



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RESUMO EXECUTIVO

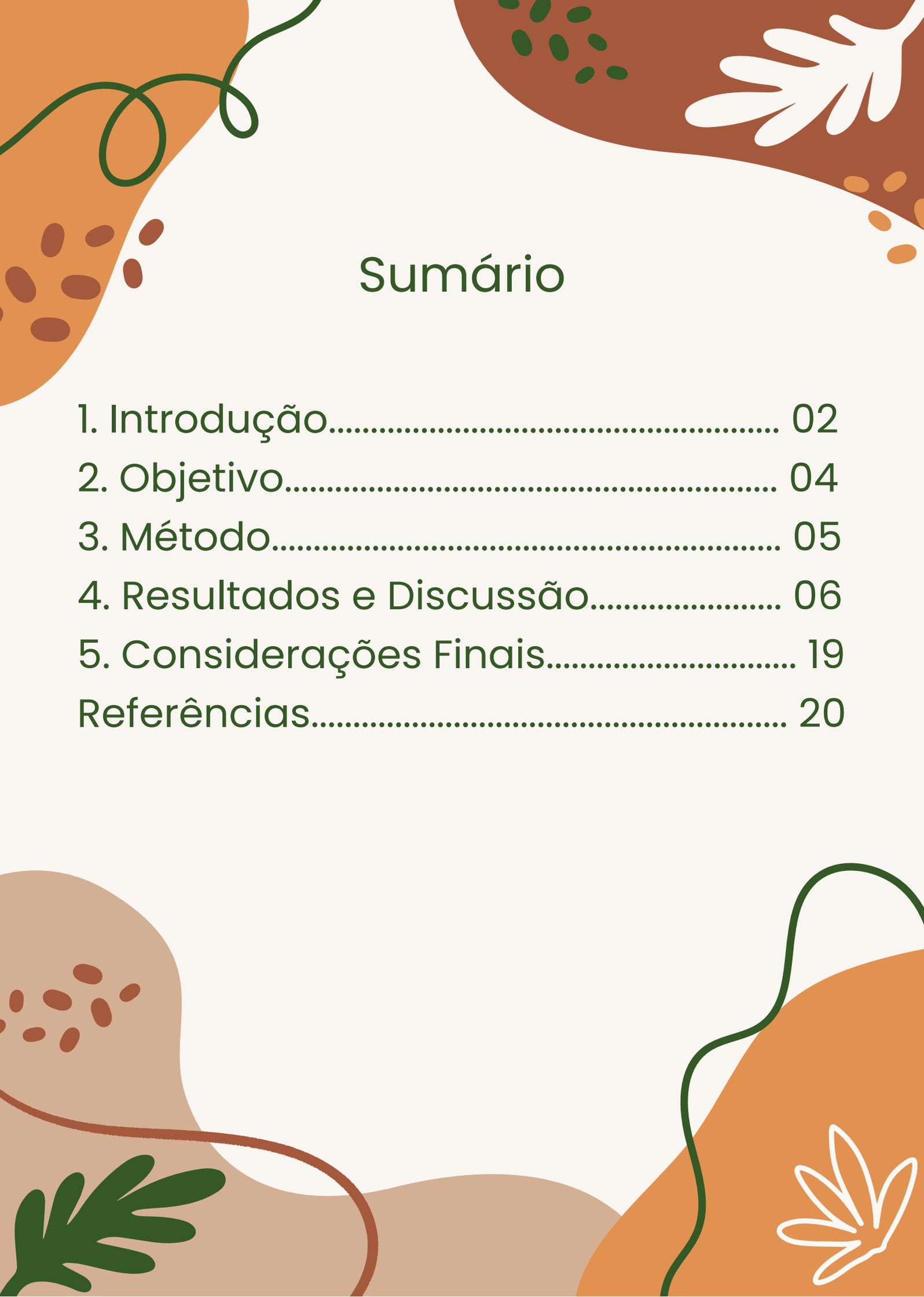
PESQUISA

Significados de boa morte para pessoas com câncer

MARCELA POLINO GOMES

ORIENTADOR(A): PROF^ª DR^ª FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO

Pelotas, 2023



Sumário

1. Introdução.....	02
2. Objetivo.....	04
3. Método.....	05
4. Resultados e Discussão.....	06
5. Considerações Finais.....	19
Referências.....	20

1. INTRODUÇÃO

O câncer tem se transformado em uma das DCNT com maior impacto na saúde da população, só no ano de 2019, também na faixa etária entre 30 a 69 anos, houveram 120.994 óbitos por neoplasias malignas. No triênio 2020-2022 estima-se como incidência 625 mil novos casos de câncer por ano (INCA, 2020).

Diferentemente de outras doenças crônicas, o câncer é carregado de significados e, por isso, possui grande impacto na vida do doente. Susan Sontag (2007), em sua obra "Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas" expõe como as doenças, em especial o câncer e a AIDS, podem carregar significados e muitas vezes noções punitivas.

No caso de câncer, a autora retrata as metáforas militares na "luta" contra a doença, na qual as células tumorais são "invasivas", as "defesas" do corpo não as identificam, a intervenção cirúrgica mais eficiente é aquela "radical" e os tratamentos são empregados a fim de "matar" as células tumorais. A autora ainda exprime que "O câncer atua segundo roteiro de ficção científica: uma invasão de células "alienígenas" ou "mutantes", células mais fortes do que o normal" (SONTAG, 2007, s/p). Essas expressões militares ao referir-se ao câncer perduram nos dias atuais, criando a partir de seu diagnóstico um ambiente de guerra, da qual o paciente sairá perdendo, visto que sua doença é "maligna".

No que tange aos cuidados à pacientes que vivem com câncer em estágio avançado, ou seja, que não respondem ao tratamento modificador, a recomendação é que sejam cuidados sob a perspectiva dos Cuidados Paliativos (CP). Os cuidados paliativos são definidos como cuidados holísticos ofertados às pessoas que se encontram em intenso sofrimento em decorrência de doenças severas que ameaçam a vida (IAHPC, 2018). O objetivo dos CP é melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento desses pacientes e de seus familiares, abrangendo cuidados nas esferas físicas, psicológicas, sociais e espirituais (WHO, 2020). Além de promover o alívio do sofrimento nos diferentes âmbitos, os cuidados paliativos também possuem como princípio a afirmação da morte como um processo natural da vida. Isso envolve a promoção de cuidados de fim de vida que respeitem o ciclo vital, evitando a obstinação terapêutica tanto quanto o adiamento da morte (INCA, 2020).

O processo de morrer é complexo e variável, sendo influenciado por valores pessoais, espirituais, culturais e sociais. Essa influência é ditada não somente pelo morrente, mas por todos que vivenciam juntamente esse processo, sejam familiares, cuidadores e até mesmo profissionais de saúde. Em contrapartida, a morte pode ser definida de forma concreta como um fenômeno biológico, caracterizado pela interrupção dos sistemas orgânicos no organismo (HEISLER; MARTINS, 2022).

Sendo assim, os CP desempenham o papel de promover qualidade de vida e, em pacientes em fim de vida, também proporcionar uma morte confortável e digna, de acordo com os valores da pessoa cuidada. Nesse sentido surge o termo “boa morte”, sendo esse definido como “uma morte com o menor sofrimento possível” (CERVELIN; KRUSE, 2015, p.7622).

No que tange à **justificativa** para realização deste estudo, destaca-se o caráter variável da boa morte, uma vez que essa é influenciada por experiências pessoais, sociais e culturais. Além disso, ao realizar uma busca livre com o termo “boa morte” no Google Acadêmico é possível observar uma lacuna em relação à presença de atuais na área das ciências da saúde sobre o que se configura como uma boa morte, sobretudo de pesquisas que se apliquem ao cenário brasileiro, uma vez que as práticas de eutanásia e suicídio assistido são estritamente proibidas no país.

Da mesma forma, observa-se carência de estudos que abordem o conceito e a obtenção da boa morte para pacientes no hemisfério ocidental, já que a maioria dos estudos publicados nos últimos dez anos foram desenvolvidos em países orientais, como o Japão (ASO et al., 2022; HAMANO et al., 2017; HASEGAWA et al., 2020; IGARASHI et al., 2021; MIYASHITA et al., 2015, 2015; MORI et al., 2019, 2020; NAKANO et al., 2013; SHINJO et al., 2015; WU et al., 2022).

Frente ao exposto, esta pesquisa apresenta como **questões de pesquisa**: Quais os significados de “boa morte” para pessoas com câncer? Quais os aspectos envolvidos na “boa morte” para pessoas com câncer?



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer os significados sobre “boa morte” para pessoas com câncer.

2.2 Objetivo específico

Descrever os aspectos envolvidos na “boa morte” para pessoas com câncer.

3. Método

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

3.2 Cenário

Unidade de Atenção domiciliar e Cuidados Paliativos (UADCP) pertencente ao Hospital Escola UFPel/EbserH e no domicílio do participante.

3.3 Participantes

Amostra do tipo intencional, composta por 7 pessoas com câncer vinculadas à UADCP.

3.4 Técnica de produção de dados

Os dados foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas através da captação de áudio por gravador e, posteriormente, transcritas.

3.5 Aspectos éticos

Essa pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecida pelas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 e Resolução COFEN nº 564/2017. Esse estudo também foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 5.815.767/ CAEE 66016722.4.0000.5337 (BRASIL, 2012, 2016; COFEN, 2017).

3.6 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o mês de jan/2023, com uma entrevista piloto em dez/2022. As enfermeiras do setor foram contatadas em três momentos para coleta de indicações. Após, foi realizado contato telefônico com os possíveis participantes e realizado convite para participação. Após o aceite, foram agendados dia e hora da entrevista, a ser realizada no domicilio do entrevistado.

3.7 Análise de dados

A etapa de análise dos dados seguiu a proposta de John W. Creswell (2010). Os dados foram codificados pelo Programa Atlas.ti e organizados de forma narrativa por similitude

4. Resultados e discussão

Foram entrevistadas sete pessoas com câncer atendidas pelo serviço de atenção domiciliar. Dentre os entrevistados, seis eram mulheres e um era homem com idades de 33, 37, 48, 52, 56, 63 e 91 anos. Todos residiam na cidade de Pelotas, entretanto três eram naturais de Pedro Osório, Canguçu e Santo Ângelo. Em relação à doença, duas participantes possuíam diagnóstico de câncer de mama e duas de câncer de útero, os demais possuíam câncer de pâncreas, próstata e esôfago. Quanto ao tratamento, quatro referiram realizar quimioterapia, um hormonioterapia, um braquiterapia e um relatou estar em remissão e, por esse motivo, não estava realizando tratamento no período da entrevista. Um entrevistado não tinha conhecimento sobre o seu diagnóstico, por esse motivo as informações relativas à doença foram coletadas a partir de um familiar presente no momento da coleta. Quanto às experiências com perdas de familiares ou pessoas próximas, seis relataram já ter perdido algum familiar e apenas um não relatou perdas. O vínculo entre o entrevistado(a) com as pessoas falecidas variou entre mãe, pai, filho, irmã(ão), avós, tios(as), sogra(o), ex-cônjuge, cunhada, genro.

4.1 Perdas de si e perdas do outro

4.1.1 Perdas de si

Quando questionados sobre como tem sido a sua vida desde a descoberta da doença, alguns entrevistados expressaram os sentimentos e as preocupações vivenciados durante o diagnóstico:

Bom, desde que eu descobri a doença tem sido uma guerra, né. Uma luta. Todo dia é uma luta. (Entrevistado 7)

Então no momento quando eu tive esse diagnóstico eu fiquei apavorada, né. Se eu tivesse sozinha eu não sei o que teria acontecido. E fiquei com medo, sim. Medo de morrer, porque a primeira coisa que fala: câncer, é morte. É a primeira coisa. Geralmente é o que as pessoas passam pra gente, e o que a gente vê, né. No dia a dia, geralmente, ah, câncer, bom já tá programado pra morrer. Então não foi fácil. (Entrevistado 4)

Ah... [murmuro] Foi muito difícil. Passei com essa erisipela muito tempo, fazendo curativo, e assim... Trabalho que dava ali, fazer curativo, não poder caminhar já direito [inaudível]. Que que eu posso... Não tenho, não posso fazer aquela atividade que eu tinha, e que gostaria ainda de ter. (Entrevistado 5)

Das falas apreende-se que a experiência de diagnóstico causa impacto na vida, emergindo comparações com experiências anteriores, medos e inseguranças. Esse achado corrobora com a literatura, a qual atrela o processo de diagnóstico a sentimentos de medo, sofrimento e fragilidade, podendo resultar em sinais e sintomas de ansiedade, tristeza e dúvida, exigindo a presença de pessoas próximas como forma de suporte ao paciente (COSTA et al., 2016; SANTOS, W. et al., 2022). Podemos também caracterizar a ocasião do diagnóstico como a primeira das perdas dentro do processo de saúde-doença, no qual a pessoa deixa de ser “saudável” e passa a ter uma doença diagnosticada. Nesse caso, o conceito de saudável baseia-se na ideia de saúde como ausência de doença, entretanto, é sabido que a saúde engloba não só o bem-estar físico, como também social e mental (BRASIL, 2021).

Ademais, durante as entrevistas foram descritas limitações nas atividades diárias, como demonstram os excertos:

Eu tô fraca, eu não posso sair pra fazer nada, executar nada fora. Aonde eu vou eu tenho que ir de [nome de aplicativo de transporte privado], tenho que ir de carro, não consigo subir no ônibus.[...] Mudou isso de eu não poder fazer essas outras coisas que eu fazia, isso aí que mudou. E eu não conseguir executar tudo que eu tenho vontade de executar. Por causa de levantamento de peso, de eu ficar cansada... Eu fui fazer uma coisinha ali no canteirinho e caí no chão. Tonteei e quando vi eu já tava caída. Aí meu esposo teve um AVC, tem o lado esquerdo paralisado, aí sorte que tava um vizinho ali que me levantou porque eu não conseguia levantar sozinha.[...] Eu não consigo fazer muita coisa não... Não consigo... (pegar) Peso porque eu uso uma sonda, então não consigo levantar peso. Então tem certas coisas que, embora eu queira fazer, eu não consigo fazer. (Entrevistado 3)

Não consigo me... Esquentar uma comida, não consigo, entendesse? Eu ando de andador, então tá mais... Tô mais limitada, assim. [...] eu tô sentada aqui né [aponta pro sofá] na... Com meus pés pra cima porque eu desenvolvi uma trombose, né. Então eu venho pra cá, sento aqui, fico aqui, converso, como, almoço, tudo aqui, né. Aí chega uma certa hora da noite eu vou pra cama, deito pra dormir. Eu fico aqui o tempo inteiro, fazendo isso. (Entrevistado 7)

No momento, eu não tô fazendo muita coisa porque pela doença me sinto muito cansada, né. Mas eu tento igual ajudar nos afazeres de casa, fazer a comida, alguma coisa assim. Mas no momento eu tô mais parada. [...] Me sinto bastante cansada. (Entrevistado 4)

Dentre as limitações, os entrevistados também relataram não conseguir realizar as atividades de lazer que antes lhes davam prazer.

Agora não pratico quase nada, fico só mais parada em casa porque eu me sinto muito cansada por causa da quimioterapia. [...] Ah, antes eu fazia dança que eu gostava. Eu dançava e fazia musculação, academia... Tudo normal, assim. Só que agora eu não consigo por causa que eu me sinto muito fraca, muito cansada. Aí qualquer coisa... Se fico muito tempo em pé já caio, já... Aí agora não consigo fazer muita coisa. (Entrevistado 6)

Agora não realizo nada. Eu fazia crochê, e tricô. Mas aí como eu tô com o tendão do braço rompido, aí eu não to fazendo nada, porque dói muito. (Entrevistado 2)

Antes eu conseguia fazer uma caminhadinha, uma coisa assim. Hoje em dia já não dá. Eu tô andando, dentro de casa não, mas na rua eu tenho que andar de bengala, né? Eu já fico mais... Eu tô perdendo a força nessa perna [indica para perna direita], então fica ruim, né? Pra mim tá. (Entrevistado 1)

Eu dançava, fazia zumba com a minha filha. A gente fazia caminhada, a gente dançava em casa. As atividades normais do dia a dia, tudo isso já parou. (Entrevistado 4)

Só aquela atividade que eu gostaria de ter, e não tenho. Mas vou indo, vou levando... Sinto falta.[...] Não posso assim, sabe... Me dói as pernas. Pra caminhar... Sinto essa dor, agora quando eu levanto mesmo essa dor... Dói muito. (Entrevistado 5)

Esses relatos corroboram com o achado de um estudo realizado por Martins et. al (2023) com pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, o qual enfatiza os impactos do adoecimento da vida dos indivíduos, sobretudo nos âmbitos físico e emocional. Outras mudanças também foram apontadas nas entrevistas, além dos impactos emocionais dessas na vida dos entrevistados.

Porque agora a gente tá vendendo a casa, também, né. E eu vou pra um apartamento bem pequenininho, térreo né. (Entrevistado 1)

Tem dias que é bem chato, por causa que, bah, tu não consegue fazer nada, tu tá com dor... (Entrevistado 6)

Péssima. Tem sido péssima (a vida). [...] Porque eu entrei em depressão, eu não tenho mais vontade de sair, não tenho mais vontade de rir, não tenho mais vontade de chorar. Então se tornou um... péssima. (Entrevistado 2)

Percebe-se que as limitações causadas pela doença incluem tanto a impossibilidade de realizar atividades cotidianas com independência como, por exemplo, levantar do sofá ou aquecer a própria comida, até mesmo a realização de atividades que dão prazer. Carlos e Teixeira (2023) também ressalta que além da rotina diária, lazer e o trabalho, essas modificações transpassam a esfera individual da pessoa adoecida, gerando mudanças em toda a rede familiar e afetando-a de diferentes formas e atingindo diferentes papéis.

A dor, o cansaço, a fraqueza e a parestesia foram os sintomas apontados como causadores dessas limitações, além de outras razões, que podem ou não ter relação com o câncer, como o uso de sonda, rompimento de tendão, trombose e convulsão. Ao encontro ao presente estudo, um estudo concluiu que o domínio físico foi o mais comprometido quando analisada qualidade de vida em homens com câncer em tratamento quimioterápico (MUNIZ et al., 2021).

Além disso, os impactos emocionais também contribuem para uma experiência cotidiana negativa. Nesse sentido, um estudo brasileiro com pacientes em tratamento quimioterápico constatou que a presença de sintomas depressivos e de ansiedade influencia de forma negativa o processo de enfrentamento frente ao tratamento oncológico (SANTOS, J. et al., 2022). Esses sentimentos podem ser observados através de menções acima feitas pelas entrevistadas 2 e 6, os quais utilizaram termos como “chato” e “péssimo” ao referir-se à alguma situação.

A partir dessa subcategoria, foi possível evidenciar que ao longo do processo de adoecimento, os entrevistados vivenciaram diversas perdas, como por exemplo a perda da sua saúde, da independência, da rotina e das atividades que lhes dão prazer. Todas as modificações ocorridas pelo advento do câncer, podendo essas serem grandes ou pequenas, impactam radicalmente o seu cotidiano.

4.1.2 Perdas do outro

As experiências prévias de situações de adoecimento e morte de pessoas próximas operam como “lentes” de visão. Ou seja, a depender das experiências e o julgamento dessas como “boas” ou “ruins” é que serão moldadas as percepções e opiniões da sua própria experiência.

Ao conversar sobre suas experiências de perdas, os entrevistados identificaram a boa morte para o outro, considerando como importante sobretudo, a necessidade de cuidar e dar atenção à pessoa que está morrendo. Ainda, algumas das entrevistadas identificaram a morte como a cessação do sofrimento, como uma forma de morrer com dignidade, e também de descanso da pessoa adoecida.

É... Ter mais paciência né, dedicar... Tu ter consideração, querer fazer o melhor pra pessoa se sentir melhor, fazer a pessoa não se entregar, né? De dar... Tentar dar uma esperança, da pessoa ter expectativa de querer se ajudar, né. (Entrevistado 4)

Carinho, atenção, né? Toda atenção, tu dar tudo o que tu pode dar de carinho, pra que a pessoa se sinta bem, né. Já tá "mais pra lá do que pra cá", né. Tem gente que não tem paciência, ter paciência. Mas o principal é ter o carinho e o amor dessa pessoa, cuidar bem dessa pessoa. (Entrevistado 3)

A minha mãe foi de câncer, né. Ela tava bem velhinha já, já tinha uma esclerose, já tinha uma esquizofrenia... Pra ela foi um descansar, ali ela descansou. [...] Não sofreu, morreu dormindo. Ela morreu dormindo. Na casa dela, na cama dela, né. Então foi bem... Bem legal, assim... A partida dela. [...] ela merecia ter uma morte digna, assim, tranquila. Sem dor, sem sofrimento, e foi assim que ela partiu. [...] Pra ela foi um descansar, ali ela descansou. Ela não sentiu dor, nada disso, ela não teve isso. (Entrevistado 7)

Porque ela tava sofrendo muito, né. Porque o câncer dela quando chegou no cérebro ela já não... Ela não reconhecia mais as pessoas, ela... Sabe quando a pessoa entra em um sofrimento muito profundo. Então assim, oh, ao mesmo tempo que eu sofri com a partida dela, foi um... Eu sei que ela descansou. Sabe? Então deu um... É uma coisa estranha de dizer, mas deu um alívio, da gente ver que a pessoa parou de sofrer. Porque aquilo não era mais vida, né. Tanto ela quanto os meus tios também, né. Então é, é... É complicado, né, mas a gente tem que aceitar, né? Enfim. (Entrevistado 1)

O conceito de dignidade, citado pela entrevistada 7, é abstrato e bastante complexo, sendo necessário debruçar-se em bases filosóficas e jurídicas para a sua devida compreensão. No entanto, no que tange ao fim de vida, a manutenção da dignidade pode ser entendida como o direito do indivíduo de realizar deliberações acerca do seu próprio tratamento, respeitando a sua autonomia (LUNECKAITĖ; RIKLIKIENĖ, 2022).

Além das perdas por morte que ocorrem muitas vezes de forma imprevisível, as pessoas vivenciando situações de adoecimento também podem experimentar perdas através do afastamento da rede de apoio, como foi exposto por alguns dos entrevistados.

Até há algum tempo atrás eu tinha ele [ex-marido], no caso, que sempre me ajudou bastante. É que surgiram outras situações, e ele quis a separação, e eu respeito a decisão dele, né. [...] E vou ficar... Vou morar sozinha, né. Eu vou morar sozinha. Então, assim... São coisas (separação) que surgiram assim, de repente, e agora que eu tô... Mas a gente vai em frente. (Entrevistado 1)

Eles dois né (esposo e filha), porque tu sabe que nessa hora, na hora das doença todo mundo se dispara. (Entrevistado 3)

São as pessoas mais próximas de mim (filhos, pai, mãe e esposo), e no momento que eu tô passando é quem tá comigo de verdade, né. (Entrevistado 4)

Observando os excertos é possível concluir que, em situações de adoecimento, a rede de apoio dos pacientes se restringe possivelmente às pessoas com maior vínculo afetivo. No entanto, nota-se a partir da fala da entrevistada 1 que, mesmo o vínculo matrimonial não manteve-se diante da situação de adoecimento.

Susan Sontag (2007) também atribui esse fenômeno de afastamento a partir da ideia que “qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa” (SONTAG, 2007, n.p.). Kovács (1992) também ressalta o medo do “contágio psíquico”, visto a íntima ligação entre o câncer, o sofrimento e a morte. Isto é, mesmo não sendo uma doença transmissível, o modo com que a sociedade percebe o câncer, sobretudo de forma estigmatizada, gera uma espécie de repulsa, provocando o distanciamento da rede de apoio e, conseqüentemente, diminuindo a oferta de cuidado e conduzindo-o ao isolamento.

Mesmo relatando a proximidade de filhos, pais e esposos, os entrevistados deixam subentendido que há um afastamento da rede social após o diagnóstico de uma doença. Sendo assim, e tendo em vista todas as limitações causadas pela doença levantadas anteriormente, esse afastamento pode causar, além do grande risco de sofrimento e sensação de abandono, a sobrecarga daqueles que se mantêm realizando o cuidado. Os cuidadores familiares vivenciam sofrimentos físicos, psicológicos e sociais, uma vez que alteram sua rotina de vida e até mesmo de trabalho para garantir ao doente alimentação, higiene, transporte e medicações (ABREU; JUNIOR, 2018).

4.2 (Re)pensando a boa morte: significados e cuidados para promovê-la

4.2.1 Diálogos e silêncios sobre o final da vida e a morte

Quando questionados se já pensaram na possibilidade de morrer, vários entrevistados afirmaram que sim. Alguns referiram ter medo de morrer e apenas um relatou nunca ter pensado na possibilidade de morrer.

Ah, já pensei. Já pensei sim. Sim, a gente sempre pensa, né, não adianta, a gente pensa. Mas... [...] A última vez que eu fiquei apavorada foi quando eu baixei no PS, porque eu achei que eu não ia sair com vida de lá. Porque eu tava muito ruim, muito ruim, muito ruim. (Entrevistado 6)

Ah, já pensei, muitas vezes. Cada vez que eu vou pro hospital mal, que eu vou mal pro hospital depois eu começo a pensar que eu podia ter morrido, né. Aí eu já pensei muitas vezes. (Entrevistado 2)

Bem no início da doença, quando eu comecei o tratamento mesmo eu pensei que eu fosse morrer. Sabe? Eu... eu disse, bom... Eu não tinha força pra nada, nem pra... [...] era uma quimio muito forte. Eu não tinha força pra respirar. Eu disse agora eu [risos]... Agora eu vou morrer. [...] Mas várias vezes eu pensei que eu fosse morrer.(Entrevistado 1)

foi de noite, assim: Plim! Veio na mente. Acho que eu tava com dor, alguma coisa assim. Provavelmente. Né, aí pô essa dor não passa, aí eu tenho câncer [Murmuro]... Será que eu vou morrer? [...] Foi assim: eu posso morrer. E foi ruim, né. Mas depois eu nunca mais pensei nisso. Né, eu digo: Ah... Eu nem falo sobre isso, assim. Nunca mais pensei nisso, porque eu vou pensar nisso eu vou morrer. (Entrevistado 7)

Não pensei. [Murmuro] Logo que peguei essa doença, fiz o tratamento tudo, né. Não pensei nunca em morrer não. [Murmuro] tenho parente que morreu, uma amizade muito boa que a gente tinha... [inaudível] (Entrevistado 5)

Estudo dinamarquês realizado com pacientes hospitalizados e seus cônjuges buscou explorar o desejo destes em realizar conversas sobre o fim de vida (BERGENHOLTZ; MISSEL; TIMM, 2020). Como resultado, o estudo encontrou que alguns dos entrevistados possuíam muitas considerações sobre a morte e costumavam conversar com seus familiares e até planejar em detalhes questões pós-morte, enquanto outros transmitiam em suas falas a esperança de melhora e evitavam pensar na morte. Esse achado condiz com o encontrado no presente estudo, dado que noções como esperança, negação e aceitação também foram encontradas nos excertos.

Bergenholtz, Missel e Timm (2020) expõem que, muitas vezes, o paciente e seus familiares não estão no mesmo estágio no que tange à necessidade de falar sobre o fim de vida. Isto é, mesmo que alguma das partes sinta a necessidade de dialogar, pode não haver abertura, podendo resultar no isolamento e interdição do assunto no meio familiar.

Quando convidados a imaginar-se em uma situação de fim de vida, alguns entrevistados também relataram não conseguir mentalizar, conforme mostra os excertos:

Não sei, agora no momento não... Não consigo pensar sobre isso.[...] Mas assim, essas coisas assim de... Eu tento não pensar em final de vida, essas coisas assim de... Só quero ficar boa, né. Só... (Entrevistado 4)

Não sei, assim. [Murmuro] Não sei responder. [...] Não sei, não tenho essas coisas de... Conversar é importante, né. Mas eu não sou assim muito de... De conversar. [...] Não tem, assim... Imaginar o que que eu poderia sentir... (Entrevistado 5)

Não, sim, mas eu não imagino... Eu não imagino nada ainda. [...] [balança a cabeça fazendo sentido negativo]. (Entrevistado 3)

Não parei pra pensar muito sobre isso, assim, sabe. Ficar pensando sobre isso. Mas eu acho que é isso. (Entrevistado 6)

É possível observar que falar sobre a morte causa incômodo, sobretudo em quem evita pensar nela no seu cotidiano. Isso fica explícito nas seguidas negativas na mesma frase e também na linguagem não verbal. Para Kovács (1992, p. 14) "O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte". Segundo a autora, o que diferencia os humanos dos demais seres vivos é a bipartição entre conhecer sua originalidade e seu potencial de criação, ao mesmo tempo em que se tem conhecimento sobre sua própria finitude. Entretanto, mesmo com essa consciência da morte que o acompanha, o homem segue ignorando-a por toda a vida, como se fosse uma espécie de ser imortal (KOVÁCS, 1992).

Ainda sobre as conversas acerca do fim de vida, outros entrevistados referiram já terem conversado sobre essas questões com os seus familiares e amigos.

Eu sou bem tranquila, assim. Eu converso com ele [aponta para o marido], com meu marido. Com todo mundo, na verdade. Porque eu sou bem tranquila, eu acho que quando é pra ser vai ser, não adianta, não adianta. Não tem... (Entrevistado 6)

Já conversei com a psicóloga já. Já conversei com a psicóloga. (Entrevistado 2)

Um estudo japonês com 678 familiares enlutados concluiu que metade dos participantes conversavam com seus entes queridos sobre a morte, enquanto a outra metade não (MORI et al., 2017). Ainda, constataram que apenas 5,9% arrependeram-se de terem conversado sobre a morte, enquanto 33,3% dos participantes lamentaram não terem o feito suficientemente. Sendo assim, destaca-se a importância na realização de diálogos no meio familiar acerca da morte como um fator positivo, visto a baixa porcentagem de arrependimento quanto ao conversar sobre a morte.

É possível observar que o pensar na morte está intimamente ligado à ideia de morte iminente, nessa mesma lógica, podemos interpretar que o ato de evitar esses mesmos pensamentos pode retratar a esperança da cura, da extinção da doença.

4.2.2 Significados de boa morte

Quando questionados sobre o que seria uma boa morte, os entrevistados atribuíram diferentes significados. Alguns entrevistados referiram o morrer sem dor e sem sofrimento como importante para a boa morte.

Não ter dor, nem sofrimento. O principal é isso, não sofrer. Acho que é isso. Tu não ficar sofrendo, sofrendo, sofrendo. Que nem muitas pessoas aí que a gente vê assim e tão lá atirado, em cima de uma cama, e ficam sofrendo, ficam sofrendo. Eu acho que isso aí é a pior coisa que tem. (Entrevistado 6)

Sem dor, sabe? (Entrevistado 1)

Uma revisão sistemática buscou avaliar a dor em pacientes oncológicos a partir da análise de 122 artigos, e constatou taxas de prevalência de dor de 50,7% em todos os estágios de câncer. Quando observadas as taxas de estágio avançado de câncer, essa porcentagem sobe para 66,4%, já os pacientes em tratamento antineoplásico apresentaram taxas de prevalência de 55% e 39,3% após o tratamento curativo. Dentre os 52 estudos que abordaram a intensidade da dor, obteve-se uma taxa de prevalência de 38% de dor moderada a intensa (EVERDINGEN et al., 2016).

Outro estudo realizado com familiares de pessoas com câncer em cuidados paliativos evidenciou o subtratamento da dor crônica oncológica, uma vez que nenhum dos pacientes abordados no estudo fazia o uso da morfina – analgésico indicado para dor moderada a forte – mesmo apresentando dor refratária à analgésicos mais fracos (SILVA et al., 2020).

Outro significado atribuído foi o ato de morrer dormindo, assim como o morrer de uma forma tranquila:

Que eu morresse dormindo. Que aí não sentia nada.[...] É. Que eu morresse dormindo. (Entrevistado 2)

Aí sei lá, morrer dormindo. (Entrevistado 7)

Sei lá. Dormir e não acordar [Risos].É! Seria a melhor coisa, né? (Entrevistado 3)

Nota-se que vários dos entrevistados referem que uma boa morte significa morrer durante o sono. Esse achado vai ao encontro do expressado em outro estudo, no qual os participantes consideraram morrer durante o sono, de forma rápida e súbita, como a maneira preferida de morrer, como justificativa os participantes apontaram que dessa maneira não haveria sofrimento e deterioração física, além de que seria mais fácil para os seus entes queridos (SANDERSON et al., 2019). Esse significado pode estar associado à ideia anteriormente discutida, acerca do medo de sofrer e de, conseqüentemente, vivenciar a morte sofrida de forma consciente. Sendo assim, o semblante de tranquilidade observado durante o sono pode ser uma forma mais agradável de imaginar a sua própria morte.

No que tange ao local de morte, o morrer em casa também foi apresentado como um dos componentes para uma boa morte por alguns entrevistados, assim como o morrer no hospital foi citado como algo ruim.

Por isso que eu digo que gostaria de poder ficar em casa. Morrer em casa... Pra mim seria bom.[...] Ah, eu gostaria assim ó: de não morrer em um hospital [risos]. Eu gostaria de morrer em casa, sabe? Partir em casa (Entrevistado 1)

O melhor (morrer em casa), claro! Melhor que tá no hospital.[...] É...É... Pra ir pro hospital, para acabar e ter que morrer mesmo... (Entrevistado 3)

Nesse âmbito, destaca-se a Atenção Domiciliar (AD) como uma opção capaz de agregar tanto o cuidado assistencial profissional como também o aconchego dos domicílios. No contexto de fim de vida, a AD proporciona a continuação do cuidado ao mesmo tempo que assegura ao paciente que ele permaneça em um espaço impregnado de sua essência, bem como o desejado pelos(as) entrevistados(as) desse estudo (BRASIL, 2013)

Quando questionados sobre quais pessoas seriam importantes em uma situação de fim de vida ou morte, a maioria dos entrevistados citou a presença da família.

Com certeza eu queria meus filhos, meus pais, meu marido... Queria a minha família comigo. Sempre me apoiando como... É quem eu tenho de verdade. (Entrevistado 4)

As minhas... A minha companheira e as minhas filhas, seriam importantes. (Entrevistado 7)

Ao encontro, diversos estudos também destacaram a grande relação entre a boa morte e a presença e manutenção de uma boa relação com a família (BOVERO et al., 2020; ÖZYALÇIN ÖZCAN; ÇEVİK, 2021; GURDOGAN; AKSOY; KINICI, 2022; YUN et al., 2018b; CHINDAPRASIRT et al., 2019; HOU et al., 2022).

Sendo assim, observou-se que os significados da boa morte estavam relacionados principalmente ao morrer sem dor e dormindo, de forma tranquila, em casa e na presença de familiares. O medo da morte “feia”, com dor e sofrimento, pode ser a razão pela qual os entrevistados preferiram imaginar-se dormindo. No que tange ao local da morte, os entrevistados expressaram a vontade de morrer em casa em detrimento a morrer no hospital, sobretudo pela percepção de sofrimento presente no ambiente hospitalar.

4.2.2 Cuidados para uma boa morte

Além da presença da família já citada anteriormente, as equipes de saúde também foram muito citadas como uma rede de apoio importantes para os entrevistados, como é possível observar nos excertos:

Ta sendo muito importante mesmo quando eles [equipe de saúde] vem aqui, me ligam pra saber como é que eu tô, né. Porque a gente acaba... Eu sei que eu sou importante pra minha família, eu sei que eu sou importante. Mas a gente acaba se sentindo acolhido, protegido também, né. Porque de vez em quando a gente nem desabafa tanto com a família, né. De vez em quando a gente quer preservar mais a família e a gente acaba falando com as pessoas que são estranhas, mas que no fundo acho que conseguem entender a gente também, né. (Entrevistado 4)

Ah, é que eles... O pessoal que me atende também são muito legal, sabe? Eles são muito atenciosos, assim. São tudo muito... Até agora não tenho muito o que reclamar, assim, sabe? Por causa que os médicos são super bons, as enfermeiras, o pessoal do CERON, todo mundo assim. (Entrevistado 6)

Eu tenho o PIDI, né, eles são maravilhosos. [...] Eu só tenho a elogiar o PIDI, só elogiar. PIDI são maravilhosos, profissionais maravilhosos, todos. (Entrevistado 7)

A partir das falas, é possível perceber que o apoio das equipes de saúde vai além da atenção ao corpo físico, sendo inclusive comparado pela entrevistada 3 com o cuidado da família.

A atenção, o acolhimento e o cuidado das equipes de saúde mostrou-se como muito importante, sendo citado por seis entrevistados. É possível perceber que diferentes profissionais foram citados por alguns dos entrevistados, reforçando a necessidade do cuidado integral e multiprofissional.

Esse achado converge com o estudo de Oliveira e Cury (2020), o qual aborda a expressão de gratidão por parte dos pacientes às equipes de atenção domiciliar, visto que eles consideram o cuidado prestado no domicílio como humanizado, ágil e eficaz, refletindo em um vínculo fortalecido e uma relação amigável e afetuosa entre a equipe, o paciente e sua família. Além disso, o estudo evidenciou que os pacientes consideram que a atenção domiciliar transmite maior conforto, segurança e tranquilidade, quando comparado com outros serviços de saúde.

Também vai ao encontro do identificado por Martins et. al (2020) em estudo no qual os cuidadores de pessoas atendidas por um serviço de atenção domiciliar (o mesmo no qual a presente pesquisa foi realizada) relataram a importância da equipe de saúde na promoção de conforto aos pacientes e confiança aos familiares para lidar frente às situações de adoecimento.

Ainda no que tange às equipes de saúde e as práticas de cuidado realizadas por eles, apenas uma entrevistada refletiu sobre a importância dessas ao imaginar-se em uma situação de fim de vida ou morte:

Importante? Ah, não me furar tanto. Porque aquelas agulhas deles é horrível [risos]. (Entrevistado 6)

A colocação da entrevistada se mostra de grande importância, uma vez que demonstra o desejo que não sejam realizados procedimentos invasivos no fim da sua vida, nesse caso pressupõe-se que se trata da punção venosa periférica. Tais condutas devem ser revisadas a partir dos princípios da beneficência e não-maleficência e, sobretudo, respeitando a autonomia do paciente. A partir disso, é válido destacar que, a depender do objetivo da punção, a prática citada pela entrevistada pode ser considerada um procedimento potencialmente inapropriado, isto é, pode ser desnecessário do ponto de vista do paciente e até mesmo questionado eticamente, entretanto tem capacidade de alcançar o objetivo terapêutico almejado. Em contrapartida, tratamentos ou condutas que não possuem quaisquer bases fisiopatológicas e/ou não tenham a capacidade de gerar benefício terapêutico devem ser reconhecidos dentro do conceito de futilidade terapêutica (BOSSLET et al., 2015; VIDAL et al., 2022).

Por fim, quando questionados quanto aos cuidados importantes para uma boa morte, vários dos entrevistados referiram a atenção e o cuidado como pontos essenciais, como é possível observar nos excertos:

Mais valor... Sei lá. A atenção que eles dão pra gente, eu acho. Pra gente não se sentir tão... Tão ruim assim. Porque eles dão bastante atenção aí tu te sente... [...] Acolhida, é. Aí isso aí te deixa melhor, tu não fica tão mal assim. Eu acho que é isso, a atenção que eles dão pra gente, eu acho. (Entrevistado 6)

Atenção deles (profissionais). São muito atencioso... Isso é muito importante. (Entrevistado 2)

O que eles tão fazendo. Tão tendo todo o carinho, toda atenção, toda medicação que falta. (Entrevistado 3)

É o carinho, a atenção... Que tenha né... [...] O carinho, a atenção, a dedicação, né. De tá ali junto mesmo. (Entrevistado 7)

Ah, eu gostaria sempre de ser acolhida, como eu tô sendo, né. (Entrevistado 4)

Novamente nota-se a gratidão dos entrevistados para com as equipes de saúde que realizam o cuidado no domicílio. Ao vivenciar o cuidado humanizado dentro de suas próprias residências, os entrevistados formularam seus desejos perante à uma situação de fim de vida: seguir sendo cuidado com atenção e carinho. Nesse sentido, observa-se o significado de atenção como a “expressão de cuidado; dedicação” (DICIO, [s.d.]a) e carinho como “gesto meigo e afetivo; afago ou carícia; demonstração de zelo e cuidado; manifestação de afeto” (DICIO, [s.d.]b).

5. Considerações finais

A partir do presente estudo foi possível conhecer os significados sobre “boa morte” para pessoas com câncer e descrever os aspectos envolvidos na “boa morte” para pessoas com câncer. No que tange aos significados de boa morte, observou-se que esses estão, em suma, atrelados ao morrer na sua casa de forma tranquila, dormindo, sem dor e com a presença da família. Já em relação aos cuidados para uma boa morte, estão, principalmente, o carinho e a atenção no fim da vida, sendo que um(a) entrevistado(a) também relatou a cessação de medidas invasivas. Ainda, ressalta-se o trabalho das equipes de atenção domiciliar, visto que foi mencionado por muitos dos(as) entrevistados(as) como um fator positivo no enfrentamento da doença.

Além disso, foi possível concluir que ao longo do processo de adoecimento as pessoas com câncer vivenciam diversas perdas e modificações, repercutindo nos âmbitos físicos, emocionais e sociais. A partir disso, alguns(mas) dos(as) entrevistados(as) referiram traçar estratégias para lidar com as limitações e mudanças ocasionadas pela doença.

No que concerne ao pensar sobre o morrer, observou-se que todos os entrevistados já o fizeram, com exceção de um. Mesmo assim, quando convidados a imaginar-se numa situação de fim de vida, três referiram não conseguir fazê-lo. Sendo assim, conclui-se que pensar e falar sobre a finitude ainda é difícil, mesmo para quem já pensou sobre a morte.

Como potencialidades do estudo, ressalta-se que a pesquisa permitiu que os entrevistados expusessem suas narrativas em relação à sua vivência frente ao adoecimento, não limitando-se somente às percepções de fim de vida, oportunizando um enriquecimento do material de análise e permitindo uma discussão mais ampla. Além disso, entende-se que a presente pesquisa sensibilizou seus participantes a pensar sobre temáticas pouco abordadas, como o fim da vida, podendo servir também como um disparador para outras conversas sobre o assunto.

Referências

- ABREU, A. I. S. C. DE S.; JUNIOR, Á. L. C. Family caregiver workload with the oncologic patient and nursing. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 12, n. 4, p. 976–986, 4 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234371>. Acesso em: 14 mai. 2023.
- ASO, S. et al. Association between temporary discharge from the inpatient palliative care unit and achievement of good death in end-of-life cancer patients: A nationwide survey of bereaved family members. *Japan Journal of Nursing Science*, v. 19, n. 3, jul. 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12474>. Acesso em: 28. set. 2022
- BERGENHOLTZ, H.; MISSEL, M.; TIMM, H. Talking about death and dying in a hospital setting – a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC palliative care*, v. 19, n. 1, p. 168, 2 nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7607873/>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- BOSSLET, G. T. et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 191, n. 11, p. 1318–1330, 1 jun. 2015. Disponível em: https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201505-0924ST?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BOVERO, A. et al. Definition of a Good Death, Attitudes Toward Death, and Feelings of Interconnectedness Among People Taking Care of Terminally ill Patients With Cancer: An Exploratory Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 37, n. 5, p. 343–349, maio 2020. Disponível em: [10.1177/1049909119883835](https://doi.org/10.1177/1049909119883835). Acesso em: 28. set. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 14 nov. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- _____. O que significa ter saúde? Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-querome-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 13 mai. 2023.
- _____. PORTARIA No 963, DE 27 DE MAIO DE 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 10 jun. 2023.
- CARLOS, C. A. L. V.; TEIXEIRA, K. M. D. Diagnóstico e tratamento oncológico: reflexão acerca das mudanças na vida do paciente e de sua família. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 13, n. 39, p. 473–490, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1067>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- CHINDAPRASIRT, J. et al. Perception of a “good death” in Thai patients with cancer and their relatives. *Heliyon*, v. 5, n. 7, p. e02067, jul. 2019. Disponível em: [10.1016/j.heliyon.2019.e02067](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02067). Acesso em: 28. set. 2022
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 14 nov. 2022.
- COSTA, J. M. et al. Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 19, n. 2, p. 5–23, 23 jul. 2016. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/417>. Acesso em: 01 mai. 2023.
- CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.
- DICIO, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Atenção. [s.l: s.n.]a. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/atencao/>. Acesso em: 17 jun. 2023
- DICIO, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Carinho. [s.l: s.n.]b. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/carinho/>. Acesso em: 17 jun. 2023
- EVERDINGEN, M. H. J. VAN DEN B. et al. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 51, n. 6, p. 1070– 1090.e9, 1 jun. 2016. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30048-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)30048-3/fulltext). Acesso em: 17 jun. 2023.

GURDOGAN, E. P.; AKSOY, B.; KINICI, E. The Concept of a Good Death From the Perspectives of Family Caregivers of Advanced Cancer Patients. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, v. 85, n. 2, p. 303–316, jun. 2022. Disponível em: [10.1177/0030222820945082](https://doi.org/10.1177/0030222820945082). Acesso em: 28. set. 2022

HAMANO, J. et al. Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, v. 20, n. 11, p. 1252–1259, nov. 2017. Disponível em: [10.1089/jpm.2017.0049](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0049). Acesso em: 28. set. 2022

HASEGAWA, T. et al. Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care Units and Achievement of a Good Death: Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 6, p. 1163–1169, dez. 2020. Disponível em: [10.1016/j.jpainsymman.2020.06.031](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.031). Acesso em: 28. set. 2022

HEISLER, J.L.; MARTINS, M. das G.T. FINITUDE: a morte, o morrer e assistência a pacientes oncológicos terminais na visão dos profissionais de saúde. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, v.8, n5, p.653–674. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5392>. Acesso em: 19 nov. 2022

HOU, X. et al. Preferences for a good death: a cross-sectional survey in advanced cancer patients. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 12, n. e4, p. e570–e577, out. 2022. Disponível em: [10.1136/bmjspcare-2018-001750](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001750). Acesso em: 28. set. 2022

HUI, D. et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 47, n. 1, p. 77–89, 1 jan. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413002431>. Acesso em: 02. nov. 2022

IAHPC. Global Consensus based palliative care definition. 2018. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 15. out. 2022. Disponível em: Acesso em: 28. set. 2022

IGARASHI, N. et al. Are cancer patients living alone more or less likely to achieve a good death? Two cross-sectional surveys of bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*, v. 77, n. 9, p. 3745–3758, set. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34028846/>. Acesso em: 28. set. 2022

INCA. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>. Acesso em: 01. nov. 2022

KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LUNECKAITĖ, Ž.; RIKLIKIENĖ, O. Dignity at the end of life: from philosophy to health care practice - Lithuanian case. *Monash Bioethics Review*, v. 40, n. Suppl 1, p. 28–48, dez. 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40592-022-00160-w>. Acesso em: 13 mai. 2023.

MARTINS, M. C. et al. Significados de conforto para pessoas com câncer avançado em tratamento ambulatorial. *Salud, Arte y Cuidado*, v. 16, n. 1, p. 5–14, 25 jan. 2023. Disponível em: <https://revistas.uclv.edu/index.php/sac/article/view/4353>. Acesso em: 17 jun. 2023.

MARTINS, S. B. et al. Percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 38, p. 103–120, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682020000100103&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jun. 2023.

MIYASHITA, M. et al. A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 50, n. 1, p. 38–47.e3, jul. 2015b. Disponível em: [10.1016/j.jpainsymman.2015.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.01.007). Acesso em: 28. set. 2022

MIYASHITA, M. et al. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer “fighting against cancer”. *Supportive Care in Cancer*, v. 23, n. 1, p. 103–110, jan. 2015a. Disponível em: [10.1007/s00520-014-2323-z](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2323-z). Acesso em: 28. set. 2022.

MORI, M. et al. Talking About Death With Terminally-Ill Cancer Patients: What Contributes to the Regret of Bereaved Family Members? *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n. 6, p. 853–860.e1, 1 dez. 2017. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30340-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30340-8/fulltext). Acesso em: 20 mai. 2023.

MORI, M. et al. The Bereaved Families’ Preferences for Individualized Goals of Care for Terminal Dyspnea: What Is an Acceptable Balance between Dyspnea Intensity and Communication Capacity? *Palliative Medicine Reports*, v. 1, n. 1, p. 42–49, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8241337/>. Acesso em: 28. set. 2022

MORI, M. et al. What determines the timing of discussions on forgoing anticancer treatment? A national survey of medical oncologists. *Supportive Care in Cancer*, v. 27, n. 4, p. 1375–1382, abr. 2019. Disponível em: [10.1007/s00520-018-4423-7](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4423-7). Acesso em: 28. set. 2022

MUNIZ, I. F. et al. Repercussões do câncer na qualidade de vida de homens em tratamento quimioterápico. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 41, dez. 2021. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682021000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 mai. 2023.

NAKANO, K. et al. Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. *Palliative and Supportive Care*, v. 11, n. 5, p. 405–413, out. 2013. Disponível em: [10.1017/S1478951512000442](https://doi.org/10.1017/S1478951512000442). Acesso em: 28. set. 2022

OLIVEIRA, A. E. G. DE; CURY, V. E. A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES ASSISTIDOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD). *Psicologia em Estudo*, v. 25, p. e44108, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/X4YqkQrWqHvDKPQdJvMTSNk/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ÖZYALÇIN ÖZCAN, D.; ÇEVİK, B. Opinions of Cancer Patients, Their Relatives, and Nurses on Good Death. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, dez. 2021. Disponível em: [10.1177/00302228211053473](https://doi.org/10.1177/00302228211053473). Acesso em: 28. set. 2022

SANDERSON, C. et al. “I want to die in my sleep”—how people think about death, choice, and control: findings from a Massive Open Online Course. *Annals of Palliative Medicine*, v. 8, n. 4, p. 41119–41419, set. 2019. Disponível em: <https://apm.amegroups.com/article/view/24828>. Acesso em: 17 jun. 2023.

SANTOS, J. M. A. et al. Resiliência e Mecanismos de Defesa em Pacientes com Câncer em Quimioterapia Ambulatorial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 1, p. e-131557, 11 fev. 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1557>. Acesso em: 06 mai. 2023.

SANTOS, W. M. S. et al. O diagnóstico de câncer e o apoio interpessoal: percepção dos pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, v. 8, n. 16, p. 62–68, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://icesp1.websiteseuro.com/revistas/index.php/RBPeCS/article/view/1358>. Acesso em: 06 mai. 2023.

SHINJO, T. et al. Why People Accept Opioids: Role of General Attitudes Toward Drugs, Experience as a Bereaved Family, Information From Medical Professionals, and Personal Beliefs Regarding a Good Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 49, n. 1, p. 45–54, jan. 2015. Disponível em: [10.1016/j.jpainsymman.2014.04.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.015). Acesso em: 28. set. 2022

SILVA, R. S. DA et al. Perspectiva do familiar/cuidador sobre a dor crônica no paciente em cuidados paliativos. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 38, p. 18–31, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-45682020000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 jun. 2023.

SONTAG, S. *Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

VIDAL, E. I. DE O. et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00130022, set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JH99CDHVZVLMhHjv8XjTSzm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

WHO. World Health Organization, 2020a. Palliative Care. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 16 nov. 2022.

WU, C. et al. Association between the amount of artificial hydration and quality of dying among terminally ill patients with cancer: The East Asian Collaborative Cross-Cultural Study to Elucidate the Dying Process. *Cancer*, v. 128, n. 8, p. 1699–1708, 15 abr. 2022. Disponível em: [10.1002/cncr.34108](https://doi.org/10.1002/cncr.34108). Acesso em: 28. set. 2022

YUN, Y. H. et al. Priorities of a “good death” according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Supportive Care in Cancer*, v. 26, n. 10, p. 3479–3488, out. 2018b. Disponível em: [10.1007/s00520-019-04985-w](https://doi.org/10.1007/s00520-019-04985-w). Acesso em: 28. set. 2022.