



PRÁTICAS HUMANIZADAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÕES PARA A DIGNIDADE NO PROCESSO DE FIM DE VIDA

Herica Francine Pinto Meneses ¹; Vitória de Negreiros Barboza ²; Jéssica Maria Rocha Ferreira ³; Marília Santos De Moraes ⁴; Marttem Costa de Santana ⁵; Juliana Lopes de Freitas ⁶; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁷; Fernanda Guimarães Costa ⁸; Laysa Souza Medeiros ⁹; Nathalia Leticia Dos Santos Gomes ¹⁰

¹ Universidade Estadual de Montes Claros e Afya, Montes Claros, Minas Gerias, Brasil. E-mail: hericafrancine@gmail.com

² Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. E-mail: dra.vitoriabarboza@gmail.com

³ Faculdade Estácio de Sá, Belém, Pará, Brasil. E-mail: mariajessica830@gmail.com

⁴ UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariliasantos1001@gmail.com

⁵ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

⁶ Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jlfreitas@hcpa.edu.br

⁷ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁸ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fgcosta@hcpa.edu.br

⁹ Centro Universitário Ingá, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: laaysamedeiros@gmail.com

¹⁰ Universidade Federal Do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: E-mail:gomesnathy2512@gmail.com

RESUMO

Os cuidados paliativos representam uma abordagem essencial para a gestão estratégica em saúde, pois articulam assistência integral, planejamento do cuidado, comunicação qualificada e preservação da dignidade de pessoas em processo de fim de vida. O objetivo deste capítulo foi analisar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos para a dignidade de pacientes em terminalidade, considerando aspectos clínicos, familiares, comunicacionais, éticos e organizacionais da assistência. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa da literatura, com busca realizada em junho de 2026, contemplando publicações entre 2023 e 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, BVS, LILACS e SciELO, além de periódicos científicos de acesso aberto, com seleção final de oito estudos para composição do corpus de análise. Os resultados indicaram que a dignidade no fim de vida depende da integração entre controle de sintomas, comunicação sensível, respeito à autonomia, apoio familiar, cuidado domiciliar organizado, terapia da dignidade e redução de intervenções desproporcionais próximas da morte. A discussão demonstrou que práticas humanizadas não se restringem à relação individual entre profissional e paciente, pois também dependem da organização dos serviços, da continuidade assistencial, da equidade no acesso e da articulação entre atenção primária, equipes especializadas e rede hospitalar. Conclui-se que a humanização

em cuidados paliativos fortalece a gestão estratégica em saúde ao qualificar decisões, reduzir sofrimento evitável e promover cuidado digno, integral e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Humanização da assistência; Dignidade humana; Fim de vida; Gestão estratégica em saúde.

ABSTRACT

Palliative care represents an essential approach to strategic health management, as it combines comprehensive care, care planning, qualified communication, and the preservation of dignity for people facing the end-of-life process. The objective of this chapter was to analyze the contributions of humanized practices in palliative care to the dignity of patients at the end of life, considering clinical, family, communicational, ethical, and organizational aspects of care. The methodology used was a narrative literature review, with a search conducted in June 2026, covering publications from 2023 to 2026 in PubMed/MEDLINE, BVS, LILACS, and SciELO, as well as open-access scientific journals, with a final selection of eight studies for the analytical corpus. The results indicated that dignity at the end of life depends on the integration of symptom control, sensitive communication, respect for autonomy, family support, organized home care, dignity therapy, and the reduction of disproportionate interventions near death. The discussion showed that humanized practices are not limited to the individual relationship between professional and patient, as they also depend on service organization, continuity of care, equitable access, and coordination between primary care, specialized teams, and hospital networks. It is concluded that humanization in palliative care strengthens strategic health management by improving decision-making, reducing avoidable suffering, and promoting dignified, comprehensive, person-centered care.

Keywords: Palliative care; Humanized care; Human dignity; End-of-life care; Strategic health management.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos correspondem a uma abordagem ativa e integral destinada a pessoas com doenças graves, progressivas ou ameaçadoras da continuidade da vida, com foco na prevenção e no alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual do paciente e de seus familiares (Brasil, 2024).

No campo da saúde, a ampliação dos cuidados paliativos tem sido discutida como uma necessidade clínica, ética e organizacional, especialmente porque o processo de fim de vida exige intervenções que preservem conforto, autonomia, comunicação sensível e reconhecimento da pessoa para além do diagnóstico (INCA, 2023).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, reforça que a assistência deve ser ofertada de forma precoce, integrada à Rede de Atenção à Saúde e orientada por princípios como valorização da vida, respeito à autonomia, comunicação empática, cuidado multiprofissional e atenção às dimensões física, psicoemocional, espiritual e social (Brasil, 2024).

Nesse cenário, a dignidade no fim de vida aparece como dimensão central do cuidado, pois envolve privacidade, respeito aos valores pessoais, manutenção da identidade, participação nas decisões, apoio familiar e proteção contra práticas impessoais ou desproporcionais diante da terminalidade (Rodrigues *et al.*, 2025).

As pesquisas recentes também demonstram que a humanização nos cuidados paliativos depende da qualidade da comunicação entre equipe, paciente e família, sobretudo porque conversas sensíveis sobre prognóstico, sintomas, preferências e limites terapêuticos favorecem confiança, segurança e decisões compartilhadas (Rosa *et al.*, 2023).

Apesar do reconhecimento crescente dos cuidados paliativos como estratégia essencial para a qualidade de vida no fim da vida, muitos pacientes ainda vivenciam sofrimento evitável, internações repetidas, comunicação insuficiente, perda de autonomia e fragilidades na continuidade do cuidado entre hospital, domicílio e atenção primária (Mitchell *et al.*, 2024).

A dificuldade de integrar práticas humanizadas à rotina dos serviços de saúde torna-se um problema relevante porque o cuidado paliativo pode ser reduzido ao controle de sintomas físicos, sem contemplar adequadamente as necessidades emocionais, familiares, espirituais, culturais e sociais presentes na experiência de morrer (Sailian; Salifu; Preston, 2024).

No cuidado domiciliar, a ausência de orientação profissional e de comunicação contínua pode gerar insegurança nos familiares cuidadores, que passam a assumir responsabilidades complexas sem preparo suficiente para lidar com sintomas, medicamentos, decisões clínicas e sofrimento emocional no fim de vida (Xu *et al.*, 2024).

A literatura também aponta que desigualdades sociais, raciais, culturais e territoriais interferem no acesso aos cuidados paliativos e na qualidade da comunicação, o que pode comprometer a dignidade de pacientes pertencentes a grupos historicamente

vulnerabilizados ou residentes em regiões com menor oferta de serviços especializados (Rosa *et al.*, 2023).

Diante disso, o problema que orienta este capítulo consiste em compreender de que maneira as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a dignidade de pacientes em processo de fim de vida, considerando a comunicação, o apoio familiar, o cuidado domiciliar, a organização dos serviços e a redução de intervenções desproporcionais (Silva *et al.*, 2024; Mitchell *et al.*, 2024).

A escolha do tema justifica-se pela relevância dos cuidados paliativos para a saúde pública, uma vez que o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e a ampliação dos casos de câncer avançado tornam cada vez mais necessária uma assistência capaz de unir competência técnica, sensibilidade ética e cuidado centrado na pessoa (Brasil, 2024).

A discussão também se justifica porque a dignidade no fim de vida não depende apenas da existência formal de serviços paliativos, mas da forma como profissionais e instituições garantem escuta, conforto, privacidade, autonomia, comunicação clara, acolhimento familiar e continuidade assistencial (Rodrigues *et al.*, 2025).

Os estudos recentes mostram que intervenções humanizadas, como a terapia da dignidade, a comunicação centrada no paciente, o suporte aos cuidadores e a atuação de equipes especializadas no domicílio, podem reduzir sofrimento, fortalecer vínculos e melhorar a experiência de pacientes e familiares diante da terminalidade (Seiler *et al.*, 2024; McEwan *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a atenção primária à saúde apresenta potencial estratégico para identificar pessoas em fim de vida, acompanhar famílias, organizar visitas domiciliares e articular a rede de cuidado, o que torna a humanização um eixo indispensável para a efetivação da dignidade no território (Silva *et al.*, 2024).

Assim, investigar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos torna-se necessário para qualificar a assistência, ampliar o debate acadêmico e fortalecer uma compreensão do fim de vida baseada em respeito, autonomia, vínculo, alívio do sofrimento e cuidado integral (INCA, 2023; Brasil, 2024).

Parte-se da hipótese de que as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a preservação da dignidade no processo de fim de vida quando articulam

controle de sintomas, comunicação sensível, respeito à autonomia, apoio familiar, cuidado domiciliar organizado e integração entre os serviços de saúde.

Tem-se como objetivo o de analisar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos para a preservação da dignidade de pacientes em processo de fim de vida.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, modalidade de investigação bibliográfica que permite reunir, descrever e discutir produções científicas relevantes sobre determinado tema, sem a obrigatoriedade de seguir todas as etapas formais de uma revisão sistemática ou de uma revisão integrativa.

A revisão narrativa foi escolhida por possibilitar uma discussão ampliada sobre práticas humanizadas em cuidados paliativos, considerando que o tema envolve dimensões clínicas, éticas, emocionais, familiares, espirituais, comunicacionais e organizacionais relacionadas à dignidade no processo de fim de vida.

A busca bibliográfica foi realizada em junho de 2026, contemplando publicações disponíveis entre 2023 e 2026, com a finalidade de priorizar estudos recentes sobre cuidados paliativos, humanização, dignidade, comunicação, cuidado domiciliar e participação familiar no fim da vida.

As fontes consultadas foram PubMed/MEDLINE, sendo MEDLINE a sigla para *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; BVS, sigla para Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS, sigla para Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; SciELO, sigla para *Scientific Electronic Library Online*; além de periódicos científicos de acesso aberto, como BMC Palliative Care, Cancers, Journal of Palliative Medicine, Revista Contexto & Saúde e Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.

A busca utilizou descritores em português e inglês, considerando os Descritores em Ciências da Saúde, identificados pela sigla DeCS, e os Medical Subject Headings, identificados pela sigla MeSH, quando disponíveis nas bases consultadas.

As palavras-chave utilizadas em português foram: “cuidados paliativos”, “fim de vida”, “dignidade”, “humanização”, “comunicação”, “família”, “cuidadores familiares”,

“atenção primária à saúde”, “cuidado domiciliar”, “câncer avançado” e “terapia da dignidade”.

As palavras-chave utilizadas em inglês foram: “*palliative care*”, “*end-of-life care*”, “*dignity*”, “*humanized care*”, “*communication*”, “*family caregivers*”, “*primary health care*”, “*home palliative care*”, “*advanced cancer*” e “*dignity therapy*”.

O intercruzamento dos termos foi realizado por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizando AND para aproximar conceitos centrais e OR para ampliar a busca com termos equivalentes.

Os principais cruzamentos utilizados foram: “*palliative care*” AND “*dignity*”; “*palliative care*” AND “*humanized care*”; “*end-of-life care*” AND “*communication*”; “*palliative care*” AND “*family caregivers*”; “*home palliative care*” AND “*end-of-life cancer*”; “*dignity therapy*” AND “*palliative care*”; “cuidados paliativos” AND “dignidade”; “cuidados paliativos” AND “humanização”; “atenção primária à saúde” AND “fim de vida”.

Foram incluídos artigos publicados entre 2023 e 2026, disponíveis em texto completo, escritos em português ou inglês, relacionados diretamente aos cuidados paliativos e voltados à discussão sobre dignidade, humanização, comunicação, cuidado domiciliar, família, cuidadores, atenção primária à saúde ou organização do cuidado no fim da vida.

Foram excluídos artigos publicados antes de 2023, estudos duplicados, textos sem acesso ao conteúdo completo, publicações opinativas sem apresentação de método, estudos pediátricos, pesquisas centradas exclusivamente em tratamentos curativos e publicações que abordavam cuidados paliativos apenas de forma secundária, sem relação direta com a dignidade no processo de fim de vida.

O levantamento inicial localizou 42 estudos potencialmente relacionados ao tema, considerando artigos recuperados nas bases de dados, periódicos científicos e plataformas de acesso aberto.

Após a leitura dos títulos e resumos, 21 estudos foram excluídos por apresentarem relação indireta com o tema, foco excessivo em tratamento curativo, ausência de discussão sobre humanização ou pouca aproximação com o processo de fim de vida.

Na etapa seguinte, 21 estudos permaneceram para avaliação preliminar, dos quais 13 foram lidos na íntegra por apresentarem maior aproximação com os objetivos do capítulo.

Após a leitura completa, 5 estudos foram excluídos por não apresentarem resultados diretamente relacionados à dignidade, à comunicação, à família, ao cuidado domiciliar ou à organização dos serviços paliativos no fim da vida.

Ao final do processo de seleção, 8 estudos compuseram o corpus da revisão narrativa, por apresentarem maior aderência ao tema, atualidade científica, método definido e resultados relevantes para a discussão proposta.

O corpus final foi formado pelos estudos de Rosa *et al.* (2023), Seiler *et al.* (2024), Silva *et al.* (2024), SAILIAN, Salifu e Preston (2024), Mitchell *et al.* (2024), Bharadwaj *et al.* (2024), Xu *et al.* (2024) e McEwan *et al.* (2024).

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva, narrativa e comparativa, considerando o objetivo de cada pesquisa, o método utilizado, a amostra ou os participantes, os principais resultados e as contribuições para a compreensão das práticas humanizadas em cuidados paliativos.

Os estudos selecionados foram organizados em uma matriz de leitura contendo autor, ano, país, objetivo, delineamento metodológico, participantes ou amostra, instrumentos de coleta, principais achados e relação com a dignidade no processo de fim de vida.

A discussão foi construída a partir de quatro eixos temáticos: dignidade como princípio do cuidado paliativo; comunicação humanizada e tomada de decisão compartilhada; família, cuidadores e cuidado domiciliar; e organização dos serviços de saúde para redução de práticas desproporcionais no fim da vida.

Por se tratar de uma revisão narrativa baseada exclusivamente em artigos científicos, documentos públicos e materiais disponíveis em bases de acesso acadêmico, não houve coleta direta de dados com seres humanos.

Dessa forma, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, identificado pela sigla CEP, nem à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, identificada pela sigla CONEP, uma vez que não envolveu entrevistas, aplicação de questionários, prontuários, dados pessoais identificáveis ou intervenção direta com participantes.

A dispensa de submissão ao sistema CEP/CONEP fundamenta-se na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica não são registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas humanizadas em cuidados paliativos precisam ser compreendidas a partir da forma como cada estudo investigou a dignidade, a comunicação, o cuidado familiar, a atenção domiciliar e a organização dos serviços de saúde no processo de fim de vida (Rodrigues *et al.*, 2025).

A revisão integrativa realizada por Rodrigues *et al.* (2025) utilizou busca bibliográfica nas bases Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, LILACS e BDEnf, em setembro de 2024, com identificação inicial de 1.244 estudos e inclusão final de 12 publicações relacionadas à dignidade e ao respeito em cuidados paliativos.

Os resultados de Rodrigues *et al.* (2025) organizaram duas categorias centrais, sendo a primeira relacionada à dignidade como princípio fundamental da assistência paliativa e a segunda voltada aos desafios contemporâneos para uma assistência sustentada por dignidade e respeito.

A contribuição de Rodrigues *et al.* (2025) é importante porque demonstra, por meio de revisão de literatura, que a dignidade não se limita ao controle físico da dor, pois envolve privacidade, autonomia, comunicação, reconhecimento da pessoa, relação com familiares e proteção contra práticas despersonalizantes.

Silva *et al.* (2024) realizaram uma pesquisa qualitativa com 12 profissionais de 5 equipes da Estratégia Saúde da Família, utilizando entrevistas semiestruturadas realizadas entre outubro e novembro de 2022, organização dos dados no Atlas.ti e análise de conteúdo.

Os resultados de Silva *et al.* (2024) mostraram que enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem e agente comunitária de saúde relataram baixa frequência de atendimento a pessoas em fim de vida, identificação dos casos por agentes comunitários, prontuários e procura direta de pacientes ou familiares, além da importância das visitas domiciliares para sustentar o cuidado digno no território.

A pesquisa de Silva *et al.* (2024) dialoga com Rodrigues *et al.* (2025), porque a revisão integrativa apresenta a dignidade como princípio amplo, enquanto o estudo brasileiro mostra como tal princípio se materializa em práticas concretas da atenção primária, como acolhimento, acompanhamento familiar, visita domiciliar e articulação com outros pontos da rede.

Sailian, Salifu e Preston (2024) desenvolveram um estudo qualitativo com 14 pacientes adultos em cuidados paliativos no Líbano, recrutados em hospice domiciliar e ambulatório, por meio de entrevistas presenciais e telefônicas, com duração entre 5 e 79 minutos e mediana de 38 minutos, analisadas por análise temática reflexiva com apoio do NVivo 11.

Os resultados de Sailian, Salifu e Preston (2024) identificaram quatro temas principais: dignidade sustentada pela fé em Deus e práticas religiosas, apoio familiar para manutenção do bem-estar físico e psicológico, preservação da aparência e da funcionalidade para escapar do estigma da doença, além de acesso a serviços de saúde compassivos, equitativos e financeiramente possíveis.

A comparação entre Sailian, Salifu e Preston (2024) e Silva *et al.* (2024) mostra que a dignidade assume sentidos diferentes conforme o contexto cultural e assistencial, pois o estudo libanês enfatiza fé, família e aparência corporal, enquanto a pesquisa brasileira destaca visitas domiciliares, identificação dos casos pela APS e continuidade do cuidado no território.

Seiler *et al.* (2024) realizaram um ensaio clínico randomizado multicêntrico com 68 pacientes com câncer terminal, expectativa de vida inferior a seis meses e sofrimento clinicamente relevante medido pela escala HADS, distribuídos em três grupos: terapia da dignidade, terapia da dignidade com familiar cuidador e cuidado paliativo padrão.

Os resultados quantitativos de Seiler *et al.* (2024) indicaram aumento significativo da qualidade de vida percebida no grupo intervenção, com diferença média de 6,15 na escala FACIT-Pal-14, desvio-padrão de 1,86 e $p < 0,01$, além de interação significativa entre grupo e tempo na HADS total, com $F = 4,33$, $p = 0,04$, sugerindo efeito protetivo da terapia da dignidade contra piora do sofrimento emocional.

A pesquisa de Seiler *et al.* (2024) complementa os achados de Sailian, Salifu e Preston (2024), porque a primeira testa uma intervenção estruturada voltada à memória,

ao sentido de vida e à comunicação familiar, enquanto a segunda mostra que família, fé e reconhecimento social também preservam dignidade mesmo sem protocolo terapêutico formal.

Xu *et al.* (2024) realizaram estudo qualitativo fenomenológico descritivo com 15 cuidadores familiares de pacientes com câncer em fim de vida, utilizando entrevistas presenciais semiestruturadas de 20 a 35 minutos, gravação consentida, transcrição em até 24 horas, análise pelo método de Colaizzi e organização dos dados no NVivo 11.

Os resultados de Xu *et al.* (2024) identificaram quatro temas e nove subtemas, incluindo processo de transição complexo, ansiedade diante da incerteza, resistência à alta para casa, descontinuidade do cuidado, orientação insuficiente na alta, ausência de mecanismos contínuos de comunicação, necessidade de habilidades para o cuidado domiciliar, apoio emocional e social, aconselhamento para luto e educação sobre a morte.

A comparação entre Xu *et al.* (2024) e Seiler *et al.* (2024) indica que a dignidade no fim de vida não depende somente de intervenções dirigidas ao paciente, pois o preparo dos familiares cuidadores interfere diretamente na segurança, na continuidade assistencial e na possibilidade de manter o cuidado domiciliar sem abandono ou sobrecarga.

McEwan *et al.* (2024) realizaram uma avaliação realista sobre um serviço de resposta rápida em cuidados paliativos domiciliares, com 36 participantes, entrevistas realistas semiestruturadas, grupos focais e análise orientada por configurações de contexto, mecanismo e resultado.

Os resultados de McEwan *et al.* (2024) mostraram que a comunicação qualificada realizada por profissionais especializados, quando acompanhada de tempo, escuta e compaixão, ampliou o conhecimento dos cuidadores, reduziu medo e incerteza, aumentou a confiança para cuidar e favoreceu maior preparo para lidar com sintomas no domicílio.

A análise conjunta de McEwan *et al.* (2024) e Xu *et al.* (2024) demonstra que a transição hospital-domicílio pode produzir sofrimento familiar quando ocorre sem orientação suficiente, mas pode favorecer dignidade quando existe equipe acessível, comunicação contínua, resposta rápida e suporte prático para os cuidadores.

Rosa *et al.* (2023) investigaram 152 profissionais interdisciplinares de oncologia e cuidados paliativos nos Estados Unidos, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e

capelães, a partir de um estudo de caso sobre uma mulher negra e indígena com câncer ovariano avançado, dor intensa e histórico de racismo estrutural no sistema de saúde.

Os resultados quantitativos e qualitativos de Rosa *et al.* (2023) mostraram que 86% dos participantes eram mulheres, 65% se identificavam como brancos, 48% eram enfermeiros, 36% assistentes sociais e 16% capelães, enquanto a análise temática das respostas abertas identificou quatro temas: cuidado centrado na pessoa, autêntico e culturalmente sensível, controle da dor, construção de confiança e conexão, além de desafios comunicacionais relacionados às diferenças raciais.

A contribuição de Rosa *et al.* (2023) amplia os estudos de McEwan *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2024), porque a comunicação humanizada passa a ser discutida também como prática antirracista, culturalmente segura e sensível às experiências de desconfiança que pacientes de grupos racializados podem carregar no encontro com os serviços de saúde.

Mitchell *et al.* (2024) realizaram uma coorte retrospectiva populacional com registros hospitalares, registros de câncer e dados de mortalidade de 80.005 pessoas com 20 anos ou mais que morreram por causas relacionadas ao câncer entre 2014 e 2019 em Nova Gales do Sul, na Austrália.

Os resultados quantitativos de Mitchell *et al.* (2024) mostraram que 86,9% das pessoas foram hospitalizadas nos 12 meses anteriores à morte, 15% tiveram mais de uma ida ao pronto-socorro no último mês de vida, 9,9% tiveram mais de uma internação no último mês, 8,6% permaneceram 14 dias ou mais no hospital, 3,6% foram internadas em unidade de terapia intensiva, 1,2% receberam ventilação mecânica e 17% morreram em cuidado agudo.

A comparação entre Mitchell *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2024) demonstra que a humanização em cuidados paliativos também depende da organização do sistema de saúde, pois o acompanhamento territorial pela atenção primária pode reduzir encaminhamentos repetidos e desnecessários, enquanto a concentração do cuidado no hospital pode indicar fragilidades na integração entre oncologia, atenção domiciliar e cuidados paliativos.

Bharadwaj *et al.* (2024) realizaram uma análise secundária de dados provenientes de um ensaio randomizado crossover por clusters nos Estados Unidos, com uso do

Caregiver-Centered Communication Questionnaire e da Perceived Involvement in Care Scale para avaliar a relação entre comunicação centrada no cuidador e percepção de envolvimento no cuidado hospice.

Os resultados de Bharadwaj *et al.* (2024) indicaram associação positiva entre comunicação centrada no cuidador e percepção de envolvimento familiar no cuidado, sugerindo que a família se sente mais integrada ao processo quando a equipe fornece informação, escuta e abertura para participação.

A aproximação entre Bharadwaj *et al.* (2024) e Xu *et al.* (2024) reforça que a família não deve ser tratada apenas como executora informal de tarefas, pois cuidadores precisam de orientação técnica, comunicação contínua, acolhimento emocional e participação reconhecida no planejamento do cuidado.

Em conjunto, os estudos mostram que a dignidade no processo de fim de vida aparece em três dimensões complementares: a dimensão subjetiva, vinculada à identidade, memória, espiritualidade e sentido de vida; a dimensão relacional, ligada à família, comunicação e vínculo com profissionais; e a dimensão organizacional, relacionada ao acesso, continuidade do cuidado, equidade e redução de intervenções potencialmente onerosas (Rodrigues *et al.*, 2025; Mitchell *et al.*, 2024).

Os estudos qualitativos de Sailian, Salifu e Preston (2024), Xu *et al.* (2024), McEwan *et al.* (2024), Rosa *et al.* (2023) e Silva *et al.* (2024) convergem na ideia de que a dignidade é ameaçada quando o paciente ou a família vivenciam abandono, comunicação insuficiente, perda de autonomia, estigma, descontinuidade do cuidado ou ausência de escuta profissional.

Os estudos com maior componente quantitativo de Seiler *et al.* (2024), Mitchell *et al.* (2024), Bharadwaj *et al.* (2024) e Rodrigues *et al.* (2025) fortalecem a análise porque mostram, por diferentes desenhos metodológicos, que intervenções estruturadas, comunicação centrada no cuidador, revisão de evidências e monitoramento de indicadores assistenciais ajudam a dimensionar a qualidade do cuidado paliativo.

A discussão comparativa permite compreender que práticas humanizadas não são sinônimo de cuidado informal ou ausência de técnica, pois o alívio de sintomas, a comunicação planejada, a presença profissional, o suporte familiar, a terapia da dignidade

e a integração entre serviços exigem competência clínica, preparo ético e organização da rede de atenção (Seiler *et al.*, 2024; McEwan *et al.*, 2024).

A dignidade no fim de vida também depende de equidade, porque os achados de Rosa *et al.* (2023) apontam barreiras raciais e culturais na comunicação, enquanto Mitchell *et al.* (2024) associam cuidado potencialmente oneroso a desigualdades territoriais e socioeconômicas, o que demonstra que a humanização precisa ser pensada como prática clínica e como responsabilidade dos sistemas de saúde.

Dessa forma, os resultados analisados indicam que as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a dignidade no processo de fim de vida quando associam escuta, respeito, controle de sintomas, comunicação sensível, apoio familiar, espiritualidade quando desejada, continuidade assistencial, intervenção psicossocial estruturada e redução de condutas desproporcionais próximas da morte (Sailian; Salifu; Preston, 2024; Seiler *et al.*, 2024).

Portanto, a comparação entre os estudos permite afirmar que a dignidade no fim de vida não surge automaticamente da oferta de cuidados paliativos, pois depende da qualidade concreta da relação entre paciente, família, equipe e serviço, especialmente quando o cuidado preserva identidade, autonomia, conforto, vínculo, memória e participação nas decisões até o momento final da vida (Silva *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas humanizadas em cuidados paliativos mostram-se fundamentais para a preservação da dignidade no processo de fim de vida, sobretudo porque deslocam o cuidado de uma lógica centrada exclusivamente na doença para uma assistência voltada à pessoa, à sua história, aos seus vínculos, aos seus valores e às necessidades que permanecem presentes mesmo diante da impossibilidade de cura.

A análise desenvolvida permitiu compreender que a dignidade não se limita ao alívio da dor física, embora o controle adequado dos sintomas seja indispensável para a qualidade do cuidado, pois envolve também comunicação sensível, respeito à autonomia, escuta qualificada, acolhimento da família, atenção às dimensões emocionais e

espirituais, continuidade assistencial e proteção contra condutas desproporcionais no final da vida.

Os estudos discutidos demonstraram que o cuidado paliativo humanizado exige competência técnica e sensibilidade ética, uma vez que pacientes em processo de finitude precisam ser acompanhados por equipes capazes de reconhecer sofrimento, medo, perdas, desejos e preferências sem reduzir a experiência do morrer a procedimentos, protocolos ou decisões tomadas de forma impessoal.

A presença da família apareceu como elemento central no cuidado, porém a participação familiar precisa ser acompanhada por orientação, suporte emocional e comunicação contínua, pois a transferência do cuidado para o domicílio, quando realizada sem preparo adequado, pode ampliar insegurança, sobrecarga e sofrimento para cuidadores e pacientes.

A comunicação também se destacou como eixo estruturante da humanização, pois informações claras, linguagem acessível, respeito ao tempo emocional do paciente e abertura para decisões compartilhadas favorecem vínculos de confiança e permitem que o processo de fim de vida seja conduzido com maior segurança, conforto e participação.

Outro aspecto relevante refere-se à organização dos serviços de saúde, já que a dignidade no fim de vida depende da integração entre atenção primária, equipes especializadas, cuidado domiciliar, oncologia, hospitais e redes de apoio, evitando internações repetidas, intervenções onerosas e deslocamentos desnecessários em momentos de grande fragilidade.

Dessa forma, as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para que o fim de vida seja acompanhado com respeito, conforto e reconhecimento da pessoa em sua integralidade, favorecendo uma assistência que não antecipa nem prolonga artificialmente o processo de morrer, mas busca garantir presença, alívio, cuidado e sentido até o momento final.

Conclui-se que a dignidade no processo de fim de vida não depende apenas da existência formal de cuidados paliativos, mas da qualidade concreta das relações estabelecidas entre paciente, família, profissionais e serviços de saúde, razão pela qual a humanização deve ser compreendida como princípio ético, clínico e organizacional indispensável à assistência paliativa contemporânea.



REFERÊNCIAS

BHARADWAJ, Archana; OLIVER, Debra Parker; WASHINGTON, Karla T. *et al.* Family caregiver communication and perceptions of involvement in hospice care.

Journal of Palliative Medicine, v. 27, n. 5, p. 614-621, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0576>. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1089/jpm.2023.0576>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. 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. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**.

Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos — PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/legislacao/legislacao>. Acesso em: 30 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 30 jun. 2026.

MCEWAN, Kathryn; ATKINSON, Joanne; CLARKE, Amanda; BATE, Angela; JEFFERY, Caroline; DALKIN, Sonia. Providing “professionalism with compassion”; how the time for caring communication can improve experiences at the end-of-life at home, findings from a realist evaluation. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 287, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01610-4>. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01610-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

MITCHELL, Rebecca J.; DELANEY, Geoffrey P.; ARNOLDA, Gaston *et al.*

Potentially burdensome care at the end-of-life for cancer decedents: a retrospective population-wide study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 32, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12904-024-01358-x>. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01358-x>. Acesso em: 30 jun. 2026.

RODRIGUES, Lutigard Feitosa; NEPOMUCENO, Adriana Meira Tiburtino;

MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes; FREIRE, Maria Eliane Moreira. Dignidade e respeito enquanto princípios da assistência à pessoa em cuidados paliativos: uma

revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 17,

e13718, 2025. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13718>. Disponível



em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1607800>. Acesso em: 30 jun. 2026.

ROSA, William E.; MCDARBY, Meghan; BULLER, Haley; FERRELL, Betty R. Palliative care clinician perspectives on person-centered end-of-life communication for racially and culturally minoritized persons with cancer. **Cancers**, v. 15, n. 16, art. 4076, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15164076>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/16/4076>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SAILIAN, Silva Dakessian; SALIFU, Yakubu; PRESTON, Nancy. Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 142, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01478-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SEILER, Annina; AMANN, Manuel; HERTLER, Caroline *et al.* Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers: a randomized controlled study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 73, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01408-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SILVA, Nataniele Kmentt da; CORDEIRO, Franciele Roberta; BLUMENTRITT, Júlia Brombila; CORRÊA, Izadora Martins. Cuidados na atenção primária à saúde para a dignidade no final da vida. **Revista Contexto & Saúde**, v. 24, n. 48, e14773, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14773>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/14773>. Acesso em: 30 jun. 2026.

XU, Yanan; LIU, Yahui; KANG, Yubiao *et al.* Experiences of family caregivers of patients with end-of-life cancer during the transition from hospital to home palliative care: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 230, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01559-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01559-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.