



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

ANAIIS DO EVENTO

*Ciência que acolhe.
Vidas que importam.*

ANAIIS DO III CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM CUIDADOS
PALIATIVOS (CONECUP)

2026/2027 — Publicação em fluxo contínuo



Realização:

Editora Cognitus, em parceria com a Cognitus Interdisciplinary Journal
CNPJ 57.658.906/0001-15 — Teresina (PI)



Coordenação Científica e Editorial:

Najla Gergi Krouchane
Celso Chaves Adão Filho
Artur Pires de Camargos Júnior (Logos University International e Universidade do Vale do Sapucaí)
Keyla Liana Bezerra Machado (Universidade Federal do Piauí — UFPI)



Organização do evento: Editora Cognitus



Diagramação e editoração: Editora Cognitus



Revisão textual: de responsabilidade dos respectivos autores



Projeto de capa: Editora Cognitus

*Cuidar
é um ato
de humanidade.*



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

2

ANAIS DO III CONGRESSO NACIONAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PALIATIVOS (CONECUP)

Volume 1 — 3ª Edição — 2026/2027 — Publicação em fluxo contínuo

Realização: Editora Cognitus, em parceria com a Cognitus Interdisciplinary Journal

CNPJ 57.658.906/0001-15 — Teresina (PI)

Coordenação Científica e Editorial:

Najla Gergi Krouchane

Celso Chaves Adão Filho

Artur Pires de Camargos Júnior (Logos University International e Universidade do Vale do Sapucaí)

Keyla Liana Bezerra Machado (Universidade Federal do Piauí — UFPI)

Organização do evento: Editora Cognitus

Diagramação e editoração: Editora Cognitus

Revisão textual: de responsabilidade dos respectivos autores

Projeto de capa: Editora Cognitus



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos (3. : 2026/2027 : On-line)

Anais do III Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos (CONECUP)
[recurso eletrônico] : Qualificação Profissional, Humanização da Assistência e
Conhecimento Científico em Cuidados Paliativos / organização Editora Cognitus. –
Teresina : Editora Cognitus, 2026/2027.

Publicação em fluxo contínuo. Modo de acesso: World Wide Web.

1. Cuidados paliativos. 2. Humanização da assistência. 3. Saúde – Congressos. I. Editora
Cognitus. II. Título.

ISBN: 978-65-83818-61-4



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

4

COMISSÃO ORGANIZADORA E CORPO EDITORIAL

Comitê Científico e Corpo de Avaliadores

A avaliação dos trabalhos submetidos ao III Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos (CONECUP) é conduzida pelo seguinte corpo de avaliadores e coeditores, responsáveis pela análise por pares, definição das normas de submissão e pela aprovação dos textos que compõem estes Anais:

Avaliador(a) / Coeditor(a)	Instituição de vínculo
Najla Gergi Krouchane	
Celso Chaves Adão Filho	
Artur Pires de Camargos Júnior	Logos University International e Universidade do Vale do Sapucaí
Keyla Liana Bezerra Machado	Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Comissão Organizadora do Evento

Editora Cognitus

Ficha Técnica

Item	Responsável
Editora responsável	Editora Cognitus (CNPJ 57.658.906/0001-15)
Coordenação editorial	Najla Gergi Krouchane, Celso Chaves Adão Filho, Artur Pires de Camargos Júnior, Keyla Liana Bezerra Machado
Avaliação por pares	Duplo-cega, realizada pelo Comitê Científico
Diagramação	Editora Cognitus
Revisão de idioma/normas	De responsabilidade dos autores de cada trabalho



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



APRESENTAÇÃO

Os cuidados paliativos consolidam-se como campo científico e assistencial indispensável diante do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas avançadas e da crescente complexidade das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de pessoas em final de vida e de suas famílias. A qualificação profissional continuada, a humanização da assistência e a produção e divulgação de conhecimento científico são pilares essenciais para consolidar essa área como espaço legítimo de cuidado e de pesquisa.

O III Congresso Nacional Especializado em Cuidados Paliativos (CONECUP) reúne estudantes, profissionais, pesquisadores e docentes interessados em aprofundar temas como controle de sintomas, comunicação em fim de vida, planejamento de cuidados e bioética, com foco na qualificação profissional, na humanização da assistência e na divulgação do conhecimento científico. Realizado de forma on-line entre os dias 18 e 20 de fevereiro de 2027, o evento é promovido pela Editora Cognitus, em parceria com a Cognitus Interdisciplinary Journal, e conta com submissão e publicação de trabalhos em fluxo contínuo, no período de 16 de junho de 2026 a 20 de fevereiro de 2027.

Estes Anais reúnem os trabalhos científicos submetidos ao CONECUP e aprovados pelo Comitê Científico após processo de avaliação por pares. Organizados em edição de fluxo contínuo, os Anais são atualizados progressivamente à medida que novos trabalhos são avaliados e aprovados, mantendo um registro permanente, público e citável da produção científica apresentada no evento.

Agradecemos a todas as autoras e autores que compartilharam suas pesquisas e revisões da literatura, bem como aos membros do Comitê Científico pela dedicação ao processo de avaliação. Que esta publicação contribua para o fortalecimento dos cuidados paliativos como direito de todo paciente em final de vida e como campo legítimo de produção e disseminação de conhecimento.





III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

6

NORMAS DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO

1. Modalidade de submissão

O CONECUP adota o regime de submissão e publicação em fluxo contínuo: os trabalhos podem ser enviados a qualquer momento entre 16 de junho de 2026 e 20 de fevereiro de 2027, conforme período definido na página oficial do evento (<https://conevy.com.br/e/iiconecup-34>), e são avaliados e publicados nos Anais à medida que são aprovados, sem necessidade de aguardar um lote fechado de publicação.

2. Processo de avaliação

Todos os trabalhos são submetidos à avaliação por pares no sistema duplo-cega, conduzida pelo Comitê Científico do CONECUP, sem identificação de autoria para os avaliadores. Cada trabalho é examinado por, no mínimo, um avaliador quanto aos seguintes critérios:

- Aderência à temática do congresso e às áreas de cuidados paliativos, controle de sintomas, comunicação, planejamento de cuidados e bioética;
- Originalidade e relevância científica ou assistencial da contribuição;
- Rigor metodológico e consistência entre objetivos, métodos, resultados e conclusões;
- Adequação às normas de formatação e às diretrizes éticas de pesquisa;
- Qualidade da redação científica e da revisão bibliográfica.

Com base nesses critérios, o parecer emitido pode resultar em: aprovação direta; aprovação condicionada a correções, com prazo definido para reenvio; ou reprovação, com justificativa encaminhada aos autores. Trabalhos não devolvidos dentro do prazo estipulado para correções são considerados retirados do processo editorial.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

7

3. Publicação e certificação

Os trabalhos aprovados são publicados nestes Anais, disponibilizados em acesso aberto, com emissão de certificado específico de publicação para todos os autores, além do certificado de participação no evento, conforme carga horária e categoria de inscrição informadas na página oficial do CONECUP. A

4. Direitos autorais e responsabilidade

Ao submeter um trabalho, os autores concedem à publicação o direito de primeira publicação, permanecendo com os direitos autorais sobre o conteúdo, licenciado sob Creative Commons Atribuição (CC BY 4.0), que permite compartilhamento e adaptação desde que citada a fonte. As opiniões, dados e conceitos expressos nos textos são de inteira responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente o posicionamento da Editora Cognitus, da comissão organizadora ou do Comitê Científico do CONECUP.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

8

SUMÁRIO



TRABALHOS PUBLICADOS

- 1 EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE
ESPIRITUALIDADE, DELIRIUM E SIGNIFICADO NO PROCESSO DE
MORRER — Michele Renata Zimolo Varasquim.....9



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial



EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE ESPIRITUALIDADE, DELIRIUM E SIGNIFICADO NO PROCESSO DE MORRER

Michele Renata Zimolo Varasquim¹

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michelevarasquim@ufpr.br

RESUMO

Experiências de fim de vida, como sonhos muito vívidos, percepção de pessoas falecidas, sensação de presença e vivências compreendidas em termos espirituais ou religiosos, aparecem em diferentes contextos de cuidados paliativos. Esta revisão integrativa analisou como essas experiências são descritas, o que provocam em pacientes e familiares e que implicações trazem para o cuidado, especialmente quando há dúvida sobre delirium. Foi realizada busca estruturada na PubMed/MEDLINE em 5 de setembro de 2026, complementada pela consulta às referências de estudos e revisões relevantes. A busca formal recuperou 51 registros e a busca complementar acrescentou seis publicações. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 18 publicações, correspondentes a 16 grupos de participantes após identificação de sobreposições, compuseram a síntese narrativa. Os estudos mostraram repetição de alguns conteúdos: familiares ou amigos falecidos, sensação de presença, imagens de viagem ou preparação para partir e experiências às quais os pacientes atribuíam sentido espiritual. Essas vivências também foram descritas por pessoas orientadas. Embora o conforto tenha sido frequente, o sofrimento também apareceu: em um estudo indiano, 84,2% relataram angústia inicial, mas 94,7% disseram sentir-se melhor depois de conversar com a equipe. Em estudo japonês, 21% dos pacientes apresentaram visões segundo seus familiares e 81% dos respondentes defenderam uma abordagem profissional neutra. Em outro estudo, familiares reconheceram visões com maior frequência que profissionais (14,0% versus





2,7%). Os achados sugerem que avaliação clínica e cuidado espiritual podem fazer parte do mesmo encontro: alterações cognitivas precisam ser investigadas sem que experiências significativas sejam automaticamente invalidadas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Delirium; Morte; Enfermagem.

ABSTRACT

End-of-life experiences, including vivid dreams, perceived encounters with deceased people, sensed presence, and experiences understood in spiritual or religious terms, have been described across palliative care settings. This integrative review examined how these experiences are described, how they affect patients and families, and what they may mean for care, particularly when delirium is a concern. A structured PubMed/MEDLINE search was conducted on 5 September 2026 and supplemented by reference searching. The formal search retrieved 51 records and the complementary search added six publications. After eligibility assessment, 18 publications, representing 16 participant groups after identified overlaps, were included in a narrative synthesis. Recurring themes included deceased relatives or friends, sensed presence, journeys or preparation to leave, and experiences given spiritual meaning. Such experiences were also reported by oriented patients. Comfort was common, but distress also occurred: in one Indian study, 84.2% initially described the experiences as distressing, while 94.7% felt better after discussing them with the care team. In a Japanese study, family respondents reported deathbed visions in 21% of patients and 81% supported a neutral professional response. Another multicentre study found that families recognised deathbed visions more often than professionals (14.0% versus 2.7%). The findings suggest that clinical assessment and spiritual care can be part of the same encounter: cognitive changes should be assessed without automatically dismissing experiences that hold meaning for the person who is dying.

Keywords: Palliative Care; Spirituality; Delirium; Death; Nursing.





1 INTRODUÇÃO

Morrer é um processo biológico, mas a experiência de morrer não se resume ao que acontece com o corpo. Nas últimas semanas, dias ou horas de vida, a progressão da doença, infecções, hipóxia, alterações metabólicas, medicamentos e delirium podem modificar atenção, consciência e percepção. Ao mesmo tempo, algumas pessoas próximas da morte contam experiências que não cabem facilmente nessas explicações: sonhos muito vívidos, sensação de presença, encontros com familiares ou amigos já falecidos, imagens de viagem e partida, ou vivências compreendidas como espirituais e religiosas.

A literatura usa diferentes nomes para esses relatos, entre eles end-of-life dreams and visions (ELDV), deathbed visions, deathbed phenomena e end-of-life experiences (ELEs). A variedade de termos revela um problema importante: os estudos nem sempre investigam exatamente a mesma experiência. Alguns entrevistam pacientes, outros familiares ou profissionais; alguns incluem apenas sonhos e visões, enquanto outros incorporam sensações de presença, coincidências ou vivências espirituais mais amplas. Por isso, as frequências variam muito e não devem ser transformadas em uma única porcentagem para todas as pessoas em processo de morrer (Hession *et al.*, 2023; Silva; Ribeiro; Moreira-Almeida, 2024; Figueiredo-Sousa; Reis-Pina, 2026).

Mesmo com essas diferenças, alguns conteúdos reaparecem em países e culturas distintas. Pessoas falecidas, sensação de companhia, linguagem de viagem, preparação para partir e experiências carregadas de sentido estão entre os achados mais constantes. Em pacientes de hospice nos Estados Unidos, experiências envolvendo pessoas falecidas foram particularmente reconfortantes e se tornaram mais frequentes à medida que a morte se aproximava (Kerr *et al.*, 2014). Em contextos tão diferentes quanto Índia, Moldávia, Japão e Suécia, familiares ou os próprios pacientes também relataram encontros com mortos, preparação para partir e outras experiências marcantes (Muthumana *et al.*, 2010-2011; Kellehear *et al.*, 2011-2012; Morita *et al.*, 2016; Nyblom *et al.*, 2021).





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Estudar essas experiências não significa tentar provar vida após a morte, comunicação objetiva com pessoas falecidas ou intervenção divina. Os estudos disponíveis não foram desenhados para responder a essas perguntas. O que eles conseguem mostrar é outra coisa: o que a pessoa percebeu, quando isso ocorreu, se trouxe paz ou sofrimento, que sentido recebeu e como familiares e profissionais reagiram. Uma experiência pode ser clinicamente importante mesmo quando não temos meios de explicar sua origem. Manter essa diferença entre aquilo que foi vivido e a explicação que se atribui ao vivido ajuda a preservar o rigor científico sem apagar a espiritualidade de quem está morrendo.

A questão se torna ainda mais delicada porque o delirium é frequente no fim da vida, especialmente no câncer avançado. Ele envolve mudança aguda e flutuante da atenção, da consciência e do pensamento e pode incluir alterações da percepção. Diretrizes recomendam avaliar mudanças recentes ou oscilantes e investigar possíveis causas de acordo com os objetivos de cuidado (Bush *et al.*, 2018). Ainda assim, uma visão isolada não estabelece delirium. Estudos com pacientes orientados mostram que experiências de fim de vida podem ocorrer sem confusão evidente, e alguns pacientes diferenciam espontaneamente essas vivências de pesadelos ou alucinações (Nyblom *et al.*, 2021).

Para a enfermagem, essa discussão é especialmente próxima da prática. Muitos relatos surgem fora de uma consulta formal: durante o banho, a mudança de posição, a administração de medicamentos, o controle de sintomas ou uma conversa noturna. Nesses momentos, a resposta do profissional pode abrir espaço para que o paciente fale ou fazê-lo se calar. Descartar o relato, ridicularizá-lo ou chamá-lo imediatamente de alucinação pode aumentar o isolamento. Por outro lado, assumir de imediato uma causa sobrenatural pode fazer a equipe perder sinais clínicos importantes. Cuidar, nesse cenário, exige duas atitudes ao mesmo tempo: perceber o que precisa ser avaliado e escutar o que aquela experiência significa para a pessoa.





Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre experiências de fim de vida relatadas por adultos em cuidados paliativos ou por seus familiares, considerando seus conteúdos, efeitos emocionais e espirituais, relação com alterações cognitivas e implicações para o cuidado, com atenção especial ao papel da enfermagem.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com síntese narrativa e temática. O percurso de identificação, triagem e seleção foi organizado com base nos princípios de transparência do PRISMA 2020, utilizado como referência para relatar o processo de busca e seleção, sem caracterizar esta revisão como uma revisão sistemática em todos os seus componentes (Page *et al.*, 2021).

A busca formal foi realizada na PubMed/MEDLINE em 5 de setembro de 2026. A estratégia combinou termos relacionados a cuidados paliativos, hospice, terminalidade e processo de morrer com expressões usadas para sonhos, visões e outras experiências de fim de vida. Não foi aplicada restrição temática por diagnóstico. A estratégia executada foi: (“Palliative Care”[Mesh] OR “Hospice Care”[Mesh] OR “Terminal Care”[Mesh] OR “Terminally Ill”[Mesh] OR palliative[tiab] OR hospice[tiab] OR terminal*[tiab] OR dying[tiab] OR deathbed[tiab] OR “end of life”[tiab] OR “end-of-life”[tiab]) AND ((dream*[tiab] AND vision*[tiab]) OR (deathbed[tiab] AND (vision*[tiab] OR dream*[tiab] OR phenomen*[tiab] OR communication*[tiab])) OR (“end of life”[tiab] AND (experien*[tiab] OR dream*[tiab] OR vision*[tiab] OR phenomen*[tiab] OR perception*[tiab])) OR (“end-of-life”[tiab] AND (experien*[tiab] OR dream*[tiab] OR vision*[tiab] OR phenomen*[tiab] OR perception*[tiab])) OR “death-related sensory”[tiab] OR “near-death awareness”[tiab] OR “nearing death awareness”[tiab] OR parapsycholog*[tiab] OR (phenomen*[tiab] AND “time of death”[tiab])).

Foram elegíveis estudos primários com adultos em processo de morrer, em cuidados paliativos ou hospice, além de pesquisas com familiares ou cuidadores não profissionais que descrevessem experiências apresentadas pela pessoa que estava morrendo. Foram aceitos estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos. Foram excluídos revisões, textos teóricos ou históricos, comentários, relatos de caso, estudos exclusivamente pediátricos, pesquisas centradas apenas em profissionais, estudantes,





voluntários ou doulas e estudos sobre experiências do próprio enlutado quando não descreviam a experiência do paciente.

A busca formal recuperou 51 registros. Após leitura de títulos e resumos, 38 foram excluídos. A consulta às referências de revisões recentes e de estudos-chave foi usada como estratégia complementar e acrescentou seis publicações primárias que não haviam aparecido na busca formal. Uma publicação sobre intervenção com trabalho de sonhos foi retirada da síntese principal porque não documentava com clareza experiências espontâneas de fim de vida. Ao final, 18 publicações compuseram a síntese. Foram identificadas duas sobreposições: Kerr *et al.* (2014) e Nosek *et al.* (2015) vieram do mesmo programa longitudinal de hospice, e Nyblom *et al.* (2023) analisou novamente a amostra de Nyblom *et al.* (2021). Assim, as 18 publicações foram consideradas como 16 grupos de participantes para não dar peso duplicado às mesmas pessoas.

De cada publicação foram extraídos país, população ou informante, desenho do estudo, tamanho da amostra quando disponível, conteúdo da experiência, efeitos emocionais ou espirituais e implicações para o cuidado. Na leitura conjunta, os achados se organizaram em cinco temas: o que as pessoas relatam; conforto e sofrimento; espiritualidade e religião; relação com delirium e alterações cognitivas; e resposta da equipe, comunicação e reconhecimento dessas experiências.

A revisão tem limitações que precisam ser consideradas. A busca eletrônica formal ficou restrita à PubMed/MEDLINE, embora a consulta às referências tenha recuperado estudos adicionais. A seleção e a extração foram feitas por uma única revisora e não houve avaliação formal do risco de viés de todos os estudos. Além disso, os trabalhos usam definições e métodos muito diferentes e parte das evidências vem de relatos retrospectivos de familiares. Por essas razões, os resultados permitem reconhecer padrões e implicações para o cuidado, mas não sustentar uma frequência universal dessas experiências.

3 RESULTADOS





As 18 publicações incluídas foram publicadas entre 1999 e 2025 e reuniram pesquisas realizadas na Austrália, Estados Unidos, Índia, Japão, Moldávia, Reino Unido, Suíça, Suécia e Irã. Os estudos usaram caminhos diferentes: entrevistas diretas com pacientes, relatos de familiares, acompanhamento prospectivo, comparações entre grupos e análises secundárias. Essa diversidade ajuda a enxergar o tema em culturas distintas, mas também torna inadequado comparar os números como se todos os estudos tivessem medido a mesma coisa.

Apesar dessa variedade, alguns conteúdos apareceram repetidamente: ver ou sentir a presença de pessoas falecidas, perceber companhia, falar em viagem ou preparação para partir e atribuir sentido espiritual ao que estava acontecendo. O efeito emocional não foi uniforme. Em vários estudos predominou conforto; em outros, medo, angústia, raiva ou assuntos inacabados também apareceram. A percepção da família nem sempre coincidiu com a da equipe, sugerindo que parte dessas experiências pode permanecer silenciosa ou passar despercebida no cuidado cotidiano.

Quadro 1 — Características das publicações incluídas na síntese

Autor/Ano	Contexto e tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados	Contribuição para o trabalho
Barbato et al. (1999)	Austrália; estudo descritivo com 47 familiares/amigos enlutados	Explorar fenômenos relatados próximos da morte	49% relataram algum fenômeno; sensação de presença de falecidos esteve entre os achados mais frequentes.	Introduz evidência familiar e mostra diversidade de interpretações e efeitos.
Muthumana et al. (2010-2011)	Índia; entrevistas com 104 famílias	Descrever experiências observadas nas últimas semanas/dias de vida	30 pessoas apresentaram comportamento compatível com visões; predominavam parentes falecidos. Houve 5 possíveis estados confusionais e um caso com ambos.	Mostra que experiência significativa e confusão podem coexistir e que o contexto religioso influencia relatos.
Kellehear et al. (2011-2012)	Moldávia; entrevistas com 102 famílias	Analisar conteúdo psicossocial de visões no leito de morte	37 casos clássicos; temas: apoio, conforto, companhia, reencontro, prognóstico, escolha e controle.	Evidencia função relacional e de preparação para a morte.





III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Autor/Ano	Contexto e tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados	Contribuição para o trabalho
Fenwick; Brayne (2011)	Reino Unido; análise de relatos de visões e coincidências no fim da vida	Examinar significado e implicações espirituais/assistenciais	Relatos incluíram principalmente familiares ou amigos falecidos e experiências de despedida e conexão.	Reforça necessidade de comunicação e cuidado espiritual sem ridicularização.
Kerr et al. (2014)	Estados Unidos; estudo longitudinal com 59 pacientes de hospice	Examinar frequência, conteúdo, significado e proximidade da morte	A maioria relatou ao menos um sonho/visão; quase todos pareceram reais; falecidos foram particularmente reconfortantes e aumentaram perto da morte.	Demonstra relevância direta na experiência do paciente.
Nosek et al. (2015)	Estados Unidos; análise qualitativa de 63 pacientes de hospice	Compreender conteúdo e significado subjetivo	Seis categorias: presença reconfortante, preparar-se para partir, interagir com mortos, pessoas queridas esperando, experiências angustiantes e assuntos inacabados.	Mostra que conforto e sofrimento coexistem no mesmo fenômeno.
Dam (2016)	Índia; estudo prospectivo misto com 60 pacientes terminais	Avaliar ocorrência e natureza de ELDVs em áreas rural e urbana	63,3% relataram ELDVs; 84,2% relataram angústia inicial; 78,9% viram falecidos; 94,7% sentiram-se melhor após conversar com a equipe.	Oferece forte implicação clínica para escuta e manejo do sofrimento.
Morita et al. (2016)	Japão; questionário nacional com 2.221 familiares analisados	Estimar visões e explorar percepções e prática preferida	Visões em 21%; associadas a maior religiosidade/crença na sobrevivência da alma; 81% queriam abordagem clínica neutra.	Sustenta postura profissional não julgadora e culturalmente sensível.
Renz et al. (2018)	Suíça; observação de 80 pacientes com câncer em unidades paliativas	Explorar medo, dor, negação e experiências espirituais no morrer	Descreveu mudanças de percepção e experiências espirituais em diferentes fases do morrer.	Amplia o olhar para dimensões corporal, psicológica, social e espiritual.
Levy et al. (2020)	Estados Unidos; estudo comparativo com 70 pacientes de hospice	Comparar crescimento pós-traumático em pacientes com e sem ELDVs	Grupo com ELDVs apresentou maiores escores de força pessoal, mudança espiritual e crescimento pós-traumático.	Sugere possíveis associações psicológicas positivas, sem estabelecer causalidade.
Grant et al. (2020)	Estados Unidos; métodos mistos com 228 familiares enlutados	Examinar ELDVs e experiência de luto	Conforto atribuído às experiências relacionou-se a dimensões do luto, sem efeito uniforme em todos os desfechos.	Mostra repercussão também na família e necessidade de interpretação cautelosa.
Depner et al. (2020)	Estados Unidos; análise qualitativa de 548 relatos de ELDVs em hospice domiciliar	Ampliar compreensão do conteúdo	Domínios: relações interpessoais, experiência afetiva/reflexão, atividades e ambiente/local.	Demonstra que o conteúdo é mais amplo que visões de falecidos.





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Autor/Ano	Contexto e tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados	Contribuição para o trabalho
Grant et al. (2021)	Estados Unidos; 500 familiares e cinco grupos focais	Avaliar atitudes sobre sonhos/ELDVs e implicações para o enlutado	Maior abertura e atitudes positivas associaram-se a mais conforto; interpretações negativas associaram-se a mais medo/ansiedade.	Mostra que a resposta interpretativa influencia a experiência familiar.
Nyblom et al. (2021)	Suécia; qualitativo com 25 pacientes orientados em cuidados paliativos	Investigar ELEs espirituais relatadas diretamente por pacientes orientados	16/25 relataram experiências; conteúdos: falecidos e vivos, viagens, sonhos e vivências em vigília; alguns diferenciavam essas vivências de alucinações ou pesadelos.	Questiona equivalência automática entre experiência incomum e delírium.
Suzuki et al. (2022)	Japão; estudo multicêntrico prospectivo com 443 pacientes com câncer	Comparar percepção de familiares e clínicos	Visões: 14,0% segundo familiares versus 2,7% segundo clínicos ($p < 0,001$).	Evidencia possível sub-reconhecimento pela equipe.
Nyblom et al. (2023)	Suécia; análise secundária de 41 entrevistas da mesma coorte de 25 pacientes	Identificar metáforas em sonhos de fim de vida	Temas: jornada em direção à morte, inevitabilidade da morte e a própria morte.	Mostra como metáforas podem abrir conversas sobre morrer.
Levy et al. (2025)	Estados Unidos; estudo comparativo com 72 pacientes de hospice	Comparar autotranscendência entre pacientes com e sem ELDVs	Não houve diferença significativa em autotranscendência ($p = 0,310$).	Evita interpretação excessivamente positiva ou causal das experiências.
Etemadinia et al. (2025)	Irã; estudo quantitativo com 45 narradores/cuidadores	Descrever características e impacto de visões em contexto islâmico	Experiências principalmente visuais e em vigília; cerca de 56% tiveram efeito positivo e 25% geraram raiva; repetição associou-se a maior impacto psicológico.	Acrescenta diversidade cultural e confirma que o impacto não é sempre reconfortante.

Fonte: elaboração da autora a partir dos estudos incluídos. ELDV = end-of-life dreams and visions; ELE = end-of-life experience

4 DISCUSSÃO

O primeiro cuidado ao interpretar esses resultados é não colocar experiências diferentes dentro de uma única categoria. A literatura reúne sonhos, vivências em vigília, sensação de presença, visões de falecidos, linguagem de viagem e experiências espirituais. Isso ajuda a explicar a grande variação das frequências. A revisão sistemática mais recente, publicada em 2026, encontrou prevalências entre 21% e 90% e concluiu que métodos tão diferentes não permitem uma estimativa epidemiológica única





(Figueiredo-Sousa; Reis-Pina, 2026). Para a prática, o ponto mais seguro é reconhecer que essas experiências aparecem com frequência suficiente para merecer preparo profissional.

A presença de pessoas falecidas é um dos conteúdos mais constantes. Mães, pais, cônjuges, amigos e outras figuras importantes aparecem em relatos de diferentes países. Nos estudos de Kerr et al. (2014) e Nosek et al. (2015), esses encontros estiveram ligados a conforto, companhia e preparação para partir. Na Moldávia, Kellehear et al. (2011-2012) encontrou apoio, reencontro e sensação de escolha ou controle; na Índia, Muthumana et al. (2010-2011) identificou principalmente parentes mortos. Essa repetição não comprova uma realidade espiritual objetiva, mas mostra que vínculos afetivos continuam ocupando lugar central na experiência de algumas pessoas próximas da morte.

A linguagem de viagem também se repete. Pacientes podem dizer que precisam ir embora, preparar malas, encontrar alguém ou seguir para outro lugar. Nyblom et al. (2023) mostrou imagens de jornada, inevitabilidade e morte em sonhos de pacientes em cuidados paliativos. Essas falas não devem ser tratadas como sinais rígidos de morte iminente, mas podem abrir uma conversa que o paciente ainda não consegue iniciar diretamente. Perguntar “o que essa viagem significa para você?” permite compreender sem antecipar uma interpretação.

O impacto emocional exige o mesmo cuidado. A literatura fala muito em conforto, mas não permite romantizar essas experiências. Dam (2016) encontrou sofrimento inicial em 84,2% dos pacientes com ELDVs; ainda assim, 94,7% disseram sentir-se melhor depois de conversar com a equipe. Etemadinia et al. (2025) encontrou efeitos positivos em muitos relatos, mas também raiva em cerca de um quarto deles. Nosek et al. (2015) descreveu experiências angustiantes e assuntos inacabados. Assim, o que importa não é decidir se a experiência é “boa” ou “ruim”, mas descobrir o que ela provocou naquela pessoa.

Esse ponto ajuda a entender por que a escuta pode ter valor clínico. Perguntas como “isso trouxe paz ou medo?”, “você quer me contar mais?”, “isso tem algum





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

significado espiritual para você?” ou “há algo de que você precisa agora?” não confirmam nem negam a origem do que aconteceu. Elas podem revelar sofrimento, medo da morte, conflitos, desejo de apoio religioso ou simplesmente a necessidade de ser ouvido. Conversar, nesse contexto, também faz parte da avaliação.

A espiritualidade aparece em muitos relatos, mas não do mesmo modo para todos. Morita et al. (2016) observou maior frequência entre famílias mais religiosas e entre aquelas que acreditavam na continuidade da alma, sem que isso prove uma relação de causa. Nyblom et al. (2021), por sua vez, encontrou experiências espirituais em pacientes de um país altamente secular. Cultura e crenças parecem influenciar as palavras usadas, o significado atribuído e a disposição para contar o que aconteceu, mas não explicam sozinhas a ocorrência. Uma pessoa pode dizer que Deus a está chamando; outra, que reencontrou a mãe; outra pode chamar o episódio de sonho.

É nesse ponto que cuidado espiritual e respeito se encontram. Quando um paciente diz “Deus veio me buscar”, o profissional não precisa confirmar uma intervenção divina nem desmontar a crença da pessoa. Pode perguntar como foi, o que sentiu e se deseja conversar com alguém de sua tradição religiosa. Isso não é evangelização e não exige compartilhar da mesma fé. No estudo de Morita et al. (2016), 81% dos familiares defenderam uma abordagem profissional neutra, sem classificar automaticamente a experiência como anormal. Neutralidade, aqui, significa não impor uma explicação antes de ouvir.

A relação com delirium exige a mesma delicadeza. Mudanças agudas ou flutuantes de atenção, consciência, pensamento e comportamento precisam ser avaliadas, e a revisão de medicamentos e de possíveis causas deve respeitar os objetivos de cuidado (Bush *et al.*, 2018). Mas uma experiência incomum, isoladamente, não define delirium. Nyblom et al. (2021) encontrou experiências em 16 de 25 pacientes orientados; alguns as diferenciavam de pesadelos ou alucinações. Muthumana et al. (2010-2011) descreveu possíveis estados confusionais e também um caso em que visão e confusão coexistiram.





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Por isso, a oposição “ou é delirium ou é espiritual” pouco ajuda. Não existe, nos estudos incluídos, um sinal isolado capaz de separar com certeza uma ELDV de uma alteração perceptiva associada ao delirium. Estar orientado, contar a experiência de forma coerente ou sentir conforto pode favorecer uma leitura menos centrada em doença, mas não exclui delirium. A avaliação precisa olhar para atenção, flutuação, consciência, pensamento, comportamento, medicamentos, sintomas e condições clínicas. O conteúdo religioso ou incomum, sozinho, não deveria funcionar como diagnóstico.

A diferença entre família e equipe também merece atenção. Suzuki et al. (2022) encontrou visões em 14,0% dos pacientes segundo familiares e em apenas 2,7% segundo profissionais. O paciente pode contar apenas para quem permanece mais tempo ao seu lado, ter receio de ser considerado confuso ou simplesmente não encontrar espaço para falar. Revisões qualitativas mostram que essas experiências muitas vezes permanecem íntimas e pouco compartilhadas (Rabitti *et al.*, 2024). Assim, o pouco reconhecimento pela equipe pode refletir não apenas o que acontece com o paciente, mas também o espaço que o cuidado oferece para esse tipo de conversa.

A enfermagem tem papel importante justamente por estar perto do paciente quando essas falas surgem. Não cabe oferecer uma resposta sobre a origem da experiência, mas perceber mudanças clínicas, reconhecer sofrimento, perguntar pelo significado e comunicar o que pode exigir avaliação. O registro também pode ser mais cuidadoso. Em vez de escrever apenas “alucinação”, é mais informativo descrever o que o paciente contou, se estava orientado, se havia flutuação do estado mental, qual foi o efeito emocional e se pediu apoio. Descrever antes de rotular preserva informação clínica e respeito.

Os estudos sobre efeitos psicológicos também afastam conclusões fáceis. Levy et al. (2020) encontrou maiores escores de força pessoal, mudança espiritual e crescimento pós-traumático entre pacientes com ELDVs. Em 2025, outro estudo do grupo não encontrou diferença de autotranscendência entre pacientes com e sem essas experiências





(Levy et al., 2025). Portanto, uma experiência pode ser profundamente significativa sem produzir o mesmo efeito em todas as pessoas.

A diversidade cultural reforça que não existe uma única leitura correta. O que é reconfortante em uma tradição pode não ter o mesmo sentido em outra, e algumas pessoas não usam linguagem religiosa. Um cuidado centrado na pessoa começa por perguntar, e não por presumir. Espiritualidade, quando aparece, pode envolver fé, mas também vínculo, sentido, legado, reconciliação, esperança, medo ou aquilo que ainda importa quando a vida se aproxima do fim.

O campo ainda tem lacunas. Poucos estudos perguntam diretamente ao paciente, muitas pesquisas dependem de familiares ou profissionais e as definições continuam pouco padronizadas. Revisões recentes pedem instrumentos mais consistentes, maior diversidade cultural e estudos sobre formas de apoio quando a experiência causa sofrimento (Silva; Ribeiro; Moreira-Almeida, 2024; Figueiredo-Sousa; Reis-Pina, 2026). Também faltam pesquisas sobre como diferentes respostas profissionais afetam conforto, ansiedade, comunicação familiar e dignidade. Até que essas respostas existam, a literatura sustenta uma atitude prudente: avaliar sem reduzir, escutar sem impor e tratar o que precisa ser tratado sem apagar o que tem significado para quem está morrendo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências reunidas mostram que sonhos vívidos, sensação de presença, visões de pessoas falecidas, imagens de viagem e outras experiências de fim de vida aparecem em diferentes culturas e podem ter grande significado para pacientes e familiares. Muitas trazem conforto; outras despertam medo, angústia ou questões ainda não resolvidas. Reconhecer que essas experiências existem é apenas o primeiro passo. O cuidado começa quando a equipe tenta entender o efeito que elas tiveram naquela pessoa.

Essas experiências não devem ser automaticamente chamadas de delirium apenas por apresentarem conteúdo incomum. Ao mesmo tempo, delirium é frequente no fim da vida e mudanças agudas ou flutuantes de atenção, consciência, pensamento ou





comportamento precisam ser avaliadas de forma proporcional aos objetivos de cuidado. A abordagem mais segura sustenta duas perguntas: existe algo que precisa ser investigado ou tratado? E o que essa experiência significa para o paciente?

Para a enfermagem, isso significa escutar frases como “minha mãe esteve aqui”, “preciso ir” ou “Deus está me chamando” sem pressa para corrigir ou explicar. Perguntas abertas podem revelar paz, sofrimento, medo ou desejo de apoio espiritual. O profissional não precisa confirmar nem negar a interpretação religiosa; precisa cuidar da pessoa que tenta dar sentido ao que vive e permanecer atento aos sinais clínicos.

Esta revisão tem limites: a busca formal foi restrita à PubMed/MEDLINE, a seleção e a extração foram feitas por uma única revisora, não houve avaliação formal do risco de viés e os estudos usam conceitos e métodos diferentes. Ainda assim, a repetição de temas em países distintos e a concordância com revisões recentes mostram que o assunto merece espaço na formação e na prática em cuidados paliativos. Pesquisas futuras devem ampliar as bases de dados, utilizar avaliadores independentes, padronizar definições e testar maneiras de responder às experiências que preservem segurança, dignidade e significado.

No fim da vida, algumas situações precisam ser tratadas, outras precisam ser compreendidas e algumas perguntas talvez permaneçam sem resposta. O cuidado não exige resolver todos os mistérios da experiência humana. Exige não abandonar a pessoa diante deles.

REFERÊNCIAS

BARBATO, M.; BLUNDEN, C.; REID, K.; IRWIN, H.; RODRIGUEZ, P. Parapsychological phenomena near the time of death. *Journal of Palliative Care*, v. 15, n. 2, p. 30-37, 1999. DOI: 10.1177/082585979901500206.

BUSH, S. H. et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, v. 29, supl. 4, p. iv143-iv165, 2018. DOI: 10.1093/annonc/mdy147.





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

DAM, A. K. Significance of end-of-life dreams and visions experienced by the terminally ill in rural and urban India. *Indian Journal of Palliative Care*, v. 22, n. 2, p. 130-134, 2016. DOI: 10.4103/0973-1075.179600.

DEPNER, R. M. et al. Expanding the understanding of content of end-of-life dreams and visions: a consensual qualitative research analysis. *Palliative Medicine Reports*, v. 1, n. 1, p. 103-110, 2020. DOI: 10.1089/pmr.2020.0037.

ETEMADINIA, M. et al. Prevalence and phenomenological characteristics of deathbed visions in Iranian adults and narrators: a cross-sectional quantitative study. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, publicação antecipada on-line, 23 set. 2025. DOI: 10.1177/00302228251376905.

FENWICK, P.; BRAYNE, S. End-of-life experiences: reaching out for compassion, communication, and connection — meaning of deathbed visions and coincidences. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 28, n. 1, p. 7-15, 2011. DOI: 10.1177/1049909110374301.

FIGUEIREDO-SOUSA, T.; REIS-PINA, P. End-of-life dreams and visions in dying adults and caregivers: a systematic review. *Journal of Loss and Trauma*, publicação antecipada on-line, 27 jul. 2026. DOI: 10.1080/15325024.2026.2704749.

GRANT, P. C. et al. Family caregiver perspectives on end-of-life dreams and visions during bereavement: a mixed methods approach. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 1, p. 48-53, 2020. DOI: 10.1089/jpm.2019.0093.

GRANT, P. C. et al. Attitudes and perceptions of end-of-life dreams and visions and their implication to the bereaved family caregiver experience. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 38, n. 7, p. 778-784, 2021. DOI: 10.1177/1049909120952318.

HESSION, A. et al. End-of-life dreams and visions: a systematic integrative review. *Palliative & Supportive Care*, v. 21, n. 2, p. 337-346, 2023. DOI: 10.1017/S1478951522000876.

KELLEHEAR, A.; POGONET, V.; MINDRUTA-STRATAN, R.; GORELCO, V. Deathbed visions from the Republic of Moldova: a content analysis of family observations. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, v. 64, n. 4, p. 303-317, 2011-2012. DOI: 10.2190/OM.64.4.b.

KERR, C. W. et al. End-of-life dreams and visions: a longitudinal study of hospice patients' experiences. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 3, p. 296-303, 2014. DOI: 10.1089/jpm.2013.0371.

LEVY, K. et al. End-of-life dreams and visions and posttraumatic growth: a comparison study. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 3, p. 319-324, 2020. DOI: 10.1089/jpm.2019.0269.





III CONEUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

LEVY, K. et al. End-of-life dreams and visions and self-transcendence: a comparison study. *Journal of Palliative Medicine*, v. 28, n. 11, p. 1481-1487, 2025. DOI: 10.1177/10966218251363395.

MORITA, T. et al. Nationwide Japanese survey about deathbed visions: “My deceased mother took me to heaven”. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 52, n. 5, p. 646-654.e5, 2016. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.04.013.

MUTHUMANA, S. P. et al. Deathbed visions from India: a study of family observations in northern Kerala. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, v. 62, n. 2, p. 97-109, 2010-2011. DOI: 10.2190/OM.62.2.a.

NOSEK, C. L. et al. End-of-life dreams and visions: a qualitative perspective from hospice patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 32, n. 3, p. 269-274, 2015. DOI: 10.1177/1049909113517291.

NYBLOM, S.; ARNBY, M.; MOLANDER, U.; BENKEL, I. End-of-life experiences (ELEs) of spiritual nature are reported directly by patients receiving palliative care in a highly secular country: a qualitative study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 38, n. 9, p. 1106-1111, 2021. DOI: 10.1177/1049909120969133.

NYBLOM, S.; MOLANDER, U.; BENKEL, I. Metaphors in end-of-life dreams in patients receiving palliative care: a secondary qualitative study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 40, n. 1, p. 74-78, 2023. DOI: 10.1177/10499091221090625.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 134, p. 178-189, 2021. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2021.03.001.

RABITTI, E. et al. Hospice patients' end-of-life dreams and visions: a systematic review of qualitative studies. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 41, n. 1, p. 99-112, 2024. DOI: 10.1177/10499091231163571.

RENZ, M. et al. Fear, pain, denial, and spiritual experiences in dying processes. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 35, n. 3, p. 478-491, 2018. DOI: 10.1177/1049909117725271.

SILVA, T. O.; RIBEIRO, H. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. End-of-life experiences in the dying process: scoping and mixed-methods systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 13, n. e3, p. e624-e640, 2024. DOI: 10.1136/spcare-2022-004055.





III CONECUP

II CONGRESSO NACIONAL
ESPECIALIZADO EM
CUIDADOS PALIATIVOS

SUZUKI, K. et al. Comparative study of clinicians' and family members' perceptions of patients' end-of-life experiences. *BMJ Supportive & Palliative Care*, publicação antecipada on-line, 11 out. 2022. DOI: 10.1136/spcare-2022-0038



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



@conecupoficial