

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**NECESSIDADES DE CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
PALIATIVA NOS ÚLTIMOS DIAS OU HORAS DE VIDA:  
SCOPING REVIEW**

**COMFORT NEEDS OF THE PERSON IN PALLIATIVE SITUATION  
IN THE LAST DAYS OR HOURS OF LIFE:  
SCOPING REVIEW**

**NECESIDADES DE CONFORT DE LA PERSONA EN SITUACIÓN  
PALIATIVA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS U HORAS DE VIDA:  
REVISIÓN EXPLORATÓRIA**

Rita Maria Mateus<sup>1</sup> , Mariana da Conceição<sup>1</sup> ,  
Cidália de Fátima Carvoeiras Nobre<sup>1</sup> .

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Recebido/Received: 08-05-2025 Aceite/Accepted: 10-12-2025 Publicado/Published: 29-12-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).743.90-102](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).743.90-102)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

**VOL. 11 N.º 3 DEZEMBRO 2025**

## Resumo

**Introdução:** 90% das mortes ocorrem no percurso de uma doença crónica e progressiva, sendo possível antecipar e prevenir situações de sofrimento. Os últimos dias ou horas de vida correspondem à última fase do fim de vida, onde as necessidades da pessoa em situação paliativa sofrem mudanças significativas. **Objetivo:** Mapear as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos últimos dias ou horas de vida. **Método:** Segue a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI) de acordo com as Guidelines do PRISMA-ScR. Pesquisa realizada nas bases de dados Medline Complete and CINAHL Complete. Incluídos artigos em português, espanhol e inglês, entre 2019 e 2024. Critérios de inclusão definidos, com base nos elementos da População, Contexto e Conceito (PCC): (P) pessoa em situação paliativa nos UDHV, (C) cuidados paliativos, (C) necessidades de conforto, para responder à questão: quais são as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV? **Resultados:** Analisados os artigos selecionados, foram incluídos quinze artigos no estudo. As necessidades nos contextos psicoespiritual (n = 12) e sociocultural (n = 12) foram as mais mencionadas, seguidas pelo contexto físico (n = 10), sendo que não foram obtidos resultados para o contexto ambiental (n = 0). A presença de pessoas significativas, a preferência por morrer em casa, o suporte emocional, espiritual, a comunicação/informação, o controlo sintomático, em especial a dor, são algumas das necessidades de conforto evidenciadas nos três contextos identificados. **Conclusão:** O mapeamento das necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV contribui para a intervenção antecipada do enfermeiro, atendendo ao cuidado holístico, promotor de uma morte tranquila.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Necessidades de Conforto; Últimos Dias ou Horas de Vida.

## Abstract

**Introduction:** 90% of deaths occur during a chronic and progressive disease, making it possible to anticipate and prevent situations of suffering. The last days or hours of life correspond to the final phase of end-of-life, where the needs of the person in a palliative situation undergo significant changes. **Objective:** To map the comfort needs of the person in a palliative situation during the last days or hours of life. **Method:** Follows the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology according to PRISMA-ScR. Guidelines. Research conducted in Medline Complete and CINAHL Complete databases. Articles in Portuguese, Spanish, and English from 2019 to 2024 were included. Inclusion criteria were defined based on Population, Context, and Concept (PCC) elements: (P) person in a palliative situation during LDHL, (C) palliative care, (C) comfort needs, to answer the question: what are the comfort needs of the person in a palliative situation during LDHL? **Results:** Fifteen articles were included in the study after analyzing the selected articles. Needs in the psycho-spiritual (n = 12) and socio-cultural (n = 12) contexts were the most mentioned, followed by the physical context (n = 10), with no results obtained for the environmental context (n = 0). The presence of significant people, the preference to die at home, emotional and spiritual support, communication/information, symptom control, especially pain, are some of the comfort needs highlighted in the three identified contexts. **Conclusion:** Mapping the comfort needs of a person in palliative care in UDHV contributes to the nurse's proactive intervention, providing holistic care that promotes a peaceful death.

**Keywords:** Comfort Needs; Last Days or Hours of Life; Palliative Care.

## Resumen

**Introducción:** El 90% de las muertes ocurren durante el curso de una enfermedad crónica y progresiva, lo que permite anticipar y prevenir situaciones de sufrimiento. Los últimos días u horas de vida corresponden a la fase final del fin de la vida, donde las necesidades de la persona en situación paliativa sufren cambios significativos. **Objetivo:** Mapear las necesidades de confort de la persona en situación paliativa durante los últimos días u horas de vida. **Método:** Sigue la metodología del Instituto Joanna Briggs Institute (JBI) de acuerdo con las directrices PRISMA-ScR. Investigación realizada en las bases de datos Medline Complete y CINAHL Complete. Se incluyeron artículos en portugués, español e inglés, entre 2019 y 2024. Se definieron los criterios de inclusión basados en los elementos de Población, Contexto y Concepto (PCC): (P) persona en situación paliativa durante los UDHV, (C) cuidados paliativos, (C) necesidades de confort, para responder a la pregunta: ¿cuáles son las necesidades de confort de la persona en situación paliativa durante los UDHV? **Resultados:** Se incluyeron quince artículos en el estudio después de analizar los artículos seleccionados. Las necesidades en los contextos psicoespiritual (n = 12) y sociocultural (n = 12) fueron las más mencionadas, seguidas por el contexto físico (n = 10), y no se obtuvieron resultados para el contexto ambiental (n = 0). La presencia de personas significativas, la preferencia por morir en casa, el apoyo emocional y espiritual, la comunicación/información, el control de los síntomas, especialmente del dolor, son algunas de las necesidades de confort evidenciadas en los tres contextos identificados. **Conclusión:** El mapeo de las necesidades de confort de la persona en situación paliativa en las UDHV contribuye a la intervención anticipada del enfermero, atendiendo al cuidado holístico, promotor de una muerte tranquila.

**Descriptor:** Cuidados Paliativos; Necesidades de Confort; Últimos Días u Horas de Vida.

## Introdução

Estima-se que apenas 1 em cada 10 pessoas no mundo, que necessitam de cuidados paliativos, recebem os mesmos e a previsão é que em 2060 essa procura duplique<sup>(1)</sup>. Em Portugal, o índice de envelhecimento demonstra uma relação de 181,3 idosos por cada 100 jovens e a esperança média de vida é de 80,72 anos, o que nos posiciona como o sétimo país mais envelhecido no mundo e em 2050 prevê-se que seja o segundo<sup>(2)</sup>. Associado ao aumento do envelhecimento populacional, está uma maior prevalência de doenças crónicas e progressivas, com instalação de fragilidade, multimorbilidade, dependência funcional e declínio cognitivo, com milhares de pessoas a cada ano em situação de fim de vida<sup>(3)</sup>. A par de um desenvolvimento tecnológico, haverá maior longevidade, o que justifica maior necessidade de CP por um período igualmente mais alargado, idealmente suportado por cuidados especializados e baseados em evidência científica<sup>(4)</sup>.

Em 90% das pessoas, a morte ocorre no percurso de uma doença crónica em que é possível identificar etapas evolutivas<sup>(5)</sup>. Os UDHV correspondem à última fase do percurso de fim de vida e situam-se no subgrupo dos doentes em situação paliativa e terminal<sup>(6)</sup>. Pode ser difícil definir o conceito devido aos padrões individuais de cada pessoa<sup>(7)</sup>, no entanto, a definição aqui adotada refere-se aos UDHV, como o período habitualmente decorrente entre 12-14 dias prévios à morte, podendo ser mais prolongado em jovens. É uma fase fisiológica que surge na sequência de uma doença crónica avançada e as causas não são reversíveis<sup>(8)</sup>, onde se assiste a um declínio funcional com aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes<sup>(9)</sup>. Nesta fase, as necessidades do doente e família sofrem mudanças significativas, o que exige uma organização dos cuidados promotores de uma morte tranquila e de lutos saudáveis<sup>(10)</sup>. O objetivo é o de conseguir para a pessoa doente, em fase de incurabilidade, o maior conforto e bem-estar de modo que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa humana<sup>(11)</sup>.

Na procura de um consenso entre peritos, sobre a definição de bons cuidados em fim de vida, concluiu-se que estes devem proporcionar a morte no local

de escolha da pessoa, sem dor, com respeito pela sua dignidade e com o melhor cuidado possível<sup>(12)</sup>. Contudo, a realidade ainda fica aquém do desejado. O local de morte é sobretudo o hospital e a tendência é continuar a aumentar até 2030, em particular nos idosos com mais de 85 anos<sup>(13,14)</sup>. Esta realidade tem contribuído para o afastamento da morte de um local humanizado, pois o ambiente hospitalar é frequentemente impreparado e pouco capaz de atender a esta solicitação<sup>(15)</sup>, onde as necessidades dos doentes com necessidades paliativas são esquecidas, pois vão contra a cultura das instituições dirigidas às doenças agudas, cujo lema é tratar e dar vida<sup>(13)</sup>. Esta não deve ser considerada uma fase menor, de desinvestimento e retirada da equipa clínica. Pelo contrário, os UDHV requerem uma intensificação de cuidados, eticamente apropriados e com especificidade clínica<sup>(9)</sup>.

Independentemente do diagnóstico, os cuidados paliativos centram-se nas necessidades do doente/família, conforme definido na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde mais próximo do doente e da família, este deve ser responsável pela avaliação das necessidades dos doentes e pela garantia do conforto<sup>(7)</sup>. Assume-se como referencial de enfermagem a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba (1991, 2003), onde o conceito de conforto é definido como a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental<sup>(16,17)</sup>.

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa preliminar na PubMed database, JBI Evidence Synthesis<sup>(18)</sup>, OSF e PROSPERO e não foi encontrada nenhuma *scoping review* semelhante, já finalizada ou com protocolo registado. Esta *scoping review* tem como objetivo mapear as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV.

## Método

O presente estudo de *scoping review* foi conduzido de acordo com a metodologia JBI<sup>(18,19)</sup>, a estratégia de pesquisa e a análise dos artigos foi efetuada tendo por base as orientações de revisões sistemáticas e extensão de meta-análises: PRISMA-ScR<sup>(20)</sup>.

Esta *scoping review* foi registada prospectivamente no *Open Science Framework*, e o seu protocolo está disponível em <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9QUNC>

### Critérios de seleção

Os critérios de elegibilidade foram determinados com base nos elementos da População, Contexto e Conceito (PCC), de acordo com os princípios orientadores do Instituto Joanna Briggs<sup>(18)</sup>. Neste sentido foi construída a questão de investigação: Quais as necessidades de conforto da PSP nos UDHV?

**População:** Pessoas em situação paliativa, com doença incurável, progressiva e terminal, com 19 ou mais anos, nos UDHV.

**Conceito:** Necessidades de conforto (expressas pelo doente, família, ou observadas pelo enfermeiro);

**Contexto:** Cuidados Paliativos (Domicílio, Hospitais, Lares, Unidades de Cuidados Paliativos, Cuidados de saúde primários, outros).

As pessoas com idade inferior a 19 anos foram excluídas da análise, assim como os contextos que não fossem de cuidados paliativos. Todos os artigos sem correlação com as necessidades de conforto, com o objetivo definido e de opinião ou editoriais, foram excluídos. Esta revisão contempla a inclusão de estudos com desenho qualitativo, quantitativo, misto e engloba também outras revisões sistemáticas realizadas previamente, tendo como limite temporal os últimos 5 anos.

### Estratégia de pesquisa

Considerando a lista de verificação *Peer Review of the Electronic Search Strategies* (PRESS)<sup>(21)</sup>, dois autores desenvolveram a estratégia de pesquisa que foi validada por um terceiro autor.

Na pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: MEDLINE e CINAHL Complete (ambas, via EBSCOhost), retrospectivamente de janeiro de 2019 a outubro de 2024. A pesquisa foi realizada em outubro de 2024 através de palavras-chave e respetivos descritores validados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e *CINAHL Complete*. Foram analisados estudos redigidos em inglês, português e espanhol, para garantir um procedimento de seleção e extração de dados de boa qualidade. A estratégia de pesquisa utilizada é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Estratégia de pesquisa MEDLINE (EBSCOhost) e CINAHL Complete.

Pesquisa em 9/10/2024	Descritores CINAHL	Descritores MEDLINE
S1	(MH "Terminally Ill Patients") OR (MH "Hospice Patients").	(MH "Terminally Ill").
S2	(MH "Needs Assessment") OR (MH "Health Services Needs and Demand") OR (MH "Human Needs (Psychology)") OR (MH "Human Needs (Physiology)") OR (MH "Patient Preference").	(MH "Needs Assessment") OR (MH "Health Services Needs and Demand") OR (MH "Patient Preference").
S3	(MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Terminal Care") OR (MH "Hospice nursing") OR (MH "Palliative Medicine").	(MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Terminal Care") OR (MH "Palliative Medicine") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing").
S4	S1 AND S2 AND S3.	S1 AND S2 AND S3.
S5	S4 Limitadores — data de publicação: 01.01.2019 – 31.12.2024	

### Processo de seleção e critérios de elegibilidade dos artigos

Todos os documentos foram selecionados de acordo com o título e o resumo, tendo em conta o objetivo definido para a *scoping review*, bem como com os critérios de seleção explanados. Os artigos repetidos foram eliminados com o auxílio da ferramenta Mendeley<sup>®</sup> 19.4 (Mendeley Ltd., Elsevier, Amsterdam, The Netherlands). Os dados foram extraídos e sistematizados da seguinte forma: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivo, tipo do estudo, população em estudo, composição da amostra, contexto de cuidados e os resultados. As divergências relativas à inclusão ou à exclusão dos artigos foram resolvidas por meio de discussão e alcançado o consenso entre as pesquisadoras. Os estudos que cumpriam os critérios de seleção foram lidos na íntegra e avaliados em pormenor de acordo com os critérios mencionados anteriormente.

## Resultados

Características dos estudos incluídos, contexto e população

A estratégia de busca permitiu recuperar 211 artigos, dos quais, 5 foram excluídos por estarem duplicados nas bases de dados. Na etapa seguinte, 206 artigos foram analisados a partir da leitura dos títulos e resumos, o que levou à exclusão de 147 artigos e 59 foram considerados elegíveis para leitura integral, dos quais 44 foram excluídos por não responderem à questão de investigação. A amostra final desta *scoping review* contempla 15 artigos, os quais foram lidos na íntegra, sendo feita análise descritiva dos mesmos de acordo com os critérios previamente estabelecidos. A Figura 1 ilustra o processo de seleção e inclusão final dos estudos.

Os 15 artigos incluídos são todos internacionais, originais de 12 países: Estados Unidos da América dois — um deles em parceria com o Líbano e outro, com a Holanda; Canadá e Espanha, com dois estudos, respetivamente; Austrália, China, Butão, Coreia, Índia, Irlanda, Moçambique, Singapura e Suíça com um estudo, respetivamente. Os estudos foram publicados entre os anos de 2019 e 2024, em diversas revistas internacionais, no idioma inglês.

Tendo em consideração os diferentes desenhos de estudos incluídos é possível verificar que, predominam os estudos qualitativos ( $n = 11$ ), seguindo-se os estudos quantitativos ( $n = 4$ ).

O contexto em que os estudos foram realizados é diverso, sendo eles: hospitais ( $n = 2$ ), domicílios ( $n = 3$ ), unidades residenciais de cuidados paliativos ( $n = 2$ ), contexto não especificado ( $n = 5$ ). Em 3 artigos, o estudo foi realizado em mais do que um contexto.

Quanto à população, a maioria dos artigos incluídos reflete a perspetiva da pessoa em situação paliativa ( $n = 14$ ), em conjunto com terceiros ou não. Verificou-se também que a identificação das necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV é feita através da perceção de outros participantes, como os profissionais de saúde ( $n = 1$ ). Todos os estudos englobam a pessoa em situação paliativa em idade adulta, sendo a patologia predomi-

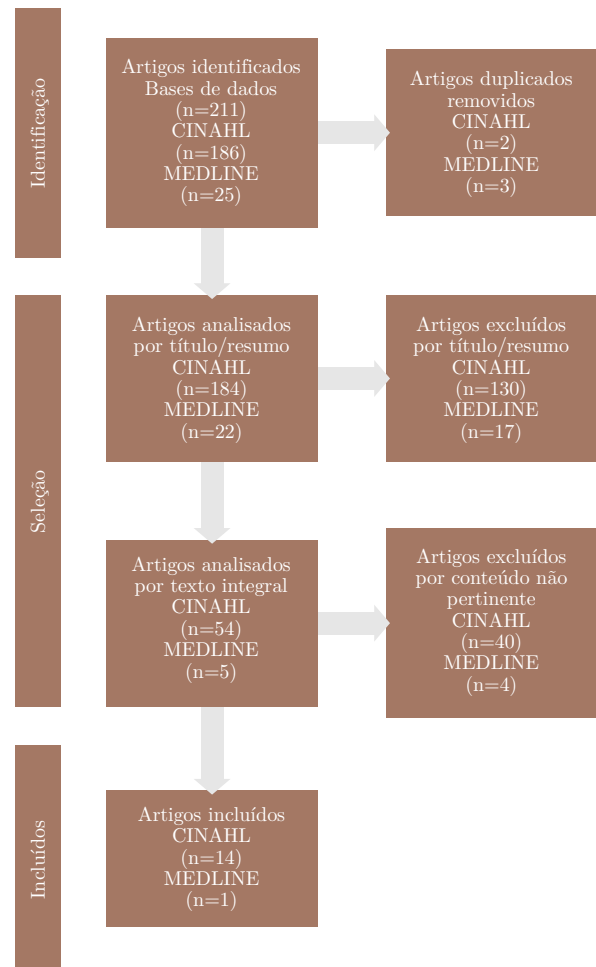


Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo da seleção dos artigos.

minante a oncológica (n = 6), seguida de doentes com patologia não oncológica (n = 3), estudos que englobam tanto o doente oncológico e o não oncológico (n = 1), e estudos que não especificam a patologia da população (n = 5).

Quanto ao conceito, as necessidades de conforto mapeadas enquadram-se em três dos quatro contextos de conforto citados por Kolcaba<sup>(17)</sup>, sendo que as necessidades nos contextos psicoespíritual (n = 12) e sociocultural (n = 12) foram as mais mencionadas, seguidas pelo contexto físico (n = 10), não tendo sido obtidos resultados para o contexto ambiental (n = 0). Os resultados por contextos, encontram-se no quadro de síntese de resultados por contextos (Quadro 2).

### Apresentação dos dados

A síntese das características dos estudos incluídos, como autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, tipo do estudo, população em estudo, composição da amostra, contexto de cuidados e os resultados, encontra-se no quadro de extração de dados (Quadro 3), proporcionando um entendimento mais fácil das principais informações neles contidos.

Quadro 2: Síntese de resultados por contextos.

Contextos	Síntese de Resultados
Psicoespíritual (22,25,27,28,29,30,31,32,33,34,36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação eficaz das emoções relacionadas com a doença, com a dependência e a morte, com as preocupações, as preferências e os sentimentos.</li> <li>- Sentir-se escutado.</li> <li>- Necessidade de informação sobre o diagnóstico e prognóstico.</li> <li>- Necessidade de respeito, de preservação da dignidade e da autonomia.</li> <li>- Necessidade de que os profissionais de saúde sejam gentis, amistosos, competentes e atenciosos e que ofereçam abertura para falar sobre a proximidade da morte e que promovam uma abordagem centrada na pessoa, mantendo uma prestação de cuidados de qualidade até à morte.</li> <li>- Cuidado e proteção da identidade, dos papéis e do propósito na vida, bem como da autoimagem e autoestima, procurar distrações ou manter relacionamentos afetivos e sociais.</li> <li>- A necessidade da descoberta do propósito da vida e a importância de atingir a paz interior, para o conforto espíritual.</li> <li>- Viver o presente/desfrutar todos os momentos até morrer.</li> <li>- Manter a esperança.</li> <li>- Respeito pela autodeterminação, pelo direito de conhecimento e perspetivar uma boa morte.</li> <li>- Confirmar as necessidades e assuntos pendentes.</li> <li>- Validar crenças e a fé, e a disponibilidade de serviços religiosos.</li> <li>- Acompanhamento e prática religiosa e espíritual para receber apoio emocional de Deus ou de um Poder Maior.</li> <li>- Resiliência e reconciliação com Deus, com outros e consigo próprio para resolver conflitos internos ou com outros.</li> <li>- Aproximação com um poder supremo (forte crença em rezar a Deus) e crescimento espíritual.</li> <li>- Disponibilidade de espaço para a construção de significado existencial.</li> </ul>
Sociocultural (22,25,27-31)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consideração por histórias familiares, tradições, linguagem, roupas e costumes.</li> <li>- Atender ao local de preferência para morrer, pela pessoa em situação paliativa, sendo o domicílio o local mais evocado.</li> <li>- Capacidade da família para cuidar, sem sobrecarga para o cuidador.</li> <li>- Relação de confiança do doente/família com os profissionais de saúde.</li> <li>- Atender à qualidade dos cuidados.</li> <li>- Necessidade de mais profissionais e mais equipas nos serviços comunitários de cuidados paliativos.</li> <li>- Necessidades de fim de vida, para que a permanência em casa seja possível (por ordem de importância): gestão de sintomas físicos e gestão de perdas e o luto (em igualdade); coordenação entre os membros da equipa de cuidados; coordenação entre a família e os amigos; gestão da morte (por exemplo, desejo de permanecer em casa até morrer); apoio psicológico; apoio nas necessidades fundamentais e o cuidado espíritual.</li> <li>- Necessidade de estabelecer um plano antecipado de cuidados.</li> <li>- Necessidade de manutenção das relações sociais da pessoa em UDHV, com os familiares, amigos e outras pessoas significativas, como os profissionais de saúde, já que o contacto social permite manter a comunicação, a autoestima e a identidade.</li> <li>- Necessidade de apoio financeiro por parte da família.</li> </ul>
Físico (22,25,27,28,29,31,34,36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de controlo sintomático, destacada das restantes necessidades físicas, sendo a dor o sintoma mais especificado.</li> <li>- Necessidade de cuidados de higiene, cuidados orais ou a aparência cuidada.</li> <li>- Necessidade de manter a atividade física, a independência ou a capacidade para o autocuidado.</li> <li>- Necessidade nas ajudas técnicas para deambular à medida que a doença evolui e a mobilidade se altera.</li> <li>- Necessidade de atender às preferências de gestão da incontinência urinária e fecal.</li> <li>- Necessidade de qualidade do sono e o repouso.</li> <li>- Respeitar a preferência por cuidados de conforto em detrimento de medidas de manutenção da vida, prevenindo dor e desconforto.</li> <li>- Importância do conhecimento do prognóstico, de clarificar desejos sobre as medidas de prolongamento da vida e respeitar as diretivas antecipadas de vontade.</li> </ul>



## Discussão

As necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV, enquadram-se em três dos quatro contextos de conforto segundo a teoria de Kolcaba<sup>(17)</sup>: psicoespiritual, sociocultural e físico. Para a discussão dos dados obtidos optou-se pela sua análise e organização de acordo com o predomínio de artigos que abordam cada contexto, por ordem decrescente:

### Necessidades decorrentes no contexto psicoespiritual

O conforto psicoespiritual combina as componentes mental, emocional e espiritual. É o que dá sentido à vida, o que implica auto-estima, auto-conceito, a sexualidade e a relação com um ser ou uma ordem superior<sup>(17)</sup>. Os resultados são agrupados em duas grandes categorias: uma psicológica e emocional, e outra espiritual.

Os autores, Laabar, *et al*<sup>(30)</sup>, López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup> e Wajid, *et al*<sup>(32)</sup>, nos seus estudos, relatam as necessidades psicológicas e emocionais, e englobam a possibilidade de acompanhamento a esses níveis<sup>(30-32)</sup>, por forma a mitigar a solidão ou o isolamento durante o processo<sup>(33)</sup>. Os mesmos autores<sup>(31,32)</sup> e Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, acrescentam que a comunicação eficaz das necessidades e das emoções<sup>(22,31,32)</sup> relacionadas com a doença, a dependência e a morte<sup>(31,32)</sup>, bem como com as preocupações, as preferências e os sentimentos, constituem necessidades psicológicas e emocionais que contribuem para o conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV. Também neste contexto, as pesquisas de Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup> e de Garcia-Navarro, *et al*<sup>(33)</sup> destacam a importância de manter a esperança como necessidade psicológica e emocional<sup>(28,33)</sup>. Ainda Garcia-Navarro, *et al*<sup>(33)</sup> e Lewis, *et al*<sup>(25)</sup> ilustram, como necessidade de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV, a necessidade de se sentir escutada<sup>(25,33)</sup>, de forma a clarificar desejos ou exigências sobre a doença, os cuidados e as medidas para prolongar a vida<sup>(27)</sup> e possuir capacidade para manter a comunicação com o cônjuge<sup>(29)</sup>. Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, Lewis, *et al*<sup>(25)</sup>, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup>, Laabar, *et al*<sup>(30)</sup> e Geerse, *et al*<sup>(34)</sup>, evocam, nos seus estudos, a necessidade de informação sobre o diagnóstico e prognóstico<sup>(22,25,27,30,34)</sup> e que a mesma seja verdadeira e de confiança para

apoiar na tomada de decisão<sup>(31)</sup>, pois sabendo quanto tempo de vida resta podem ser tomadas decisões importantes sobre os cuidados e estabelecer objetivos prévios à morte<sup>(35)</sup>. Ainda nas pesquisas de Lewis, *et al*<sup>(25)</sup>; Garcia-Navarro, *et al*<sup>(33)</sup>; Geerse, *et al*<sup>(34)</sup> e Smith, *et al*<sup>(36)</sup>, destaca-se a necessidade de respeito, de preservação da dignidade e da autonomia<sup>(25,33,34,36)</sup> sob várias formas, entre elas, através da garantia da privacidade e intimidade, de poder decidir sobre o local de cuidados, evitar a obstinação terapêutica, planejar o processo de morrer, nomeadamente sob a forma de testamento e desejos finais<sup>(33)</sup>, da tomada de decisão partilhada<sup>(31,33,36)</sup>, e da satisfação de desejos e preferências<sup>(31)</sup>, o que contribui para um sentido de controlo<sup>(25,36)</sup>. No que respeita aos profissionais de saúde, Lewis, *et al*<sup>(25)</sup> apontam necessidades para que os mesmos sejam gentis, amistosos, competentes e atenciosos<sup>(25)</sup>, através da sua abertura para falar sobre a proximidade da morte e que promovam uma abordagem centrada na pessoa<sup>(25)</sup>, mantendo uma prestação de cuidados de qualidade até à morte<sup>(32)</sup>. Nesse sentido, na pesquisa de Piovesan, *et al*<sup>(35)</sup>, acrescentam os autores que se pretende informação sobre o prognóstico e o que irá acontecer ao longo da doença, mas também é desejado que os profissionais de saúde deem esperança<sup>(35)</sup>. García-Navarro *et al*<sup>(33)</sup> apontam a conspiração do silêncio como uma barreira à comunicação aberta e eficaz dos sentimentos e emoções. Para mitigar a solidão ou o isolamento, sentidos na trajetória de fim de vida, a presença de outros eleva a sua importância nesta fase, não bastando a mera presença física, denominada de “solidão acompanhada”, mas sim, sentir-se verdadeiramente acompanhado<sup>(33)</sup>. No sentido oposto, a pesquisa de Lee, G. L. *et al*<sup>(29)</sup>, evidencia que a mera presença física do cônjuge seja suficiente para disponibilizar apoio emocional<sup>(29)</sup>. López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup>, acrescentam, para o bem-estar emocional, as necessidades de cuidado e proteção da identidade, dos papéis e do propósito na vida, bem como da autoimagem e autoestima, e da procura de distrações ou de manter relacionamentos afetivos e sociais<sup>(31)</sup>.

Quanto às necessidades espirituais, que englobam a prática religiosa e espiritual, as pesquisas de Wang, *et al*<sup>(22)</sup>; Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup>; Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup> e de Garcia-Navarro, *et al*<sup>(33)</sup>, demonstram uma variedade

de formas que contribuem para o conforto espiritual, desde a descoberta do propósito da vida e a importância de atingir a paz interior<sup>(22,27,28,33)</sup>, assim como viver o presente, desfrutar todos os momentos até morrer<sup>(22)</sup> e manter a esperança<sup>(22)</sup>, por exemplo, para realizar pequenas viagens ou sair de casa<sup>(29)</sup>. Acrescenta Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, que as necessidades espirituais, capazes de contribuir para o conforto espiritual, envolvem também o respeito pela autodeterminação, pelo direito de conhecimento e perspetivar uma boa morte<sup>(22)</sup>. Neste contexto, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> referem que confirmar as necessidades e assuntos pendentes<sup>(27)</sup>, bem como validar crenças e fé<sup>(27)</sup>, e confirmar o testamento vital<sup>(27)</sup>, constituem também necessidades espirituais. Os autores, Wajid, *et al*<sup>(32)</sup> e García-Navarro *et al*<sup>(33)</sup>, fundamentam, ainda, que as necessidades espirituais envolvem a disponibilidade de serviços religiosos e acompanhamento, a prática religiosa e espiritual<sup>(32,33)</sup>, bem como a capacidade de resiliência<sup>(33)</sup>, de despedida<sup>(33)</sup> e de reconciliação<sup>(33)</sup> com Deus, com outros e consigo próprio, para resolver conflitos internos ou com outros. Neste sentido, os estudos de Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup>, Lee, G. L. *et al*<sup>(29)</sup> e Wajid, *et al*<sup>(32)</sup> ilustram, como necessidades espirituais, a importância das orações de terceiros ou do próprio<sup>(28)</sup> para receber apoio emocional de Deus ou de um Poder Maior<sup>(29)</sup>, para uma aproximação com um poder supremo (forte crença em rezar a Deus)<sup>(29,32)</sup>, perspetivando o crescimento espiritual e, naturalmente, a disponibilidade de espaço para a construção de significado existencial<sup>(29)</sup>, reforçando o conforto espiritual.

#### Necessidades decorrentes no contexto sociocultural

Segundo Kolcaba<sup>(17)</sup>, o conforto sociocultural remete-se para a satisfação de necessidades como os relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, onde o enfermeiro pode ser a fonte de suporte social primordial, caso o doente não tenha ou seja limitado. A nível cultural, surge a consideração por histórias familiares, tradições, linguagem, roupas e costumes.

Nas pesquisas de Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, Yamout, *et al*<sup>(23)</sup>, Kern, *et al*<sup>(24)</sup> e Lewis, *et al*<sup>(25)</sup>, constata-se que a principal evidência diz respeito ao local de preferência para morrer, pela pessoa em situação paliativa, sendo o domicílio o local mais evocado<sup>(22-25)</sup>.

O hospital é mencionado apenas por Heller<sup>(26)</sup>, como o local preferencial para morrer.

Acrescenta o mesmo autor<sup>(26)</sup>, que em determinadas culturas africanas o conforto da família se sobrepõe ao conforto individual, e também, sendo o hospital, o local que dispõe de mais recursos para prolongar a vida, torna-se a primeira escolha<sup>(26)</sup>. No estudo de Yamout, *et al*<sup>(23)</sup>, os autores identificaram uma hierarquização dessa preferência: caso não seja possível permanecer no domicílio, o hospital ou o *hospice* surgem como segunda opção, devido ao acesso rápido a equipamentos ou cuidados médicos. Os lares ou unidades de cuidados paliativos surgem como últimas opções, sendo os lares apontados como lugares inseguros<sup>(23)</sup>. Os mesmos autores<sup>(23)</sup> evocam questões relativas a: qualidade de vida do doente, capacidade para o familiar cuidar, preocupação em ser uma sobrecarga para o cuidador, relações com os profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados. Neste contexto, Geerse, *et al*<sup>(34)</sup> reforçam a preferência por estar junto da família, se tiverem bom suporte e não ser uma sobrecarga emocional ou financeira. Igualmente, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> e Cithambarm *et al*<sup>(28)</sup> contemplam a condição para permanecer em casa até morrer. Alicerçado na sua influência cultural, o estudo de Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, realizado na China, ilustra o quão relevante é o pensamento “as folhas caídas retornam às suas raízes”<sup>(22)</sup>. Nesta pesquisa<sup>(22)</sup>, a maioria dos idosos chineses acredita que o melhor lugar para morrer é em casa, e como tal foram constituídos serviços comunitários de cuidados paliativos, contudo, tal oferta requer mais profissionais, mais equipas para responder às solicitações crescentes, dado o envelhecimento populacional, o que se constitui como um obstáculo à satisfação dessa necessidade<sup>(22)</sup>.

Também Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> ilustra as condições para que a permanência em casa seja possível ao responder a oito necessidades de fim de vida (por ordem de importância): a gestão de sintomas físicos e gestão de perdas, e o luto (em igualdade); a coordenação entre os membros da equipa de cuidados (por exemplo, poder fazer chamadas de emergência ou facilidade em contactar profissionais); a coordenação entre a família e os amigos; a gestão da morte (por exemplo, desejo de permanecer em casa até morrer); o apoio psicológico; o apoio nas necessidades fundamentais e

o cuidado espiritual. Neste contexto, Kern *et al*<sup>(24)</sup> reconhecem que apesar do local para morrer ser preferencialmente o domicílio, a morte ocorre majoritariamente no hospital e, muitas vezes, as preferências só são abordadas nos momentos próximos da morte, o que reforça a necessidade de estabelecer um plano antecipado de cuidados<sup>(24)</sup>.

Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup>, demonstram a necessidade de manutenção das relações sociais da pessoa em situação paliativa nos UDHV, seja com os familiares, os amigos, outras pessoas significativas (como os profissionais de saúde), ou a mera presença de outros. Os mesmos autores<sup>(28)</sup>, reforçam que o contacto social permite manter a comunicação, a autoestima e a identidade<sup>(28)</sup>, sendo o apoio de amigos visto como uma bênção para viver bem e o tempo passar facilmente. Lee, G. L. *et al*<sup>(29)</sup>, no seu estudo, mencionam que o apoio dos irmãos é considerado necessário para deslocações de carro e apoio financeiro<sup>(29)</sup>. Também Laabar, *et al*<sup>(30)</sup> e López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup>, destacam o bem-estar social, como por exemplo poder pagar cuidados de profissionais, dispositivos técnicos e/ou ortopédicos<sup>(30,31)</sup>. Ainda, como necessidades de conforto no contexto sociocultural, na pesquisa de Piovesan, *et al*<sup>(35)</sup>, os autores demonstram que os doentes e seus cuidadores desejam saber quanto tempo lhes resta de vida, para efetuarem o planeamento de visitas, o cumprimento de objetivos prévios à morte e os preparativos para o funeral.

#### Necessidades decorrentes no contexto físico

O conforto físico refere-se às sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem, ou não, estar relacionados com um diagnóstico. Neste contexto enquadra-se a satisfação de necessidades do corpo como a higiene, o posicionamento e o controlo de sintomas<sup>(14,15)</sup>.

Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> e López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup>, ilustram que a necessidade de controlo sintomático surge destacada das demais e que a dor é o sintoma mais especificado<sup>(22,27,31)</sup>. No entanto, no estudo de Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup>, os autores acrescentam que onde são hierarquizados os sintomas, em contexto de cuidados domiciliários, a dispneia surge como aquele que possui maior necessidade de cuidados, seguido

da disfagia, das alterações cutâneas, de sintomas do aparelho digestivo e, gestão do aporte de fluidos e alimentos. Seguidamente a febre ou sintomas de infeção, a dor e, por último, causas da fadiga e outras fontes de sofrimento físico. O mesmo autor<sup>(27)</sup> reforça que a necessidade de gestão de sintomas físicos é considerada de maior importância, quando comparada com outras<sup>(27)</sup>.

Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup>, Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup> e López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup>, afirmam que no contexto físico surgem outras necessidades, desde as relacionadas com a higiene pessoal, com os cuidados orais ou com a aparência cuidada<sup>(27,28,31)</sup>. Os mesmos autores<sup>(27,31)</sup> apontam como necessidades do contexto físico, a manutenção da atividade física, da independência ou da capacidade para o autocuidado<sup>(27,31)</sup>. Também Wang, *et al*<sup>(22)</sup> e Cithambarm *et al*<sup>(28)</sup>, mencionam, com alguma particularidade, as necessidades na ajuda para a alimentação<sup>(22,28)</sup> e nas ajudas técnicas para deambular à medida que a doença evolui e a mobilidade se altera<sup>(29)</sup>. Nas pesquisas de Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup>, Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup> e de Smith, *et al*<sup>(36)</sup>, a necessidade de atender às preferências de gestão da incontinência urinária e fecal, é evidenciada como tão ou mais importante que a gestão da dor ou da náusea<sup>(27,28,36)</sup>. A necessidade de qualidade do sono e o repouso é referida nos estudos de Wang, *et al*<sup>(22)</sup>, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> e López-Salas, *et al*<sup>(31)</sup>.

No que respeita à gestão de sintomas ou à crescente dependência funcional, são mencionadas necessidades de maior atenção personalizada e maior supervisão e apoio pelos médicos e enfermeiros, conforme apontado por Cithambarm, *et al*<sup>(28)</sup>. Ainda no contexto físico, os autores Lewis, *et al*<sup>(25)</sup>, Lee, J. *et al*<sup>(27)</sup> e Geerse, *et al*<sup>(34)</sup>, nas suas pesquisas, demonstram a importância de respeitar a preferência por cuidados de conforto em detrimento de medidas de manutenção da vida (como ventilação invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, sonda nasogástrica ou antibióticos na última semana de vida)<sup>(25,27,34)</sup>, mesmo que signifique viver menos tempo, ao invés de um prolongamento da vida que implique dor e desconforto. Desta forma, para que tal ocorra em conformidade com o desejado, acrescentam os autores<sup>(25,27)</sup>, que se torna importante o conhecimento do prognóstico, de clarificar desejos sobre as medidas de prolon-

gamento da vida e respeitar as diretivas antecipadas de vontade<sup>(25,27)</sup>. Apenas Heller<sup>(26)</sup>, referiu preferência por prolongar a vida, alegando indissociação entre a componente física e espiritual em vários países do continente africano, pois a menos que alguém morra em idade muito avançada, a morte é considerada antinatural e prematura. Tais normas culturais constituem um problema para o planeamento antecipado dos cuidados e compromete a capacidade dos profissionais em considerar as prioridades do doente e da família, uma vez que as discussões sobre a morte são consideradas tabú e muitas vezes evitadas.

### Limitações do estudo

Foram consideradas como limitações deste estudo o número de bases de dados eletrónicas consultadas, podendo terem sido excluídos artigos com possíveis resultados relevantes para a temática, bem como, a falta de estudos desenvolvidos em Portugal, o que poderia trazer contributos contextualizados na nossa realidade, quer a nível social como cultural. O presente estudo é replicável e corresponde à exigência científica característica da JBI, no entanto, não se exclui a possibilidade de que outros investigadores, com uma equipa maior e mais recursos disponíveis (temporais, financeiros ou outros) consigam obter resultados distintos.

## Conclusão

Esta *scoping review* mapeou as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa nos UDHV. A maioria dos participantes nos estudos são pessoas em situação paliativa, o que confere uma maior qualidade aos resultados, tendo em conta a perceção dos destinatários de cuidados, ao invés de dados somente obtidos através de terceiros (família ou profissionais de saúde).

As necessidades mapeadas, são passíveis de enquadramento em três dos quatro contextos de conforto segundo a teoria de Kolcaba, não surgindo nenhuma nova evidência na literatura pesquisada, o que demonstra alguma homogeneidade transversal a diferentes culturas e regiões, sendo o contexto sociocultural,

aquele que possivelmente acarreta mais desafios para os profissionais de saúde e famílias, tendo em conta a preferência pelo local para morrer ser maioritariamente o domicílio, mas ocorrer sobretudo em meio hospitalar. Reflete a necessidade de um maior investimento em recursos comunitários, que contribuam não só para a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa nos UDHV, como para a qualidade do sistema de saúde.

O contexto ambiental não é mencionado nos artigos, podendo suscitar questões quanto ao cuidado holístico.

Quanto aos contributos para a prática de enfermagem, salienta-se que o reconhecimento das necessidades da pessoa em situação paliativa nos UDHV permite a antecipação de cuidados que promovam o conforto holístico conducente a uma morte tranquila. Esta *scoping review* elucida sobre as necessidades desta população, não obstante, requer uma avaliação individualizada e personalizada atendendo ao cuidado centrado na pessoa e família de acordo com as necessidades de alívio, tranquilidade ou transcendência, decorrentes nos contextos de conforto.

Abordar a evolução da doença, a morte ou o prognóstico, contribui para uma tomada de decisão partilhada e para a elaboração de um plano antecipado de cuidados que, considerando a incerteza envolvida, permite respeitar, sempre que possível, as necessidades, preferências, desejos e vontades da pessoa em situação paliativa nos UDHV.

No que respeita a sugestões para estudos futuros, o trabalho desenvolvido permitiu identificar lacunas relativamente a dois principais aspetos: 1) não foi encontrada evidência sobre as necessidades de conforto decorrentes do contexto ambiental; 2) conceitos muitas vezes utilizados como sinónimos (*end of life*, *terminally ill*, *near death*, *dying patient*), dificultam a análise e interpretação dos resultados podendo aumentar o risco de vieses. Ambas as lacunas poderão servir de ponto de partida para maior investimento e investigação perante a temática estudada.

## Referências

- United Nations. World social report 2023: leaving no one behind in an ageing world. Department of economic and social affairs. 2023. Disponível em: <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2024, junho 1). Estatísticas demográficas 2022. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=13032532&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13032532&PUBLICACOESmodo=2)
- Neto, I. G. Cuidados paliativos — Conheça-os melhor. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2020.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (s.d.). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Biénio 2017–2018. Disponível em: <https://www.sns.min-saude.pt/wp->
- Carneiro, R. 10 Questões e respostas sobre o cuidado da pessoa em situação de últimas horas ou dias de vida. [Apresentação no Curso de Bioética]. 26.º Congresso de Medicina Interna. Braga. Ago 2020.
- Neto, I. G. Cuidados na agonia. In Barbosa, A., Reis Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds). Manual de cuidados paliativos (pp.317–330). Faculdade de Medicina de Lisboa. 2016.
- Díez-Manglano J, Sánchez Muñoz L.A., García Fenoll R., Freire E., Isasi de Isasmendi Pérez S., Carneiro A.H., Torres Bonafonte, O. O Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. Medicina Interna. 2021;28:82–99. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-225675>
- Barosa, M., Gonçalves, T. & Neto, I. Guia sintético. A abordagem da agonia — últimos dias e horas de vida. 2021. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/06/Guiasinte%CC%81tico-abordagem-da-agonia.pdf>
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. & Neto, I. Guia prático da abordagem da agonia. Medicina Interna. 2017;24(1):48–55. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/rspmi.578>.
- Carneiro, R.; Capelas, M.L.; Simões, C.; Freire, E.; Carneiro, A.H. Generating consensus on good practices in the care of portuguese internal medicine patients facing imminent death: A Delphi Study. Healthcare, 12, 1990. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare12191990>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida. Parecer (11/CNECV/95). 1995. Disponível em: [www.cnecev.gov.pt](http://www.cnecev.gov.pt)
- McGlinchey, T., Early, R., Mason, S., Johan-Fürst, C., van Zuylen, L., Wilkinson, S., & Ellershaw, J. (2023). Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. Palliative Medicine. 2023;37(3): 329–342. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163231152523>
- Machado, S., Reis-Pina, P., Mota, Ângela, & Marques, R. Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. Medicina Interna. 2022;25(4):286–292. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/90/4/2018>
- Pereira, A., Ferreira, A., & Martins, J. Healthcare received in the last months of life in Portugal: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland). 2019;7(4):122. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare7040122>.
- Vieira Silva, S., Santos, M., Alves, J., & Freire, E. Projeto Bem Cuidar no Fim da Vida. Medicina Interna. 2023;30(3):203–204. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1944>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. Journal of Nursing Scholarship. 1991;23(4):237–240.
- Kolcaba, K. Comfort Theory and Practice — A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company, Inc. 2023.
- Aromataris, E. & Munn, Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H.. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI evidence synthesis. 2024;18(10):2119–2126. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., Lewin, S., ... Straus, S. E.. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of internal medicine. 2018;169(7):467–473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-085>
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C.. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. Journal of clinical epidemiology. 2016;75:40–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- Wang, L., Li, Y., Zhao, R., Li, J., Gong, X., & Li, H. Development and validation of the home hospice care needs questionnaire for the dying old adult (HHCNQ-DE) in Mainland China. The American journal of hospice & palliative care. 2024;41(12):1391–1399. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10499091231223486>
- Yamout, R., Hanna, J., El Asmar, R., Beydoun, H., Rahm, M., & Osman, H.. Preferred place of death for patients with terminal illness: A literature review. Progress in Palliative Care. 2021;30(2):101–110. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09699260.2021.1961985>
- Kern, H., Corani, G., Huber, D., Vermes, N., Zaffalon, M., Varini, M., Wenzel, C., & Fringer, A.. Impact on place of death in cancer patients: a causal exploration in southern Switzerland. BMC palliative care. 2020;19(1): 160. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00664-4>
- Lewis, E. T., Harrison, R., Hanly, L., Psirides, A., Zammit, A., McFarland, K., Dawson, A., Hillman, K., Barr, M., & Cardona, M.. End-of-life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy. 2019;22(3): 405–414. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12860>
- Heller, L.D. (2024). End-of-Life preferences and priorities of community-dwelling Mozambicans: An evaluation of measurement tools. *Illness, Crisis & Loss*. 2024;32:432–445
- Lee, J., Park, Y., Lim, K., Lee, A., Lee, H., & Lee, J. E.. Care needs of patients at the end of life with a noncancer diagnosis who live at home. The journal of nursing research: JNR. 2019;27(2):e10. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000277>
- Cithambarn, K., Duffy, M. & Courtney, E.. What constitutes good quality end-of-life care? Perspectives of people with intellectual disabilities and their families. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2021; 18(3):207–216. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jppi.12376>
- Lee, G. L., & Ramaswamy, A.. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. Death studies. 2020;44(5):292–302. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1541944>

30. Laabar, T. D., Saunders, C., Auret, K., & Johnson, C. E.. Palliative care needs among patients with advanced illnesses in Bhutan. *BMC palliative care*. 2021;20(1):8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00697-9>

31. López-Salas, M., Yanes-Roldán, A., Fernández, A., Marín, A., Martínez, A. I., Monroy, A., Navarro, J. M., Pino, M., Gómez, R., Rodríguez, S., Garrido, S., Cousillas, S., Navas, T., Lapeña, V., & Fernández, B. End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experiences. *BMC palliative care*. 2024;23(1):157. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>

32. Wajid, M., Rajkumar, E., & Romate, J.. What enhances the quality of death and dying? A perspective from patients with terminal cancer. *International journal of palliative nursing*. 2024;30(9):496–508. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.9.496>

33. García-Navarro, E. B., García Navarro, S., & Cáceres-Titos, M. J.. How to manage the suffering of the patient and the family in the final stage of life: A qualitative study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*. 2023; 13(4):1706–1720. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040141>

34. Geerse, O. P., Lamas, D. J., Sanders, J. J., Paladino, J., Kavanagh, J., Henrich, N. J., Berendsen, A. J., Hiltermann, T. J. N., Fromme, E. K., Bernacki, R. E., & Block, S. D.. A Qualitative study of serious illness conversations in patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*. 2019;22(7):773–781. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0487>

35. Piovesan, M., Orr, P., Tevyaw, S., Roussos, E., Cherid, C., & Bouchard, S.. A prospective study with patients and families on the usefulness of accurate prognosis for palliative care patients. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*. 2024;20(2):133–146. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15524256.2024.2321330>

36. Smith, N., Rajabali, S., Hunter, K. F., Chambers, T., Fasinger, R., & Wagg, A.. Bladder and bowel preferences of patients at the end of life: a scoping review. *International journal of palliative nursing*. 2020;26(8):432–442. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.8.432>

Autora Correspondente/Corresponding Author  
Cidália de Fátima Carvoeiras Nobre — Escola  
Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa,  
Portugal.  
*cidalia.nobre@esel.pt*

Contributo das Autoras/Authors' contributions  
RM: Coordenação do estudo, desenho do  
estudo, recolha, armazenamento e análise dos  
dados, revisão e discussão de resultados.  
MC: Análise dos dados, revisão e discussão de  
resultados.  
CN: Análise dos dados, revisão e discussão de  
resultados.  
Todas as autoras leram e concordaram com a  
versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures  
Conflitos de Interesse: Os autores declararam  
não possuir conflitos de interesse.  
Suporte Financeiro: O presente trabalho não  
foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.  
Proveniência e Revisão por Pares: Não  
comissionado; revisão externa por pares.  
Conflicts of Interest: The authors have no  
conflicts of interest to declare.  
Financial Support: This work has not received  
any contribution, grant or scholarship.  
Provenance and Peer Review: Not  
commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus  
artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de  
primeira publicação sob a licença CC BY-NC,  
e autorizando reuso por terceiros conforme os  
termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles,  
granting RIASE 2025 the right of first  
publication under the CC BY-NC license, and  
authorizing reuse by third parties in  
accordance with the terms of this license.