

Final de vida e dignidade: revisão integrativa

Nataniele Kmentt da Silva¹, Franciele Roberta Cordeiro²

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. 2. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, Brasil.

Resumo

Este artigo buscou conhecer os significados de dignidade no final da vida na perspectiva de profissionais de saúde e identificar ações de cuidado para promovê-la. Realizou-se uma revisão integrativa entre março e abril de 2022, com nove artigos selecionados em bases de dados, publicados desde 2012. Os resultados indicaram que a dignidade está vinculada à valorização da autonomia e que a conduta dos profissionais de saúde, o ambiente de cuidado e a terapêutica relacionados a tratamentos considerados invasivos interferem em sua promoção. Entre as ações de cuidado dos profissionais para promover dignidade, mencionou-se o uso de ferramentas como o Inventário de Dignidade do Paciente no planejamento dos cuidados. Conclui-se que os profissionais de saúde são centrais para promover autonomia, elemento fundamental da dignidade das pessoas em adoecimento, e que devem ser considerados fatores intrínsecos e extrínsecos no planejamento dos cuidados para efetivar a boa morte.

Palavras-chave: Respeito. Direito a morrer. Pessoal de saúde. Assistência terminal.

Resumen

Final de la vida y dignidad: revisión integrativa

Este artículo tuvo como objetivo explorar los significados de la dignidad al final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de la salud y identificar acciones de cuidado que la promuevan. Se realizó una revisión integrativa entre marzo y abril de 2022, con nueve artículos seleccionados de bases de datos, todos publicados a partir del año 2012. Los resultados indicaron que la dignidad está relacionada con la valoración de la autonomía, y que la conducta de los profesionales de la salud, el entorno de atención y las terapias que implican tratamientos invasivos influyen en su promoción. Entre las acciones llevadas a cabo por los profesionales para fomentar la dignidad, se destacó el uso de herramientas como el Patient Dignity Inventory en la planificación del cuidado. Se concluye que los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en la promoción de la autonomía —un elemento fundamental de la dignidad de las personas enfermas— y que deben considerarse tanto factores intrínsecos como extrínsecos al momento de planificar los cuidados para lograr una muerte digna.

Palabras clave: Respeto. Derecho a morir. Personal de salud. Cuidado terminal.

Abstract

End of life and dignity: an integrative review

This article aimed to explore the meanings of dignity at the end of life from the perspective of health professionals and to identify care actions that promote it. An integrative review was conducted between March and April 2022, with nine articles selected from databases, all published since 2012. The results indicated that dignity is related to valuing autonomy and that the conduct of health professionals, the care environment, and therapies involving invasive treatments influence its promotion. Among the actions taken by care professionals to foster dignity, the use of tools such as the Patient Dignity Inventory in care planning was highlighted. The conclusion is that health professionals play a key role in promoting autonomy—a fundamental element of dignity for people who are ill—and that both intrinsic and extrinsic factors should be considered when planning care to ensure a good death.

Keywords: Respect. Right to die. Health personnel. Terminal care.

Declararam não haver conflito de interesse.

O enfrentamento de uma doença que ameaça a continuidade da vida perpassa fases distintas, e alguns sinais indicam a aproximação da morte. É possível identificar o final da vida pelo agravamento dos sintomas físicos e psicológicos, pela não correspondência ao tratamento modificador, pela expectativa de vida limitada e inferior a 12 meses, entre outros¹. Nesse sentido, é necessário que os profissionais, familiares e pessoas que estão vivenciando esse momento reconheçam a transição do adoecimento para o final de vida, com vistas à manutenção da dignidade.

Coletivamente, a dignidade humana é concebida como uma qualidade inerente a todos e engloba preceitos de autodeterminação, proteção em relação ao meio e ao desenvolvimento e, individualmente, liberdade e acesso ao que é básico e fundamental por natureza². Ela pode ser influenciada por experiências pessoais e culturais e fatores individuais, e deve-se reconhecer as principais necessidades e os desejos de quem está vivendo a finitude e planejar seus cuidados considerando questões espirituais, necessidades físicas e manutenção das relações³.

O conceito de dignidade ainda é pouco definido, entretanto uma revisão sistemática⁴ revisou os conceitos atuais e identificou atrelamento a fatores inatos, individuais, relacionais e sociais. Como fatores inatos, observa-se relação com valores intrínsecos, reconhecimento, inalienação, respeito e valorização; os fatores individuais vinculam-se ao controle de sintomas físicos e funcionais, à identidade pessoal e à manutenção da autonomia; os fatores relacionais dizem respeito a laços familiares e recebimento de apoio e cuidado; e os fatores sociais atrelam-se à posição social ocupada pelo indivíduo e ao relacionamento com a equipe de saúde⁴.

Ao pensar em dignidade na transição para o final de vida, é necessário assegurar o respeito às vontades da pessoa por meio do consentimento às ações de cuidado que deseja ou não receber, com vistas à ampliação da autonomia nas decisões terapêuticas sobre seu corpo⁵. É primordial preservar a autonomia do paciente, promovendo alívio da ansiedade existencial, visto que se pode perceber o medo pela perda de dignidade ou até mesmo o desejo por sua preservação³. Nesse momento, o processo de tomada de decisão acerca de tratamentos e cuidados é permeado por receios em relação à ética e à bioética, elementos

transversais e fundamentais para a manutenção da dignidade no processo de morrer e na morte.

Na assistência a pessoas com doenças limitantes, é comum presenciar investimento na cura, prolongamento do sofrimento e consequente adiamento da morte. Tais atitudes vão contra os princípios de dignidade humana, no âmbito coletivo ou individual, contrariando os princípios da boa morte, aquela considerada como indolor e sem sofrimento⁶. Com base nos princípios fundamentais da Constituição Federal brasileira, a dignidade é um direito da pessoa humana⁷. Um final de vida digno pode ser viabilizado pela ortotanásia, definida como modelo de assistência centrado na morte que ocorre no tempo certo, sem adiamento ou adiantamento⁶.

Apesar do avanço nacional e internacional das discussões e do desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos (CP), ainda se observa a utilização de tratamentos inapropriados em final de vida, como a antibioticoterapia⁸, dificultando a experiência de morte sem sofrimento e limitando a manutenção da existência de maneira digna⁹. Um estudo demonstrou que médicos com maior tempo de formação, sem especialização em CP, que atuam em serviços públicos são mais resistentes à suspensão de antibioticoterapia, pois consideram os antibióticos não tão invasivos quanto outras medidas, prolongando, portanto, o processo de morrer⁸.

Devido aos atributos inerentes à profissão, considera-se que os enfermeiros são profissionais capazes de promover a morte com dignidade. Entre essas qualificações, cita-se a utilização de estratégias de comunicação, viabilização de ambiente seguro, promoção da ocorrência da boa morte e aumento na qualidade de vida das pessoas em adoecimento. A promoção da morte com dignidade, isto é, que respeite os princípios éticos e valorize o ser humano durante a finitude, assim como o trabalho das equipes, aumentando a autoestima de profissionais e pacientes e a satisfação de seus familiares, está intrinsecamente relacionada aos cuidados de enfermagem¹⁰.

A falta de discussões sobre a morte é um comportamento cultural e torna-se um fator dificultador para promover a dignidade, uma vez que as equipes estão mais preparadas para buscar vitalidade e cura¹¹. Percebe-se que o final da vida é permeado por medos e desafios para aqueles que o enfrentam, pois, além do diagnóstico de uma

doença ameaçadora, prevalecem limitações, especialmente físicas e fisiológicas, que os impedem de manter sua autonomia e independência, colocando em risco a manutenção da sua dignidade¹².

Sendo assim, os objetivos deste artigo foram conhecer, na literatura nacional e internacional, os significados de dignidade no final da vida, na perspectiva de profissionais de saúde, e identificar as ações de cuidado para promover dignidade no final da vida.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura compreendida por: 1) definição da questão de revisão; 2) pesquisa e seleção de estudos primários; 3) extração de dados dos estudos primários; 4) avaliação crítica dos estudos primários; 5) realização da síntese dos resultados da revisão; e 6) apresentação dos resultados da revisão¹³.

A questão de pesquisa foi elaborada pela estratégia PIO¹⁴, em que: P: população; I: intervenção, influência ou exposição; e O: resultados, a síntese de significados e ações acerca da dignidade no final da vida. A pesquisa foi norteada pelas seguintes questões: quais são as perspectivas de profissionais de saúde acerca da dignidade no final da vida e quais ações de promoção da dignidade no final da vida podem ser identificadas na literatura nacional e internacional?

A etapa de identificação e seleção dos estudos ocorreu entre março e abril de 2022, por meio dos descritores em ciências da saúde (DeCS) “respeito”, “direito a morrer” e “morte” e dos Medical Subject Headings (MESH) “right to die”, “value of life” e “death”, associados aos operadores booleanos “and” e “or” nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via Pubmed (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégias de busca da pesquisa

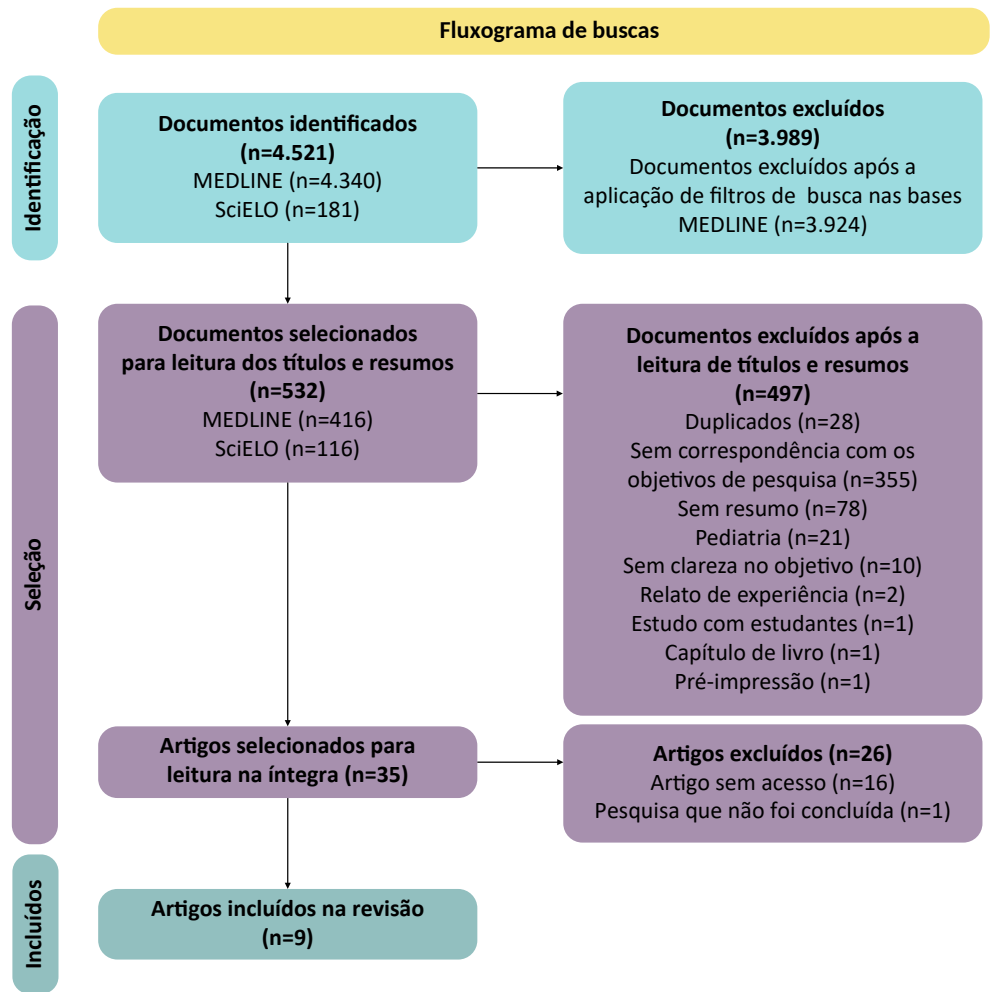
Base de dados	Associações
SciELO	(respeito) AND (direito a morrer) (respeito) AND (morte)
MEDLINE	(“right to die”[MeSH Terms] OR (“right”[All Fields] AND “die”[All Fields]) OR “right to die”[All Fields]) AND (“value of life”[MeSH Terms] OR (“value”[All Fields] AND “life”[All Fields]) OR “value of life”[All Fields]) (“right to die”[MeSH Terms] OR (“right”[All Fields] AND “die”[All Fields]) OR “right to die”[All Fields]) AND (“death”[MeSH Terms] OR “death”[All Fields] OR “deaths”[All Fields])

Foram encontrados 181 documentos na SciELO e 4.340 na MEDLINE. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, de revisão e ensaios teóricos em português, inglês e espanhol, publicados a partir de 2012, disponíveis na íntegra via portal de periódicos CAPES, que contemplassem questões envolvendo a dignidade diante do final da vida em adultos. Estabeleceu-se como critérios de exclusão: relato de experiência, dissertações, teses, resumos e monografias, estudos focados nos conceitos de eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia, suicídio assistido e suicídio, que tivessem como cenário unidades de terapia intensiva, abordassem

a doação e captação de órgãos e tecidos, que não tinham resumos ou objetivos específicos e estudos não concluídos.

Dessa forma, foram aplicados filtros de busca, restando 116 artigos na SciELO e 416 artigos na MEDLINE, totalizando 532 artigos. Posteriormente, foram eliminados os duplicados, restando 518, e, após a leitura de títulos e resumos, 35 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. No total, nove artigos compuseram o material empírico de análise. Utilizou-se o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁵ para elaborar o fluxograma das buscas (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de buscas



Fonte: adaptado de PRISMA Flow Diagram¹⁶.

Para organizar e gerenciar os dados, foram utilizadas ferramentas gratuitas do aplicativo Rayyan¹⁷ e a plataforma de gerenciamento de planilhas do Google. Os resultados da revisão foram agrupados por similitude entre os temas, com base em suas repetições.

Resultados e discussão

O Quadro 2 apresenta a caracterização geral do material empírico de análise.

Quadro 2. Material empírico de análise

Autoria/ano	Título	Objetivo	Abordagem do estudo
Sampaio C, Renaud I, Leão PP. 2020 ¹⁸	"A montanha-russa da insuficiência cardíaca": a percepção de dignidade pelas equipes de enfermagem	Compreender o que significa viver com insuficiência cardíaca avançada do ponto de vista dos pacientes, enfermeiros e familiares e compreender os fatores que constituem e afetam a dignidade e podem contribuir para um atendimento de enfermagem de qualidade para esse grupo específico de pacientes.	Qualitativo

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria/ano	Título	Objetivo	Abordagem do estudo
Li YC, Feng YH, Chiang HY, Ma SC, Wang HH. 2020 ¹⁹	The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in Taiwan: a quasi-experimental study	Determinar a eficácia da terapia de dignidade para pacientes em fim de vida com câncer.	Quantitativo
Horn R, Kerasidou A. 2016 ²⁰	The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and France	Explorar o significado do termo dignidade na Inglaterra e na França, comparando os debates públicos e a legislação sobre questões relacionadas ao fim da vida.	Qualitativo
Pols J, Pasveer B, Willems D. 2018 ²¹	The particularity of dignity: relational engagement in care at the end of life	Explorar o potencial do conceito de dignidade para apoiar as práticas de cuidado, apresentando uma abordagem pragmática e desvendando como a dignidade no cuidado é compreendida na literatura, para, em seguida, analisar como ela é posta em prática no cuidado ao final da vida.	Qualitativo
Guo Q, Chochinov HM, McClement S, Thompson G, Hack T. 2018 ²²	Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study	Desenvolver uma intervenção autoadministrada denominada Dignity Talk, para facilitar conversas significativas entre pacientes paliativos e suas famílias, e descrever o desenvolvimento do Dignity Talk, avaliado por um grupo de pacientes paliativos, familiares e profissionais de saúde.	Métodos mistos
Stängle S, Büche D, Häuptle C, Fringer A. 2021 ²³	Experiences, personal attitudes, and professional stances of Swiss health care professionals toward voluntary stopping of eating and drinking to hasten death: a cross-sectional study	Avaliar as experiências, atitudes pessoais e posturas profissionais de profissionais de saúde suíços em relação à interrupção voluntária de comer e beber.	Quantitativo
Antiel RM, Curlin FA, James KM, Sulmasy DP, Tilburt JC. 2012 ²⁴	Dignity in end-of-life care: results of a national survey of U.S. physicians	Examinar dados de uma pesquisa nacional com médicos para verificar suas opiniões sobre a utilidade e o significado do conceito de dignidade e examinar seus julgamentos sobre um cenário clínico no qual a dignidade possa ser relevante, entender como as atitudes clínicas em relação ao cenário do caso poderiam ser explicadas por entendimentos divergentes dos médicos sobre o conceito de dignidade e como ambos podem estar relacionados a diferenças em suas características religiosas.	Quantitativo
Ho AHY, Chan CLW, Leung PPY, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SMC, Tse DMW. 2013 ²⁵	Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong	Examinar a generalização do modelo de dignidade para pacientes paliativos chineses mais velhos e explorar as influências culturais na concepção de dignidade sob um contexto ético diferente.	Qualitativo

continua...

Quadro 2. Continuação

Autoria/ano	Título	Objetivo	Abordagem do estudo
Fink-Samnack E. 2016 ²⁶	The evolution of end-of-life care: ethical implications for case management	Discutir marcos históricos do movimento morte com dignidade, fornecer legislação, reembolso e atualizações de programação, discutir a influência da tomada de decisão compartilhada e explorar as implicações éticas da evolução dos cuidados de fim de vida para os gerentes de caso.	Qualitativo

A maioria dos participantes era composta por profissionais da saúde^{18,21,23,24}, seguidos de pacientes^{19,25}; um único estudo²² contou com profissionais de saúde, pacientes e familiares. Dois estudos^{20,26} não mencionam os participantes. Sobre o cenário de estudo, evidenciou-se o ambiente hospitalar^{18,21,25}, ambulatório de oncologia¹⁹ e de cuidados paliativos²², atenção primária em saúde (APS)¹⁸ e estudos a nível nacional nos países: Estados Unidos da América^{24,26}, Inglaterra e França²⁰ e Suíça²³. Os anos de publicação foram: 2020^{18,19}, 2018^{21,22}, 2016^{20,26}, 2021²³, 2013²⁵ e 2012²⁴; já os países de publicação foram: Estados Unidos^{20,26}, Brasil¹⁸, Taiwan¹⁹, Holanda²¹, Inglaterra²², Alemanha²³ e Hong Kong²⁵.

Das análises, emergiram quatro principais categorias em relação à dignidade: conceitos e definições; fatores que interferem em sua promoção ou manutenção; terapêutica; e ações de cuidado para promoção da dignidade, abordadas a seguir.

Conceitos e definições de dignidade

O conceito de dignidade se mostrou relacionado ao respeito e à autonomia, no sentido de que a pessoa deve ser vista e respeitada como tal. É fundamental reconhecer essa autonomia em pessoas com idade avançada, resgatando sua identidade e prestando assistência individualizada com foco nas principais necessidades, a fim de promover a dignidade¹⁸.

Outro estudo²⁰, realizado na Inglaterra e na França, constatou que, no primeiro país, dignidade é entendida como respeito à autonomia, de modo que os dois termos são equivalentes e, portanto, redundantes, o que torna prioritário que a pessoa seja vista como autônoma e possa buscar os próprios objetivos até o final de sua vida. Já na França, a dignidade tem relação com a coletividade e pode

ser compreendida como uma forma de respeito à humanidade, ao passo que os interesses individuais estão em segundo plano²⁰.

Resgata-se, assim, a definição de autonomia, a capacidade do indivíduo de controlar sua vida e autogovernar-se de acordo com vontades próprias para manter sua integridade, sem desrespeito a seus direitos na esfera social²⁷. Na finitude, essa autonomia está vinculada à dignidade e sujeita ao suporte de cuidados, à atuação da equipe de saúde, à legislação vigente e ao suporte psicológico, social, físico e espiritual.

Corroborando os achados, estudo²⁸ realizado com profissionais de saúde evidenciou que a manutenção da dignidade pela autonomia no final da vida pode ocorrer pela inclusão da família no suporte de cuidados, melhorando as conexões; pela interação pelo diálogo, para compreender os aspectos individuais; e pela inclusão da pessoa na tomada de decisão sobre seu tratamento. À equipe de saúde, cabe realizar o compartilhamento de informações corretas entre os membros, compartilhar o processo de tomada de decisão e, quando possível, solicitar parecer de profissional especializado, além de reconhecer a liderança do enfermeiro para defender a autonomia da pessoa na finitude. Para os autores, essas condutas garantem o respeito e a autonomia com vistas à manutenção da dignidade, já que algumas situações podem comprometê-la²⁸.

Outro estudo²¹ identificou quatro categorias de dignidade: dignidade como princípio; dignidade como estado ou situação; dignidade para descrever diferenças sociais; e dignidade como significado pessoal. A primeira considera que todos os seres humanos são intrinsecamente dignos e isso deve ser preservado para proteger a humanidade, pois, sendo algo intrínseco, é passível de ser violado. Nessa perspectiva, profissionais de saúde não

podem oferecer dignidade à pessoa, mas podem tentar garantir assistência humanizada que a conserve até o momento da morte.

A segunda categoria compreende dignidade como algo concreto e relacionado ao estado de saúde, que pode ser violado em situações consideradas precárias. A terceira categoria compreende que a dignidade é concedida para alguns, quais sejam, aquelas pessoas privilegiadas pela posição que ocupam na sociedade, e, portanto, relaciona-se diretamente às influências sociais e à ideia de meritocracia, explicitando que pessoas de classe social mais baixa têm menos dignidade do que aquelas em ascensão. Na quarta categoria, a dignidade compreende os valores individuais e é identificada quando a pessoa é inserida nos próprios cuidados de saúde, tendo sua opinião e valores considerados²¹.

O conceito de dignidade é amplo e acompanha transformações da sociedade decorrentes do desenvolvimento técnico-científico e da globalização. No estoicismo, ela era vista como igual para todos os seres humanos e os diferenciava dos demais seres vivos. Além disso, desde a Antiguidade clássica, a dignidade estaria relacionada à posição que a pessoa ocupava na sociedade ou a seu grau de reconhecimento²⁹.

Retornando aos achados desta revisão, estudo²⁴ realizado com 1.032 médicos vinculou dignidade a uma condição transferida por um transcendente para cada pessoa. Ainda, a maioria dos profissionais acreditava não haver diferença de dignidade entre as pessoas após esse processo de transferência. Também esteve relacionada à capacidade individual de fazer as próprias escolhas, e alguns participantes expressaram que, durante o processo de morrer, a pessoa perde um pouco dela (43% dos entrevistados), perde-a totalmente (36%) ou não a perde em nada (21%). Desses entrevistados, quem era considerado religioso acreditava que a dignidade era igual para todos e que não podia sofrer perda.

Por último, um estudo²⁵ mencionou que, no contexto oriental, a dignidade relaciona-se à espiritualidade, relação que é decisiva na promoção de qualidade de vida e no contexto de CP. Tal assertiva justifica-se pela abordagem holística, que restabelece a dignidade pelo cuidado espiritual nos últimos momentos de vida. Nesse contexto, a dignidade é considerada um valor espiritual inerente

ao ser humano, que se manifesta na autodeterminação e autorresponsabilidade e carrega consigo respeito por outrem, e deve ser respeitada pela sociedade³⁰. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde promovam cuidados espirituais e facilitem rituais religiosos de acordo com a vontade do paciente, para possibilitar um final de vida digno e com qualidade. Por esse viés, entende-se que compreender a dimensão espiritual e preservá-la permite a humanização do cuidado, que assim pode ser oferecido com maior integralidade diante da finitude³¹.

Fatores que interferem na promoção ou manutenção da dignidade

A qualidade do atendimento esteve diretamente relacionada à manutenção da dignidade. Não realizar julgamentos, respeitar valores, religião e espiritualidade pessoais, apoiar decisões e ofertar atendimento às principais necessidades são condutas diretamente relacionadas a um morrer mais digno¹⁸. Considera-se que um dos pilares do cuidado é o conhecimento de si próprio e do outro, e que é importante analisar a situação do paciente a fim de compreender a natureza humana em sua complexidade³². A espiritualidade e o pensamento positivo dos profissionais podem auxiliar na prestação do cuidado e assim interferir no conforto oferecido aos pacientes e promover uma morte humanizada mediante cuidados dignos³³.

O local em que a pessoa está vivenciando seus últimos momentos é outro fator que interfere na dignidade. Considera-se que, no ambiente hospitalar, principalmente, a pessoa está distante da rotina e há restrições no atendimento por parte dos profissionais devido ao limitado tempo oferecido aos pacientes, assim como à exaustão dos trabalhadores pela carga de trabalho excessiva¹⁸.

Outro estudo²¹ demonstrou que, na Holanda, um local impróprio para a morte seria a unidade de terapia intensiva (UTI) em razão de o suporte tecnológico do ambiente ser considerado tratamento sustentador da vida e incompatível com a dignidade. Ainda, menciona-se que o hospital não seria um local adequado para a morte, pois é um ambiente voltado à cura das enfermidades. Apesar de o morrer em casa ser considerado a melhor escolha para a maioria holandesa, defende-se o

amparo a domicílio pelos serviços de saúde locais, que precisariam estar articulados com outros serviços de referência para promover dignidade²¹. Em contraponto, um estudo canadense²⁶ identificou que 70% da população acredita que o hospital é o ambiente provedor de cuidados de final de vida, e mesmo a maioria das pessoas que prefere morrer em casa morre no hospital.

Para discutir os achados desta revisão, identificou-se um estudo³⁴ realizado com 71 cuidadores de pacientes já falecidos que eram acompanhados por equipe de CP. Nele, constatou-se que 86,7% dos entrevistados estavam satisfeitos pelo fato de o familiar ter falecido em domicílio, e 13,2% preferiam a ocorrência da morte no hospital. Quando questionados sobre a viabilidade de o familiar morrer em domicílio antes do acompanhamento da equipe e início do tratamento, 56,6% julgaram impossível e 43,4% já conheciam a possibilidade, e todos relataram ter tido apoio da equipe de saúde no momento do óbito do familiar. No mesmo estudo, observou-se que morrer em casa com preparo da família e adequado controle de sintomas é a preferência também entre os profissionais de saúde³⁴.

Após diagnóstico de uma doença limitante, para ser possível promover a dignidade, é mister os profissionais acolherem os pacientes e conversarem sobre cuidados de conforto que estes desejam receber e preferência pelo local de morte. Um estudo³⁵ avaliou o local de morte mais frequente entre a população brasileira e constatou que o hospital foi prevalente (66,71%) em comparação ao domicílio (21,43%). Como justificativa, os autores destacaram que a preferência pelo hospital se deve ao recebimento de cuidados apropriados e à redução da sobrecarga dos familiares/cuidadores, ao passo que a escolha do domicílio se deve à vontade de passar mais tempo com a família^{35,36}.

Em outro estudo³⁷, com 400 pacientes em idade avançada, 52,2% dos entrevistados mencionaram preferir morrer no domicílio, e 47,8% preferiam que fosse em alguma instituição, incluindo o hospital. Estudo realizado com médicos³⁸ constatou que a maioria acredita que o paciente deve escolher o local de morte, pois tal atitude permite a preservação da autonomia e dignidade. Porém, defende-se que é fundamental oferecer suporte aos familiares, na medida em que manter o paciente amparado é tarefa difícil dada a modificação na rotina familiar e a necessidade de adaptação do ambiente³⁸.

Por último, emergiu o tema do nível de dependência ou perda de independência e sua relação com a perda da dignidade, devido à redução ou limitação da capacidade funcional para seguir a rotina normal²⁵. As preocupações relacionadas à doença, como angústia física e psicológica, decorrentes da ansiedade pela morte, e a existência de sintomas físicos como dor, fadiga e inapetência, também interferiram na dignidade. Os autores observam que, apesar de a dor ser um sintoma desconfortável, é fundamental para manter a dignidade na medida em que vivenciá-la significa vitalidade e fortalecimento da espiritualidade e da moralidade. Reduzi-la em demasia poderia interferir negativamente no crescimento espiritual gerado pela experiência de sofrimento²⁵.

O mesmo estudo mostra que reduzir preocupações de futuro e buscar conforto espiritual para encontrar paz, melhorar conexões familiares e aumentar a perspectiva de vida são fatores que promovem a integridade existencial e auxiliam na promoção da dignidade em pessoas que estão no final de vida e recebem CP²⁵. Questões relacionadas a falta de privacidade e de suporte social, redução do nível de cuidados e preocupações relativas à doença também prejudicam a dignidade dessas pessoas. Considera-se que moradores de instituições sofrem com a ausência de espaço e sentem-se constrangidos pelos cuidados institucionais, pois em muitos casos os profissionais de saúde não têm preparo em CP para atendê-los²⁵.

A oferta de CP é considerada uma das principais formas de manter a dignidade. Entretanto, ainda existem lacunas no preparo dos profissionais com vistas a sua aplicação prática, e seria relevante ampliar o estudo sobre essa abordagem. Percebe-se, ainda, carência de serviços de qualidade e de profissionais capacitados, pois nem todos estão preparados para lidar com a morte de forma natural. Assim, manter a autonomia dos pacientes durante o final da vida torna-se um desafio^{38,39}.

No que concerne à privacidade, corroborando os achados, um estudo⁴⁰ traz que ofertá-la garante maior satisfação dos pacientes e que demonstrar sensibilidade e presença e olhar nos olhos influi positivamente no tratamento. A preservação da autonomia está diretamente relacionada à dignidade, pois é importante que a pessoa consiga realizar independentemente atividades de rotina e autocuidado. Quando há impeditivos para isso, configura-se redução no senso de dignidade, e é imprescindível que

os profissionais de saúde identifiquem as principais necessidades e promovam medidas de conforto⁴⁰.

Terapêutica

Sobre a terapêutica, em um estudo¹⁸ que avaliou pacientes com insuficiência cardíaca avançada, emergiram questões relacionadas à interrupção ou não do suporte à vida. O questionamento tratava de colaboração com a dignidade *versus* prolongamento do sofrimento, visto que pacientes com implantes cardíacos apresentam maiores chances de complicações quando submetidos a determinadas terapias¹⁸. Discute-se que a manutenção da dignidade pode estar comprometida quando os pacientes são submetidos a procedimentos invasivos e intervenções considerados desnecessários, os quais têm foco na cura e, portanto, para pessoas com doenças incuráveis, apenas prolongam o sofrimento. Por ser difícil a aceitação da morte pelos profissionais de saúde, tais atitudes tornam-se rotineiras na prática assistencial⁴¹.

Outro estudo analisado nesta revisão²⁰ menciona que, na Inglaterra, o paciente é o principal responsável pelas decisões e tem direito de recusar tratamentos segundo o princípio da integridade corporal, desde que seja informado e demonstre entendimento sobre sua decisão. Já na França, existe a Lei 303/2002, que trata dos direitos dos pacientes e permite a recusa de tratamentos, porém alguns profissionais não têm certeza se essa recusa inclui tratamentos sustentadores da vida. Sendo assim, ainda no cenário francês, a Lei 370/2005, sobre os direitos dos pacientes e o fim da vida, estipula que o paciente tem direito de recusar qualquer tratamento, incluindo nutrição e hidratação clinicamente assistidas. Essa lei especifica que o médico deve respeitar as vontades e os desejos do paciente, todavia, se houver risco de vida, cabe ao médico “convencer” o paciente a continuar o tratamento, o que configura dualidade acerca da titularidade do paciente sobre seus direitos e vontades, já que o profissional é considerado responsável pelas decisões²⁰.

Assim, a autonomia do paciente relaciona-se diretamente à sua liberdade para realizar escolhas, incluindo decisões sobre o final de vida, entre as quais a recusa de tratamentos, em respeito ao que considera como vida boa e morte boa. Logo, quando essa autonomia não puder ser

exercida, por questões físicas ou cognitivas, é possível que outra pessoa decida no lugar. Para desenvolver a dignidade com autonomia, é necessário que o indivíduo possa escolher o rumo de seu tratamento e lidar com as consequências dele. No cenário brasileiro, é legalizada a prática da ortotanásia por médicos, ou seja, a cessação ou impedimento do início de tratamentos que não trarão cura, e sim prolongamento do sofrimento. Tal prática é considerada promotora de dignidade ante o sofrimento por não antecipar o fim e ao mesmo tempo aceitar a finitude naturalmente⁴²⁻⁴⁴.

Quanto à promoção da dignidade, outro estudo²¹ desta revisão demonstrou a percepção dos profissionais de que, se o paciente renunciasse ao tratamento, mesmo que fosse um desejo próprio ou dos familiares, haveria risco a sua própria dignidade. Ou seja, a manutenção da dignidade do paciente estaria condicionada aos profissionais da equipe médica. Entre os cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem, incluía-se a higiene do paciente, musicoterapia e orações, além de medidas de conforto com oxigenoterapia.

Outro resultado digno de nota diz respeito à opinião dos médicos sobre a interrupção voluntária de alimentação e hidratação em um estudo²³ realizado na Suíça. Alguns profissionais acreditam que tal interrupção faz parte da morte natural, enquanto outros alegam ser eutanásia passiva, já que alguns familiares aceitavam tais medidas e não se opunham às medidas de manutenção da vida. Tal prática foi comparada ao suicídio assistido por médicos ou ao suicídio propriamente dito. Entretanto, considerou-se digna a morte ocorrida por meio da interrupção do tratamento voluntário de alimentação e hidratação, já que havia acompanhamento de profissionais quando o sofrimento dos pacientes era considerado insuportável.

Considerando esse achado, discute-se que a interrupção voluntária de hidratação e nutrição no final da vida compreende a necessidade da pessoa de dar fim a seu sofrimento, daí que decide recusar a oferta. Todavia, no Brasil, tal prática é incomum e pode ser confundida com a interrupção por outros motivos, como impossibilidade/dificuldade de deglutição, inapetência, entre outros, ou seja, casos em que se evidencia a dificuldade em manter o tratamento, e não fica claro se tratar de opção para acelerar a morte. Profissionais de saúde acreditam que tal estratégia deve ser considerada

como último recurso e que é fundamental que o caso seja avaliado por especialista da área de CP e que a opinião da família seja considerada⁴⁵.

Ações de cuidado para promover a dignidade

Sobre as ações de cuidado utilizadas para promover ou manter a dignidade, um estudo¹⁹ mencionou o uso do Inventário de Dignidade do Paciente, constituído de 25 questões que avaliam o sofrimento existencial e psicológico, a perda de autonomia e sintomas relatados pelos pacientes em fim de vida. Em complemento a esse inventário, foram utilizados a Escala de Desmoralização, composta por 24 questões, que avalia sentimentos de desmoralização, entre os quais perda de sentido da vida, desânimo, sensação de fracasso e desamparo; e o Questionário de Saúde do Paciente, composto por nove questões, que avalia o grau de depressão do paciente nas duas semanas anteriores. O estudo concluiu que todos os grupos que receberam essas intervenções tiveram aumento da dignidade e redução da depressão e dos sentimentos de desmoralização.

Essas ferramentas direcionam o planejamento de cuidados oferecidos ao paciente com doença avançada de modo a facilitar o trabalho das equipes de saúde durante a assistência, pois são práticas e aplicáveis. Um estudo⁴⁶ realizou a validação psicométrica do Patient Dignity Inventory (PDI-Br), instrumento composto por 25 itens e três domínios: o primeiro, relacionado aos sintomas físicos e emocionais; o segundo, à dependência; e o terceiro, ao sofrimento existencial. Esse inventário teve como base outras ferramentas de avaliação dos pacientes, e os resultados de sua validação demonstram que a dignidade está diretamente relacionada a sintomas físicos, ansiedade, depressão, capacidade funcional, espiritualidade e qualidade de vida.

Outro estudo desta revisão²² mencionou o uso do Dignity Talk, ferramenta cujo objetivo é promover conversas entre familiares e relacionamentos em geral para reforçar os valores e a dignidade como forma de melhorar as conexões, promover interação entre os membros familiares e interferir em questões inacabadas. Pacientes em final de vida afirmam que é uma ótima oportunidade para revisitar lembranças, conversar sobre coisas

pessoais e resolver pendências. Ele também permite aos familiares a reflexão acerca de orientações e informações sobre a vida do paciente.

Constatou-se que o Dignity Talk é uma ótima oportunidade para melhorar as relações familiares, funcionando como ponto inicial de conversa e apoio aos cuidadores, trazendo valorização pessoal e promovendo a dignidade. É uma ferramenta para transmitir memórias, aprendizados de vida, promover interações emocionais e facilitar o processo de luto, auxiliando a pessoa em final de vida a morrer sem arrependimentos e com suas relações familiares bem estabelecidas²².

A comunicação é um elemento essencial no campo da saúde, principalmente no que se refere aos CP, pois é somente por meio dela que é possível compreender os desejos do paciente e de sua família. É fundamental a implementação, pelos profissionais, de estratégias que visem à comunicação efetiva para promover confiança, fortalecer vínculos e preservar a dignidade dos pacientes nesse contexto. Uma comunicação adequada e efetiva permite ao paciente expor suas angústias e anseios, dada a liberdade de comunicar o que o aflige³⁸.

A comunicação é entendida como a troca de informações entre as partes interessadas, classificada em verbal ou não verbal, e nos CP pode ser estabelecida pela escuta qualificada, atenção, empatia e compreensão. Também, permite aos profissionais a realização do planejamento dos cuidados para satisfazer as principais necessidades de cada pessoa, preservando a autonomia desta. Aqui, destaca-se a atuação da equipe de enfermagem, já que o enfermeiro é o principal envolvido nas trocas informativas sobre a condição de saúde da pessoa, devido à convivência direta, podendo, assim, identificar demandas e problemas graças à comunicação^{38,47}.

No Brasil, realizou-se a adaptação cultural da ferramenta Health Communication Assessment Tool (HCAT), desenvolvida por pesquisadores americanos, composta por 22 afirmações e uma pergunta aberta que avalia o estabelecimento de vínculo, o estímulo à autonomia, a capacitação e a empatia com base no comportamento de profissionais e estudantes da área de saúde. A pergunta aberta faz parte da categoria sobre linguagem utilizada com os pacientes no atendimento e permite que o profissional ou estudante identifique o uso de terminologias científicas na assistência. O uso dessa ferramenta pode contribuir com a qualidade e segurança da assistência e

facilitar as definições dos tratamentos de saúde propostos, preservando o entendimento dos pacientes sobre sua condição e sua autonomia, na medida em que participam das tomadas de decisões⁴⁸.

Por último, foram evidenciadas questões relacionadas aos aconselhamentos de final de vida como estratégia para manutenção da dignidade. Estudo estadunidense²⁶ demonstrou que os planos de iniciativas privadas beneficiam o planejamento dos cuidados, pois, em sua contratação, permitem contar com profissionais qualificados, entre os quais enfermeiros e médicos especializados, que discutem os casos individualmente para implementar cuidados avançados de saúde.

Esses serviços permitem alocar recursos para o estabelecimento de CP embasados cientificamente e com foco na autonomia do paciente. Também visam a tomada de decisão compartilhada como forma de fortalecer o vínculo com o paciente e seus familiares, pela participação do paciente na decisão sobre o tratamento e as intervenções que deseja receber, ciente dos danos e benefícios eventuais. Eles consistem em um processo colaborativo entre a tríade profissionais, familiares e paciente, considerando aspectos culturais, sociais e individuais, garantindo a dignidade da pessoa em final de vida por parte dos profissionais de saúde²⁶.

No Brasil, o *Atlas dos Cuidados Paliativos* de 2019 mostra que, apesar dos serviços de CP serem predominantemente públicos (50%), via Sistema Único de Saúde (SUS), existem serviços oferecidos no âmbito privado (36%) e mistos (14%). Segundo os dados, 22,4% dos brasileiros que necessitam de CP os acessam em serviços privados, para acompanhamento e aconselhamento de saúde, e os demais (77,6%) são beneficiados pela rede pública⁴⁹.

Já na APS, a realização do planejamento de cuidados pelas equipes de estratégia de saúde da família permite a inclusão do paciente nas tomadas de decisões sobre seu tratamento, pois compreende o indivíduo integralmente, valorizando sua participação pelo acesso aos serviços, bem como de sua

família⁵⁰. Na fase final de vida, é fundamental facilitar ao paciente a participação em seu processo de morrer de acordo com sua compreensão do que é mais adequado para si. O vínculo e a continuidade dos cuidados devem ocorrer de forma humanizada, permitindo, assim, a incorporação dos CP efetivos na terapêutica e uma morte com dignidade⁵¹.

Considerações finais

Esta revisão permitiu conhecer os significados de dignidade no final da vida para os profissionais de saúde e algumas ações que estes realizam para promovê-la na assistência. Verificou-se que o significado é amplo e varia a depender de contexto, características culturais, questões pessoais e profissionais.

Para que o cuidado durante o final da vida seja eficaz e integral, é necessário resgatar e incorporar o conceito de dignidade como elemento fundamental na abordagem com cada pessoa, visando a boa morte. Ainda, é necessário conhecer as características intrínsecas e extrínsecas que constituem a dignidade de cada pessoa, preservar sua autonomia e suas vontades, incluí-la na tomada de decisão, permitindo que seja sujeito ativo nas diversas fases da vida, inclusive na finitude.

Os profissionais de saúde são os principais responsáveis por promover e incentivar a autonomia das pessoas em adoecimento, pois, assim como o paciente, são centrais no cuidado. Para que a pessoa tenha seus desejos atendidos, é fundamental incluir no planejamento dos cuidados fatores que promovem a dignidade. Dessa forma, considera-se necessário realizar discussões nos serviços de saúde sobre dignidade, para relativizar escolhas e olhares dos profissionais sobre os pacientes e famílias. O reconhecimento, a valorização e a incorporação dos CP na prática assistencial é uma possibilidade para viabilizar tais movimentos em direção ao resgate da autonomia da pessoa humana diante da finitude.

Referências

1. Cordeiro FRC, Oliveira S, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *Enfermería* [Internet]. 2020 [acesso 3 jun 2024];9(2):205-28. DOI: 10.22235/ech.v9i2.2317

2. Zisman CR. A dignidade da pessoa humana como princípio universal. *Revista de Direito Constitucional e Internacional* [Internet]. 2017 [acesso 3 jun 2024];96:1-16. Disponível: <https://tinyurl.com/rzwpn87s>
3. Schüttengruber S, Großschädl F, Lohrmann C. A consensus definition of end of life from an international and interdisciplinary perspective: a delphi panel study. *J Palliat Med* [Internet]. 2022 [acesso 16 jan 2024];25(11):1677-85. DOI: 10.1089/jpm.2022.0030
4. Chua KZY, Quah ELY, Lim YX, Goh CK, Lim J, Wan DWJ *et al.* A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022 [acesso 27 ago 2023];21(118):1-18. DOI: 10.1186/s12904-022-01004-4
5. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 25 jul 2023];23(1):31-9. DOI: 10.1590/1983-80422015231043
6. Silva LA, Pacheco EIH, Dadalto L. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 25 jul 2023];29(4):798-805. DOI: 10.1590/1983-80422021294513
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acesso 25 jul 2023]. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Crispim DH, Silva IO, Carvalho RT, Levin AS. End-of-life use of antibiotics: a survey on how doctors decide. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2021 [acesso 14 ago 2023];114:219-25. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.10.026
9. Pinheiro JE, Peres GA. Ortotanásia e dignidade na finitude: relato de caso. *Colloq Vitae* [Internet]. 2023 [acesso 25 jul 2023];15(1):36-41. DOI: 10.5747/cv.2023.v15.v359
10. Rafii F, Abredari H. Death with dignity in end-of-life nursing care: concept analysis by rodgers' evolutionary method. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2023 [acesso 22 jan 2024];28(2):179-87. DOI: 10.4103/2Fijnmr.ijnmr_440_21
11. Schaefer F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. *Rev direito sanit* [Internet]. 2019 [acesso 25 jul 2023];20(3):26-50. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50
12. Zilli F, Oliveira SG. Pacientes com doença oncológica avançada e o cuidado de si a partir das relações interpessoais. *Rev Contexto Saúde (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 25 jul 2023];20(40):256-66. Disponível: <https://tinyurl.com/tmybn969>
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciadores de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2019 [acesso 17 ago 2023];28(e20170204):1-13. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da prática de enfermagem baseada em evidências. In: Polit DF, Beck CT, editores. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 20-40.
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis JPA *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2009 [acesso 15 jun 2022];6(7):1-34. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006
16. PRISMA Flow Diagram. PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses [Internet]. 2020 [acesso 15 jun 2022]. Disponível: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
17. Rayyan [Internet]. Cambridge: Rayyan; 2022 [acesso 25 jul 2022]. Disponível: <https://www.rayyan.ai/>
18. Sampaio C, Renaud I, Leão PP. "A montanha-russa da insuficiência cardíaca": a percepção de dignidade pelas equipes de enfermagem. *Acta paul enferm* [Internet]. 2020 [acesso 9 abr 2022];33:1-8. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO0165
19. Li YC, Feng YH, Chiang HY, Ma SC, Wang HH. The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in Taiwan: a quasi-experimental study. *Asian Nurs Res* [Internet]. 2020 [acesso 9 abr 2022];14(4):189-95. DOI: 10.1016/j.anr.2020.04.003
20. Horn R, Kerasidou A. The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and France. *Camb Q Healthc Ethics* [Internet]. 2016 [acesso 9 abr 2022];25(3):404-13. DOI: 10.1017/S0963180116000050

21. Pols J, Pasveer B, Willems D. The particularity of dignity: relational engagement in care at the end of life. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2018 [acesso 9 abr 2022];21(1):89-100. DOI: 10.1007/s11019-017-9787-9
22. Guo Q, Chochinov HM, McClement S, Thompson G, Hack T. Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study. *Palliat Med* [Internet]. 2018 [acesso 9 abr 2022];32(1):195-205. DOI: 10.1177/0269216317734696
23. Stängle S, Büche D, Häuptle C, Fringer A. Experiences, personal attitudes, and professional stances of Swiss health care professionals toward voluntary stopping of eating and drinking to hasten death: a cross-sectional study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 9 abr 2022];61(2):270-8. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.039
24. Antiel RM, Curlin FA, James KM, Sulmasy DP, Tilburt JC. Dignity in end-of-life care: results of a national survey of U.S. physicians. *J Pain Symptom Manage*. 2012 [acesso 9 abr 2022];44(3):331-9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.020
25. Ho AHY, Chan CLW, Leung PPY, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SMC, Tse DMW. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. *Age Ageing* [Internet]. 2013 [acesso 9 abr 2022];42(4):455-61. DOI: 10.1093/ageing/aft003
26. Fink-Samnick E. The evolution of end-of-life care: ethical implications for case management. *Prof Case Manag* [Internet]. 2016 [acesso 9 abr 2022];21(4):180-92. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000159
27. Autonomia. Michaelis [Internet]. 2022 [acesso 15 jul 2022]. Disponível: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=EMnj>
28. Gaspar RB, Silva MM, Zepeda KGM, Silva IR. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. *Rev bras enferm* [Internet]. 2019 [acesso 23 jul 2023];72(6):1639-45. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0768
29. Lauxen ECU, Barretto VP. A (re)construção da ideia de dignidade humana / The (re) construction of the idea of human dignity. *Quaestio Iuris* [Internet]. 2018 [acesso 23 jul 2023];11(1):67-88. DOI: 10.12957/rqi.2018.22980
30. Oliveira I, Oliveira RA, Oliveira TMC. Princípio da dignidade da pessoa humana [Internet]. São Paulo: Uniesp; 2017 [acesso 23 jul 2023]. Disponível: <https://tinyurl.com/3hh8dd7c>
31. Arrieira ICO, Thoferrhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2017 [acesso 23 jul 2023];38(3):1-9. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.03.58737
32. Simões A, Sapeta P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 23 jul 2023];27(2):244-52. DOI: 10.1590/1983-80422019272306
33. Arrieira ICO, Thoferrhn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 24 jul 2023];52:1-8. DOI: 10.1590/S1980-220X2017007403312
34. Oliveira LP, Gomes CHR, Santos LCC, Xavier ERA, Neres LJS, Soares JC *et al.* Avaliação dos cuidados paliativos para uma boa morte: percepção dos cuidadores de pacientes com câncer. *Rev méd Minas Gerais* [Internet]. 2020 [acesso 24 jul 2023];30:1-7. DOI: 10.5935/2238-3182.20200048
35. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *REME rev min enferm* [Internet]. 2018 [acesso 25 jul 2023];21:1-4. DOI: 10.5935/1415-2762.20170050
36. Marcucci FCI, Cabrera MAS, Rosenberg JP, Yates P. Tendências nos locais de óbito no Brasil e análise dos fatores associados em idosos de 2002 a 2013. *Geriatr, Gerontol Aging* [Internet]. 2017 [acesso 24 jul 2023];11(1):10-7. DOI: 10.5327/Z2447-211520171600068
37. Jorge R, Calanzani N, Freitas A, Nunes R, Sousa L. Preference for death at home and associated factors among older people in the city of Belo Horizonte, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso 24 jul 2023];24(8):3001-12. DOI: 10.1590/1413-81232018248.24102017
38. Toldo APR, Nsaif LD, Dalonso N. Cuidados paliativos: a atuação da enfermagem em hospitais públicos da cidade de Joinville/SC. *Rev Iniciaç Cient Ex UniSociesc* [Internet]. 2021 [acesso 24 jul 2023];8(3):1-23. Disponível: <https://reis.unisociesc.com.br/index.php/reis/article/view/299>

39. Cobo VA, Dal Fabbro AL, Parreira ACSP, Pardi F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2019 [acesso 24 jul 2023];39(97):225-35. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a08v39n97.pdf>
40. Franco ME, Salvetti MG, Donato SCT, Carvalho RT, Franck EM. Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2019 [acesso 24 jul 2023];28:1-15. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0142
41. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro UBP, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 25 jul 2023];28(1):135-46. DOI: 10.1590/1983-80422020281376
42. Andrade OM. Status legal da eutanásia e ortotanásia no Brasil. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro* [Internet]. 2020 [acesso 24 jul 2023];23(47):96-109. DOI: 10.30749/2177-8337.v23n47p96-109
43. Oliveira DAT. Dignidade da pessoa humana, cuidados paliativos e ortotanásia: a visão de um juiz. *Amagis Jurídica* [Internet]. 2019 [acesso 24 jul 2023];(7):33-56. Disponível: <https://tinyurl.com/56uzkh88>
44. Menezes RA, Ventura M. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito. *Rev bras ciênc soc* [Internet]. 2013 [acesso 25 jul 2023];28(81):213-29. DOI: 10.1590/S0102-69092013000100013
45. Dadalto L, Carvalho S. Os desafios bioéticos da interrupção voluntária de hidratação e nutrição em fim de vida no ordenamento jurídico brasileiro. *Rev latinoam bioét* [Internet]. 2021 [acesso 25 jul 2023];21(2):127-42. DOI: 10.18359/rbi.5181
46. Donato SCT, Chiba T, Carvalho RT, Salvetti MG. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Patient Dignity Inventory (PDI-Br). *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 26 jul 2023];29:1-11. DOI: 10.1590/1518-8345.4015.3371
47. Monho BMF, Ferreira IMP, Ribeiro MFB, Alves TSC, Maurício MDALLD. A comunicação na promoção da dignidade em cuidados paliativos: desafios para a enfermagem. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2021 [acesso 26 jul 2023];35:1-9. DOI: 10.18471/rbe.v35.34788
48. Reis NBC, Goés FSN, Aredes NDA, Campbell SH. Adaptação cultural da ferramenta de avaliação de comunicação em saúde (HCAT) para a língua portuguesa, Brasil. *RECIIS* [Internet]. 2018 [acesso 26 jul 2023];12(4):443-55. DOI: 10.29397/reciis.v12i4.1501
49. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 [Internet]. São Paulo: ANCP; 2019 [acesso 26 jul 2023]. Disponível: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
50. Dias LM, Bezerra MR, Barra WF, Nunes R, Rego, F. Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 28 fev 2024];30(3):525-33. DOI: 10.1590/1983-80422022303546PT
51. Aguiar MN, Princhak HC. A importância da dimensão espiritual nos pacientes em cuidados paliativos: um exame à luz da alteridade. *RJLB* [Internet]. 2023 [acesso 28 fev 2024];(1):1031-74. Disponível: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/1/2023_01_1031_1074.pdf

Nataniele Kmentt da Silva – Doutoranda – nataniele.kmentt.enf@gmail.com

 0000-0001-9798-6547

Franciele Roberta Cordeiro – Doutora – franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

 0000-0001-6194-5057

Correspondência

Nataniele Kmentt da Silva – Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Trindade, CEP 88040-900. Florianópolis/SC, Brasil.

Participação dos autores

Nataniele Kmentt da Silva contribuiu com a concepção e elaboração do estudo, a caracterização dos estudos encontrados, a análise dos dados e a interpretação dos resultados. Franciele Roberta Cordeiro contribuiu com a concepção e elaboração do estudo, a análise dos dados e interpretação dos resultados e a revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Editora responsável – Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 3.3.2024

Revisado: 3.6.2024

Aprovado: 4.11.2024