendo presencialmente em locais reservados nas próprias unidades de saúde. As entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho das participantes, em local privado com a pesquisadora, sendo gravadas em áudio por meio de um dispositivo que capta, armazena e proporciona posterior análise de registros sonoros, com duração variando entre 12 e 50 minutos, sendo os registros destruídos após transcrição das entrevistas. Destaca-se que não houve necessidade de repetição de entrevistas e não foram realizadas notas de campo.

Para a condução das entrevistas foi utilizado um protocolo constituído por questões sobre assistência às pessoas com doença grave e avançada, com risco de óbito, sendo: Nos casos de pacientes com doença grave e avançada, com risco de óbito, o que você percebe que a doença afeta em termos físicos, psicológicos, sociais e espirituais? Você poderia me dizer o que, para você, significa dignidade? Nos casos de pacientes com doença avançada, próximos de ir a óbito, o que você acredita ser dignidade? O que você considera uma morte digna? No seu fazer profissional, o que você considera como fator facilitador de ações de cuidado que promovam a dignidade desses pacientes? E o que você considera como fator dificultador de ações de cuidado que promovam a dignidade desses pacientes? Você pode me descrever ações de cuidado que a equipe realiza para promover a dignidade de pacientes nessas condições que estão sob o acompanhamento de vocês?

A análise qualitativa dos dados respeitou as etapas propostas por John Creswell.⁽¹⁴⁾ Essas etapas correspondem à organização e preparo dos dados, à leitura dos dados coletados, à análise detalhada e codificação dos dados, à categorização dos códigos criados, ao relato das informações de modo narrativo e à interpretação ou extração dos significados dos resultados, por meio da inferência do pesquisador.⁽¹⁴⁾

A cada entrevista realizada, a primeira autora realizava as transcrições em documento de texto, que, no final, totalizou 95 páginas, as quais foram revisadas pela orientadora da pesquisa, segunda autora

deste artigo. As transcrições mantiveram a individualidade das participantes, sendo relatadas todas as expressões e realizada somente a supressão de gírias, vícios de linguagem e repetição de palavras para facilitar a compreensão. Estas foram organizadas anonimamente, armazenadas em nuvem, ficando somente de propriedade da primeira autora e orientadora do estudo. Não houve devolução da transcrição das entrevistas aos participantes. No que concerne à saturação de dados, a mesma foi discutida e no momento em que se identificou repetição entre as respostas, optou-se por finalizar a coleta.

Os documentos foram organizados na plataforma de gerenciamento de documentos do Google e codificados pela primeira autora do trabalho, sob supervisão e pactuações com a orientadora, por meio do programa Atlas.ti em sua versão gratuita, disponível para estudantes utilizarem pelo período de cinco dias. A escolha do software se deu por meio das suas funcionalidades e facilidades de uso, o qual permite a importação de documentos e organização de códigos para criação de categorias.⁽¹⁵⁾

Foram construídos 21 códigos atribuídos a 237 discursos dos participantes extraídos das entrevistas. Por meio dos códigos realizou-se a construção dos agrupamentos de quatro subcategorias e duas categorias, derivadas dos dados e aproximação temática. Neste artigo privilegiou-se uma categoria para a apresentação dos resultados: Percepções de dignidade para profissionais de equipes da Atenção Primária em Saúde. O Quadro 1 sistematiza os códigos adotados para a definição das subcategorias da categoria temática que será apresentada.

Quadro 1. Apresentação da categoria, subcategorias e códigos. Pelotas, RS, Brasil, 2022.

Códigos	Subcategorias	Categoria
Modificações pela doença	<i>Transformações diante do final da vida e sua relação com dignidade</i>	<i>Percepções de dignidade para profissionais de equipes da Atenção Primária em Saúde</i>
Modificações físicas		
Modificações psicológicas		
Modificações sociais		
Modificações espirituais		
Sentimento cuidado		
Dignidade para si	<i>Significados de dignidade</i>	
Dignidade pacientes		
Menção a Deus		
Cuidados Paliativos		

Fonte: autores (2026).

No que tange aos resultados do estudo, ressalta-se que foi feita devolutiva para o Núcleo Municipal de Gestão da Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), por meio de apresentação e resumo executivo, o qual também foi enviado aos participantes do estudo.⁽¹⁶⁾ Para realização da pesquisa foi respeitada a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer nº 5.651.793 e aceite dos participantes via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre as 12 participantes entrevistadas, cinco eram enfermeiras, quatro eram médicas, duas eram técnicas de enfermagem e uma ACS. Todas as participantes eram do sexo feminino, com idades entre 30 e 55 anos. Em relação à experiência profissional na UBS, o tempo de serviço variou entre oito meses e 20 anos. Todas tinham experiência com APS e em relação à especialização em CPS, duas enfermeiras estavam realizando curso de especialização, uma médica teve contato durante a faculdade com a temática e a ACS participou de uma capacitação sobre CPs realizada por estudantes no próprio serviço.

A seguir, apresenta-se as subcategorias construídas: Transformações diante do final da vida e sua relação com dignidade e Significados de dignidade.

Transformações diante do final da vida e sua relação com dignidade

Esta subcategoria contempla as modificações decorrentes da doença e a relação com a dignidade - não necessariamente em ordem, uma vez que, durante as entrevistas, os temas emergiram de forma espontânea nas narrativas. Essas modificações foram atreladas à dimensão física, como alterações no corpo e nas capacidades funcionais; à dimensão psicológica, relacionadas às emoções, pensamentos e saúde mental; à dimensão social, que envolvem mudanças nas relações interpessoais, no trabalho e na vida cotidiana; à dimensão espiritual, ligadas às crenças, valores e busca de sentido; além do sentimento de cuidado.

As participantes relataram o impacto das transformações decorrentes da doença avançada no cotidiano de pessoas em final de vida, evidenciando os desafios e as limitações vivenciadas. Também ressaltaram os sentimentos envolvidos no cuidado ofertado e associaram o final de vida às doenças graves e avançadas, especialmente ao câncer. Observou-se ainda, em algumas falas, a surpresa diante do diagnóstico de câncer, a percepção sobre a doença ser frequentemente relacionada à fragilidade e à perda de resistência.

A maior parte dessas doenças que podem levar a óbito, desses diagnósticos, é o câncer. [...] Fisicamente a pessoa fica extremamente debilitada [...] quem tem uma doença grave [...] fica constantemente pensando, principalmente nos primeiros momentos do diagnóstico, que tu vai morrer. (Entrevistada 10)

[...] o que causa mais é câncer, que é a doença mais grave assim que eu tenho. [...] (Entrevistada 5)

[...] a gente teve uma paciente, que veio até a falecer, faz 15 dias [...] ela veio ano passado na UBS com queixa de diarreia, intercalado com fezes normais, pedimos uma colonoscopia e veio um câncer de intestino a gente mandou pro CERON [Centro de Radioterapia e Oncologia], fez tratamento, cirurgia e ela tava super bem, aí acabou que não resistiu. (Entrevistada 7)

Observou-se dificuldade na aceitação da terminalidade de pessoas jovens, bem como a indicação do constrangimento vivenciado por indivíduos que se encontram dependentes de cuidados.

Tem situações que são mais de terminalidade de final de vida e a gente aceita com mais facilidade o fim da vida. Tem pacientes mais jovens que se encontram em estado terminal por determinada doença, por exemplo um câncer, que tem bastante caso aqui na unidade, no nosso território. Aí é mais difícil, né? (Entrevistada 11)

[...] eu acho que o pior de tudo pro paciente, é aquele o acamado, tu depende de outra pessoa pra alimentar, o banho, troca de fralda, eu acho que isso aí é constrangedor [...] às vezes não é nem uma idade avançada, porque também têm pacientes jovens nessa situação. (Entrevistada 8)

Em relação às modificações físicas, foram mencionadas a perda de autonomia, a debilidade geral e as dificuldades para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Eles começam a perder a autonomia, geralmente quando eles não conseguem mais realizar as atividades de vida diária, sozinhos... ou ir ao banheiro, ou se vestir, calçar o sapato, tomar um banho. (Entrevistada 12)

[...] quando tem esse tipo de paciente, normalmente eles já não falam mais. (Entrevistada 3)

Muitas delas não conseguem se alimentar, tem dificuldade para eliminações, para evacuar, muitas precisam de sonda e a gente também faz essa troca de sonda nesse tipo de paciente. Tem dor, muitas queixam de dor, mesmo já medicadas até com morfina. (Entrevistada 11)

No que se refere às modificações psicológicas, destacou-se o abalo emocional, a dificuldade dos pacientes em externar seus sentimentos, bem como as limitações para avaliar o estado psicológico e estabelecer comunicação com eles.

Tem casos de pessoas que não conseguem (se comunicar) porque fica alguma sequela de AVC (acidente vascular cerebral) que aí não consegue ter uma comunicação, para dizer o quanto tá ruim, o quanto elas tão com medo..., mas quando as pessoas estão na sua sã consciência daí elas referem que não querem morrer, que não querem deixar seu familiar, seu filho, seu neto. É bem complicado, assim, pra tu dar suporte pra uma pessoa que tu sabe que não tem muito o que tu falar que vai confortar né. (Entrevistada 11)

No que tange às modificações sociais provocadas pela doença, foi mencionada a redução da sociabilidade, bem como o comprometimento das condições e necessidades econômicas.

[...] acaba que gera um pouco de depressão também, que já não quer contato mais, às vezes nem com familiar né. Com amigos, sair pra rua... eu sempre digo “ah tem que botar a cadeira, vamos sair, vamos pro sol” mas isso realmente dá um declínio bem importante assim. (Entrevistada 7)

As questões sociais também, aquela coisa de como é que a família te vê... “eu era uma pessoa ativa, na minha comunidade, na minha igreja, onde for né, no meu grupo familiar eu não sou mais, sou dependente, tô restrito à minha casa, caminho com dificuldade, com auxílio de muleta”. (Entrevistada 12)

As participantes relataram a influência das condições econômicas dos pacientes e de seus familiares no tratamento, no suporte oferecido e no controle dos sintomas.

[...] As famílias que possuem um lado financeiro mais abundante têm condições muitas vezes de dar um suporte melhor pro paciente. (Entrevistada 4)

Também, eu acho que complica muito porque demanda dinheiro, tudo. Questão de alimentação, se tem que ter alguma alimentação específica, é questão de fralda, é questão de colchão, de acomodação da casa, muitos precisam de cama mais alta, hospitalar, se não consegue empréstimo, que é difícil às vezes, ter o empréstimo[...].

Então tem gente que não tem remédio, dinheiro pra comprar. Quando tu tem dinheiro tudo se torna mais fácil pelo menos, nesse sentido, precisou de uma coisa, daí tu vai lá e ameniza, dá um conforto [...]. (Entrevistada 11)

Ademais, manifestaram dificuldades em abordar os aspectos espirituais junto aos pacientes.

Ah, acho que o medo de morrer né? Acho que pra todo mundo, tendo uma religião ou não é complicado, acho que quem tem uma religião consegue se apoiar mais em alguma coisa, ter um apoio e uma esperança. (Entrevistada 9)

Pior que me falta conhecimento mesmo pra saber dessas questões, porque eu tive pouco contato com isso e os pacientes que eu tive eles não falam, não têm isso, então fica difícil avaliar. (Entrevistada 3)

Significados de dignidade

Nesta subcategoria, são abordados os temas relacionados à dignidade para si, evidenciando a forma como o indivíduo percebe seu próprio valor e respeito, bem como a dignidade do paciente, associada ao modo como é tratado no contexto do cuidado em saúde. Também se discorre sobre a menção a Deus, à espiritualidade e às crenças como fonte de significado e apoio, além dos CP, compreendidos como práticas voltadas à promoção do conforto, do alívio do sofrimento e da qualidade de vida diante da doença.

Pra mim, dignidade é tu poder enfrentar cada etapa da tua vida de uma forma saudável, tanto física, como psíquica, como espiritual. É ter o direito de viver e de morrer dentro de condições, pelo menos, razoáveis. Poder viver os momentos da tua vida em paz. Poder ter uma vida...tu pode ter uma vida simples, pode ter uma vida com poucos recursos materiais, mas se tu tiver paz e tu tiver o mínimo, para tua sobrevivência, que tu consiga cumprir com o que tu tem necessidade, as necessidades básicas, e que tu consiga morrer de uma forma digna, com assistência à saúde, com a tua família ao teu lado, com o tratamento que tu tem necessidade, eu acho que isso se chama dignidade [...] (Entrevistada 2)

[...] acho que é tu ser respeitado, no teu físico, a questão social, psicológica[...]. É ter o mínimo que tu precisa pra sobreviver, ter uma vida digna. Não só pra sobreviver né, mas pra ter uma vida boa, uma vida agradável, uma coisa nesse sentido. Que tu seja respeitado, não precise estar mendigando nada... não apenas sobreviva né, mas uma existência que tenha algum sentido, algum significado. (Entrevistada 9)

[...] agora vou abordar o cuidado paliativo... é aquela função do tratamento impecável da dor e dos sintomas. [...] Então eu acho que falando em dignidade, assim, perto da morte, a gente tem que tirar a dor. Depois disso, o alívio dos [demais] sintomas. (Entrevistada 12)

Também envolveram o controle de sinais e sintomas, além do acesso às condições básicas de existência, como a alimentação, os serviços e os profissionais de saúde.

Eu acho que é não sentir dor, estar sempre bem higienizado, com as necessidades básicas atendidas, ter conforto, independente se seja na morte ou na vida, ser tratado com respeito, seguir a todas as questões de direitos humanos[...] não usar a pessoa como teste, como às vezes acontece em hospital em que vão “tentar entubar”. (Entrevistada 3)

Em relação à doença, dignidade é tu ser bem atendido por um médico, por um profissional de saúde, seja numa UBS [unidade básica de saúde], num Pronto Socorro, numa UPA [Unidade de Pronto Atendimento], num ambulatório, não ficar horas esperando numa cadeira, ter um leito quando tu precisa...[...] Acho que um atendimento digno passa pela atitude do profissional de te respeitar, não te julgar... e também estrutura de atendimento[...] Se for em casa ter um lugar adequado pra dormir, pra comer, ter comida, ter banho, ter alguém que cuide. (Entrevistada 9)

Ainda, a dignidade esteve atrelada à possibilidade de morrer em casa, à ausência de sofrimento, ao não abandono, ao respeito à autonomia e à manutenção da percepção de si.

[...] familiares a gente vê, "Ah, deixar em casa? Morrer em casa?" eu acho que a morte mais digna pra um paciente que não tem nenhuma perspectiva de mudar o desfecho é estar no conforto com a família, estar com as pessoas que conhece... [...] Eu acredito que deva ser muito mais digno esse ambiente. [...] Até o paciente não tanto, mas os familiares a gente vê muito ainda com essa ideia de que tem que fazer tudo, não percebem que nem sempre isso é digno né, e aí a pessoa vai pra dentro de uma UTI, sozinha. (Entrevistada 10)

Dignidade mais assim é a pessoa não morrer sozinha. A gente sabe que o câncer acaba consumindo também quem está perto, mas é isso só de não ser abandonado e sozinho... simplesmente não ter ninguém do seu lado ali pra dar um conforto e um apoio. Ter a dignidade de ter alguém que possa estar lá contigo nos seus últimos dias, é sempre bom. (Entrevistada 5)

Eu entendo como uma morte sem dor, sem tanto sofrimento, porque alguma coisa tu não consegue minimizar tanto ao ponto da pessoa não ter nenhuma dor, nenhum desconforto, nenhuma ansiedade. Mas eu acredito assim, minimizar o máximo possível dor, desconforto, angústia, que a pessoa entenda e consiga se manter serena naquela fase que ela tá se percebendo, quanto consegue se perceber, sem volta [...]. (Entrevistada 11)

A gente não usa ainda as diretivas antecipadas de vontade aqui, mas a gente procura fazer um acordo de cavalheiros com a família. [...] Eles não querem [saber sobre o prognóstico], têm uma esperança de cura, mesmo frente a uma doença bem grave. (Entrevistada 12)

Por fim, algumas profissionais fizeram menção a Deus, seja a partir das falas dos pacientes, seja durante seus próprios relatos.

Eles têm esperança que vão curar, é Deus, aquela função toda. (Entrevistada 12)

[...] graças a Deus ela conseguiu se recuperar, mas ela teve que fazer o tratamento. (Entrevistada 5)

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que o final de vida é compreendido como um período de profundas transformações, marcado por sofrimento, perda de autonomia e proximidade da morte, com impactos físicos, psicológicos, sociais e econômicos para pacientes e famílias. Nesse contexto, a dignidade foi

entendida como a preservação da autonomia, do conforto e do controle da dor, bem como a garantia de cuidados que possibilitem morrer sem sofrimento, preferencialmente em casa e junto aos familiares.

Este estudo identificou a dificuldade dos profissionais em abordarem e acompanharem pessoas com doenças avançadas na APS, sobretudo aquelas acometidas pelo câncer. Por ser uma doença complexa, com prognósticos imprevisíveis e que evoluem de maneiras distintas, implica desafios tanto para os profissionais desse nível de atenção, quanto para os pacientes e seus familiares.⁽¹⁷⁾

Em relação ao final de vida, as profissionais entrevistadas reproduziram a máxima social de que ele é mais aceitável quando chega durante a velhice. Corroborando este achado, pesquisa conduzida com profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva revelou que em pessoas jovens a terminalidade é mais assustadora, sendo a idade um fator que desencadeia mais pensamentos e reflexões sobre a dificuldade de aceitação nesses casos.⁽¹⁸⁾ Esse entendimento revela como a idade opera como um marcador moral da morte, naturalizando a terminalidade na velhice e tornando o fim da vida em pessoas jovens socialmente mais perturbador.

Ainda, percebeu-se recorrência nas menções sobre aspectos relacionados à mobilidade física prejudicada, eliminações fisiológicas e redução da capacidade para realizar atividades básicas da vida. Acredita-se que essas são responsáveis por impactar diretamente na autonomia e, conseqüentemente, na dignidade do paciente. Nesse sentido, estudo que investigou o impacto da perda de autonomia pessoal na angústia relacionada à dignidade, sugere que, quando a autonomia é diminuída, há aumento de sofrimento e perda de sentido existencial para o paciente, impactando, conseqüentemente, na percepção da dignidade.⁽¹⁹⁾

A promoção da dignidade tem como ponto de partida o reconhecimento da autonomia do indivíduo. Para que essa autonomia possa ser efetivamente exercida, é necessário que existam opções de escolha sobre aquilo que lhe seja mais benéfico, sejam elas de natureza biológica, social ou psíquica. Nos casos em que a autonomia se encontra reduzida, torna-se dever protegê-la, assegurando que as opiniões e escolhas do sujeito sejam consideradas, desde que não causem prejuízo a terceiros.⁽²⁰⁾

Ainda, esta pesquisa evidenciou a fragilidade dos profissionais quanto à oferta de suporte aos pacientes com comunicação prejudicada, principalmente pela dificuldade em acessar suas expressões, emoções e desejos. Corroborando com os achados, estudo identificou que pacientes atendidos por equipes de CP apresentavam desafios na comunicação.⁽²¹⁾ Para aprimorar e/ou efetivar a comunicação com os pacientes comprometidos, os profissionais de saúde devem buscar alternativas como gestos, escrita, desenhos ou códigos específicos, a fim de melhorar essa troca para consolidar a compreensão do paciente sobre o seu contexto de saúde.⁽²²⁾

Além disso, as entrevistadas perceberam que a doença provoca mudanças no reconhecimento de quem a tem e gera incertezas sobre seu papel social. A literatura concorda em que, a partir do diagnóstico de uma doença grave e avançada, existem modificações no modo de convivência que fazem com que a pessoa se restrinja ao seu local, muito devido ao desânimo e ao declínio funcional. Entretanto, esse sintoma não deve ser ignorado e o suporte social pode ser viabilizado por grupos de apoio e fortalecimento das relações pessoais, contribuindo no gerenciamento de sintomas e assistência nas atividades de rotina durante o adoecimento.⁽²³⁾

Para além, a oferta de conforto, nesta pesquisa, foi diretamente relacionada à situação financeira dos pacientes. O acesso a recursos materiais, medicamentos e serviços depende das condições socioeconômicas, as quais são determinantes para a promoção da dignidade e qualidade do final de vida. Estudo apontou que fatores como o baixo nível de escolaridade e piores condições socioeconômicas estão diretamente relacionados à perda da capacidade física e declínio funcional entre idosos, sendo o menor acesso aos serviços de saúde um dos fatores decisivos.⁽²⁴⁾ Ainda, a baixa renda e o baixo nível de escolaridade são determinantes sociais de saúde relacionados à redução da sobrevida e ao aumento de diagnósticos tardios, prejudicando a manutenção da dignidade durante o final de vida.⁽²⁵⁾

No que tange às questões espirituais, nota-se que há influência direta entre as crenças e o modo como será realizado o enfrentamento à doença, mas, em alguns casos, existe dificuldade em falar sobre o assunto pelo receio de adentrar em aspectos da singularidade dos pacientes. Corroborando, abordar a religiosidade e a espiritualidade pode ser considerado desafiador para os profissionais de saúde, não só pela escassez de modelos que as avaliem, capacitação e preparo dos profissionais, mas também pelo tempo disponível e sobrecarga de trabalho.⁽²⁶⁾ Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde amparem os pacientes e seus familiares a partir das crenças, principalmente quando as crises existenciais, que fazem parte do processo de final da vida, se acentuam.⁽²⁷⁾

Além disso, o recurso a Deus enquanto transcendente que fornece apoio e suporte, conforme constatado no presente estudo, converge com um estudo realizado com pacientes em CPs internados em uma unidade de oncologia, que identificou que a maioria das pessoas entrevistadas possuíam religião e que a crença em um ser superior, a manutenção da fé e práticas religiosas foram importantes pilares para o enfrentamento da doença grave, dando mais sentido à sua vida e trazendo mais conforto.⁽²⁸⁾

Ainda, esta pesquisa demonstrou que o cuidado e o significado de dignidade são influenciados pela relação entre a experiência pessoal e profissional. A partir das falas apreendeu-se que cuidar de alguém morrendo é desafiador, sobretudo na APS, considerando as atribuições. Além disso, mostrou não ser um cuidado rotineiro nesse nível de atenção. Em contrapartida, estudo realizado com profissionais atuantes na atenção domiciliar demonstrou que existe percepção de uma morte natural e bela, em que os pacientes podem estar próximos à família, recebendo suporte social e espiritual. Os profissionais mostraram-se disponíveis para ajudar na tomada de decisões e fornecer esclarecimentos. Entretanto, a dificuldade reconhecida foi no lidar com a finitude, considerando-se mais fácil quando a pessoa entende seu prognóstico.⁽²⁹⁾

Neste estudo, a palavra dignidade esteve associada ao respeito pelo mínimo que cada um necessita para sobrevivência, bem como o respeito aos direitos ao justo que cada um merece. O Estado é determinante na promoção da dignidade das pessoas, pois lança, ou deveria lançar, estratégias em níveis sociais, políticos, econômicos e culturais que qualificam o processo de morrer e a morte. Dessa forma, viabilizar dignidade permite oferecer condições humanizadas durante o adoecimento para que a pessoa se sinta confortável para vivenciar uma morte digna.⁽³⁰⁾

Ainda, a dignidade esteve relacionada aos CPs, ao apoio familiar, ao controle adequado da dor, ao morrer em casa e à não submissão a práticas invasivas que prolonguem o sofrimento. Quanto aos CPs, caracterizam-se pelo cuidado individualizado e humanizado, que tem como objetivo aliviar o sofrimento, olhar o indivíduo para além da doença, com foco na promoção da qualidade de vida a partir da atuação multidisciplinar.⁽³¹⁾ Nesta pesquisa, a ativação desse tipo de cuidado ocorreu justamente por sua proposta de enfrentamento do sofrimento em sua dimensão multidimensional.

No que se refere ao morrer em casa, tornou-se evidente que essa possibilidade depende diretamente da existência de uma rede estruturada de assistência domiciliar e da atuação de equipes especializadas em CPs, cuja ausência frequentemente inviabiliza essa experiência ou a transfere, de forma inadequada, para a responsabilidade exclusiva da família. Além disso, algumas situações impedem a permanência do paciente no seu domicílio, dentre elas a incapacidade familiar para acompanhar o processo de morrer até o fim, a dificuldade para manter os acordos de permanência domiciliar, a falta de recursos disponíveis para assegurar conforto e as questões burocráticas envolvidas após a morte do paciente no domicílio.^(31, 32)

O apoio de familiares e amigos no momento final da vida mostra-se central para a manutenção da dignidade dos pacientes, sobretudo quando esta é compreendida a partir do não se sentir abandonado e do não morrer só, significados evidenciados nesta pesquisa. Autores colocam que o fortalecimento da rede de apoio é fundamental, além de ser uma estratégia de enfrentamento do adoecimento que auxilia o paciente no ajuste das questões físicas e emocionais.⁽³³⁾ Além disso, ter pessoas de confiança presentes, que colaborem na promoção do conforto, associado ao preparo profissional para amparar os envolvidos, otimiza o cuidado e permite que os pacientes tenham redução na carga de sofrimento.⁽³⁴⁾

Corroborando, estudo realizado com pacientes oncológicos que recebiam CPs por meio de um serviço de internação domiciliar evidenciou que, dentre os desejos de final de vida, destacava-se o anseio de permanecer próximos à família, visando aproveitar seus últimos dias de forma mais plena. Além disso, consideraram que a morte representa separação e isso gerava sentimento de angústia. Dessa forma, ressaltou-se que o amparo a essas pessoas é fundamental para proporcionar as despedidas e reduzir a solidão, garantindo dignidade.⁽³⁵⁾

Assim sendo, destaca-se que este estudo trouxe contribuições importantes para o aprofundamento do conhecimento sobre os significados atribuídos à dignidade no final da vida por profissionais da Atenção Primária à Saúde. As narrativas evidenciaram a valorização da manutenção da dignidade durante a finitude, com ênfase no respeito à individualidade, na preservação da autonomia, no controle de sinais e sintomas, no não abandono e na importância de possibilitar que o paciente permaneça em seu ambiente domiciliar.

Nesse sentido, as implicações práticas dos achados apontam para a necessidade de qualificar e fortalecer as práticas de cuidado na APS, com enfoque na promoção da dignidade no final da vida. Ressalta-

se a importância da integração efetiva dos CP às ações da atenção primária, da valorização do cuidado domiciliar e do investimento na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, bem como do aprimoramento de políticas públicas que sustentem uma rede de atenção capaz de responder às demandas do cuidado no fim da vida.

Em contrapartida, é importante reconhecer as limitações durante o desenvolvimento do estudo, entre as quais se destaca o número reduzido de participantes, o que pode ter restringido a diversidade de pontos de vista sobre dignidade no final da vida. Além disso, a realização da pesquisa em um cenário restrito, com recursos específicos, limita a possibilidade de generalização dos achados para outras realidades com diferentes contextos estruturais e organizacionais. Dessa forma, esta pesquisa instiga outros pesquisadores a realizarem futuros trabalhos que abordem mais profissionais e de diferentes cenários com o objetivo central de compreender quais ações para promoção da dignidade no final da vida são possíveis tendo em vista as percepções sobre dignidade apresentadas.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou compreender as percepções sobre dignidade no final da vida na perspectiva dos profissionais de saúde atuantes na APS. A promoção da dignidade no final da vida apresenta-se como um desafio neste contexto. Os resultados indicam que a fase final da vida é um processo de significativas transformações nos aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais dos pacientes.

Essas transformações podem implicar em sofrimento, marcado pela perda da autonomia e consequente dependência de terceiros. Ademais, o abalo emocional, as dificuldades em expressar sentimentos e os desafios na comunicação também contribuem para modificações na dignidade percebida, tanto pelas pessoas doentes, quanto pelos profissionais de saúde e familiares em relação a elas.

Constatou-se a preponderância do respeito às decisões e da salvaguarda da autonomia dos pacientes. Nesse panorama, os cuidados paliativos assumem relevância, possibilitando que o paciente encontre conforto e alcance uma terminalidade digna em seu domicílio. Para a efetivação desse intento, torna-se imperativo o aumento do número de profissionais qualificados para dispensar um cuidado respeitoso a essa população. Diante disso, é fundamental que a temática da finitude seja mais investigada em estudos subsequentes, aprofundando o conhecimento sobre essa vivência no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Silva NK, Cordeiro FR. Coleta dos dados: Silva NK. Análise e interpretação dos dados: Silva NK, Cordeiro FR, Blumentritt JB, Rodrigues JMS. Redação do artigo ou revisão crítica: Silva NK, Cordeiro FR, Blumentritt JB, Rodrigues JMS. Aprovação final da versão a ser publicada: Silva NK, Cordeiro FR, Blumentritt JB, Rodrigues JMS.

REFERÊNCIAS

1. D'Alessandro MPS, Barbosa LC, Anagusko SS, Maiello APMV, Conrado CM, Messias AA, editores. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; 2023. Acesso em: 25 dez. 2025. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao.pdf>.
2. World Health Organization (WHO). Palliative Care. 2020. Acesso em: 23 dez. 2025. Disponível em: <https://portal.ct.gov/-/media/departments-and-agencies/dph/government-relations/palliative-care-agenda-and-minutes/2018-working-def-of-palliative-care.pdf>.
3. Vidal EIO, Kovacs MJ, Silva LM, Sacardo DP, Bersani, ALF, Di Tommaso ABG, et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022; 38(9):1-10. DOI: 10.1590/0102-311XPT130022.
4. Radbruch L, Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care- A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020; 60(4): 754-764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

5. Ministério da Saúde (BR). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PlanificaSUS: Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2023.
6. Rodrigues, LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022; 38(9): 1-8. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
8. Costa ACX, Firmiano VR, Milagres AO, Lopes JC, Maciel JDV. Cuidados Paliativos na Atenção Básica: Um Olhar para a Humanização. *Cedigma* [Internet]. 2025; 3(5):27-31. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14927701>.
9. Silva RS. Dignidade humana. 1ª ed. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Campilongo CF, Gonzaga AA, Freire AL, coordenadores. Tomo: Direitos Humanos. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2022. Acesso em: 8 jun. 2025. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/507/edicao-1/dignidade-humana>.
10. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Acesso em: 23 dez. 2025. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
11. Zanlorenzi AC, Utida ARS, Perini CC. Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: uma revisão integrativa. *Rev latinoam bioét* [Internet]. 2023; 23(1):27-43. Acesso em: 23 dez. 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1536508>.
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [Internet]. 2021; 34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
13. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Receu* [Internet]. 2021.; 22(1): 105-117. DOI: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>.
14. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
15. Atlas ti. Scientific Software Development GmbH. 2025. Acesso em: 25 dez. 2025. Disponível em: https://atlasti.com/free-trial-version?utm_source=google&utm_medium=search_paid&utm_campaign=atl_all_go_b2c_acq_brand&utm_content=atl_all_go_b2c_acq_brand_high_intent&utm_ad=775477870446&utm_term=atlas.ti%20download&matchtype=b&device=c&GeoLoc=9102297&placement=&network=g&adset_id=186344881816&ad_id=775477870446&kw=atlas.ti%20download&cpn=23043727632&gad_source=1&gad_campaignid=23043727632&gbraid=0AAAAApc8-YAPbbjDKrRgWUKS3S_u7OBQ_&gclid=CjwKCAiA3rPKBhBZEiwAhPNFQHVnzfvEyGgXmOG39NQ82VT9-feS2X9wa4lcEiHJZFoLL_FW-VwF8RoCj3QQAvD_BwE.
16. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Dignidade no final de vida: experiências dos profissionais das equipes da atenção primária em saúde- Resumo executivo. 2023. Acesso em: 25 dez. 2025. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/francielefrc/files/2024/04/resumoexecutivonataniele.pdf>.
17. Temporão JG, Santini LA, Santos ATC, Fernandes FMB, Zoss WP. Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2022; 38(10):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT006122>.

18. Hammerschmidt CM, Morais G, Machado M, Neto AFES, Abrocesi S. Sentimentos dos profissionais da equipe de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *Delos* [Internet]. 2024; 18(63):1-14. DOI: 10.55905/rdelosv18.n63-059.
19. Bovero A, Botto R, Mellano E, Gottardo F, Berchialla P, Carletto S, Geminiani GC. Loss of Personal Autonomy and Dignity-Related Distress in End-Of-Life Cancer Patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2024; 41(2):179-186. DOI: 10.1177/10499091231166373.
20. Terrón JMM. Vulnerable Dignity, Dignified Vulnerability: Intertwining of Ethical Principles in End-of-Life Care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021; 18(482):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020482>.
21. Dias C, Rodrigues IT, Gonçalves H, Duarte I. Communication strategies for adults in palliative care: the speech-language therapists' perspective. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024; 21;23(1):49. DOI: 10.1186/s12904-024-01382-x.
22. Santos KLD, Camacho ACLF, Silva FR, Melo ER. Comunicação da enfermeira em cuidados paliativos: um relato de experiência. *Rev Recien* [Internet]. 2023; 13(41):170-176. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.170-176>.
23. Brito TRP, Penido GSG, Silva JG, Fava SMC, Nascimento MC. Factors associated with perceived social support in older people with cancer. *Geriatr., Gerontol. Aging*. [Internet]. 2021; 15:e0210004. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z2447-212320212000104>.
24. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021; 26(1):77-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.
25. Santos APFB, Quintella LP, Sousa ACB, Cardoso FS, Martins AG, Cerqueira JDM. Determinantes Sociais na Sobrevida dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. *REVISA* [Internet]. 2024; 13(4):991-1000. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n4.p991a1000>.
26. Alch CK, Wright CL, Collier KM, Choi PJ. Barriers to addressing the spiritual and religious needs of patients and families in the intensive care unit: a qualitative study of critical care physicians. *Am J Hosp Palliat Care*. [Internet]. 2020; 38(9):1120-1125. DOI: 10.1177/1049909120970903.
27. Badanta B, Rivilla-García E, Luchetti G, Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2022; 27:348-366. DOI: 10.1111/nicc.12645.
28. Bradford KL. The nature of religious and spiritual needs in palliative care patients, carers, and families and how they can be addressed from a specialist spiritual care perspective. *Religions (Basel)* [Internet]. 2023; 14(125):1-22. DOI:10.3390/rel14010125.
29. Perboni JS, Oliveira SG, Cordeiro FR. Health professionals' subjectivation towards end of life and death in home care service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022; 75(2):e20210684. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0684>.
30. Martí-García C, Fernández-Férez A, Fernández-Sola C, Pérez-Rodríguez R, Esteban-Burgos AA, Hernández-Padilla JM *et al.* Patients' experiences and perceptions of dignity in end-of-life care in emergency departments: A qualitative study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2023; 79, 269-280. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15432>.

31. World Health Organization (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018.

32. Sørstrøm AK, Ludvigsen MS, Kymre IG. Facilitating planned home death: A qualitative study on homecare nurses' experiences of enablers and barriers. *J Adv Nurs [Internet]*. 2025; 81:340–352. doi: 10.1111/jan.1617.

33. Saarinen J, Mishina K, Soikkeli-Jalonen A, Haavisto E. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2023; 37:897–908. DOI : <https://doi.org/10.1111/scs.13062>.

34. Carvalho JMG, Sanguino GZ, Murilho JAT, Oliveira LE, Da Luz MS, et al. Assistência recebida na Atenção Básica: perspectiva de pacientes em cuidados paliativos oncológicos e suas famílias. *Rev Enferm UFPI [Internet]*. 2025; 14: e5336. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.5336.

35. Sartor SF, Thofehrn MB, Borel MGC, Monteiro TBM, Martins CL, Arrieira ICO. Attitudes of cancer patients in palliative care towards death in the context of home care. *Rev. Enferm. UFPI [Internet]*. 2021;10(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.803>.

Conflitos de interesse: Não

Submissão: 2025/06/27

Revisão: 2026/06/01

Aceite: 2026/02/27

Publicação: 2026/04/27

Editor Chefe ou Científico: Jose Wicto Pereira Borges

Editor Associado: Francisca Tereza de Galiza

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.