





Assistência terminal: uma abordagem na perspectiva dos cuidados paliativos

Terminal care: An approach from the perspective of palliative care

Asistencia terminal: Un enfoque desde la perspectiva de los cuidados paliativos

Gabriela Garcia de Carvalho Laguna¹ , Lorena Sousa de Carvalho¹ , Ruth Ellery Lima Flores¹ , Fernanda Angélica da Silva¹ ,
Alcione de Almeida Silva¹ , Larissa Cardoso Piloto¹ 

¹Universidade Federal da Bahia – Salvador (BA), Brasil.

Resumo

Introdução: Cuidados paliativos são práticas multidisciplinares de suporte aplicáveis em todos os níveis de atenção à saúde, eficazes para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares enfrentando condições ameaçadoras à vida. A disseminação de conhecimento acerca da assistência aos pacientes terminais pode ampliar o entendimento sobre as necessidades e os desafios enfrentados por essa população, além de subsidiar a elaboração de políticas de saúde mais inclusivas. **Objetivo:** Assim, este artigo tem como objetivo descrever acerca da assistência aos pacientes terminais, abrangendo as dimensões “cuidados paliativos” e “manejo dos sintomas e da dor”. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com um enfoque qualitativo. O manejo do paciente em cuidados paliativos inclui apoio espiritual, oportunidade de resolver assuntos pessoais, possuir voz ativa no processo de morte e ter o sofrimento físico e emocional minimizados. **Resultados:** O controle da dor e dos demais sintomas inclui o entendimento de que a experiência do paciente é individual e sofre interferência de diversos fatores, como sexo, idade, cultura e suporte social. **Conclusões:** Por isso, é necessária uma assistência multidisciplinar, integrativa, contínua, com habilidades de comunicação e um plano terapêutico individualizado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Doente terminal; Manejo da dor; Qualidade de vida.

Autora correspondente:

Gabriela Garcia de Carvalho Laguna
E-mail: gabrielagcl@outlook.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica

TCLE:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 25/11/2024.

Aprovado em: 10/06/2025.

Como citar: Laguna GGC, Carvalho LS, Flores REL, Silva FA, Silva AA, Piloto LC. Assistência terminal: uma abordagem na perspectiva dos cuidados paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4594. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4594](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4594)



Abstract

Introduction: Palliative care is a multidisciplinary support practice applicable at all levels of healthcare, effective in improving the quality of life for patients and families facing life-threatening conditions. The dissemination of knowledge about care for terminal patients can broaden understanding of the needs and challenges faced by this population, as well as support the development of more inclusive health policies. **Objective:** Therefore, this article aims to describe care for terminal patients, encompassing the dimensions of palliative care and symptom and pain management. **Methods:** This is a narrative literature review with a qualitative focus. The management of patients in palliative care includes spiritual support, the opportunity to resolve personal matters, having an active voice in the dying process, and minimizing physical and emotional suffering. **Results:** Pain and symptom control involves understanding that the patient's experience is individual and influenced by various factors, such as gender, age, culture, and social support. **Conclusions:** Therefore, a multidisciplinary, integrative, continuous approach with communication skills and an individualized therapeutic plan is essential.

Keywords: Palliative care; Terminally ill; Pain management; Quality of life.

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos son prácticas multidisciplinarias de apoyo aplicables en todos los niveles de atención de salud, eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que enfrentan condiciones que amenazan la vida. La difusión del conocimiento sobre la atención a pacientes terminales puede ampliar la comprensión de las necesidades y desafíos que enfrenta esta población, además de respaldar la elaboración de políticas de salud más inclusivas. **Objetivo:** Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo describir la atención a pacientes terminales, abarcando las dimensiones de cuidados paliativos y el manejo de síntomas y dolor. **Métodos:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura con un enfoque cualitativo. El manejo del paciente en cuidados paliativos incluye apoyo espiritual, la oportunidad de resolver asuntos personales, tener voz activa en el proceso de muerte y minimizar el sufrimiento físico y emocional. **Resultados:** El control del dolor y otros síntomas implica comprender que la experiencia del paciente es individual y está influenciada por diversos factores, como sexo, edad, cultura y apoyo social. **Conclusiones:** Por ello, se requiere una atención multidisciplinaria, integradora, continua, con habilidades de comunicación y un plan terapéutico individualizado.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Enfermo terminal; Manejo del dolor; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são práticas multidisciplinares de suporte aplicáveis em todos os níveis de atenção à saúde, comprovadamente eficazes para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam condições ameaçadoras à vida, tendo como um dos focos as doenças terminais, independentemente da idade. Eles propiciam não só uma melhor qualidade de vida, com menos sofrimento físico e psicológico para o paciente, maior capacidade física para interagir com as pessoas e melhor aceitação familiar, como também, surpreendentemente, aumentam a sobrevida em alguns casos. O manejo das demandas depende da integração entre equipe de saúde, paciente e família.^{1,2}

Apesar de constituírem um direito humano, os cuidados paliativos, muitas vezes, são excluídos das políticas de saúde, com acesso da população e formação profissional limitados devido ao desconhecimento sobre seus benefícios, aos estigmas quanto ao uso de opioides, a barreiras socioeconômicas e culturais, e à percepção errônea de que se restringem a determinados públicos, como pacientes oncológicos.^{1,2} Além disso, a assistência em cuidados paliativos é muitas vezes restrita a um pequeno número de pacientes, visto que se encontram centralizados em hospitais e clínicas especializadas, o que dificulta o acesso e a distância do âmbito familiar. Por isso, um acesso ao cuidado próximo ao lar, dentro de um contexto social e familiar, se faz de grande ajuda tanto pelo conforto do paciente quanto pela longitudinalidade, integralidade e proximidade do cuidado — princípios que fazem parte do norteamo dos cuidados paliativos, reafirmando a humanização do processo e a ampliação do acesso, ofertando maior conforto aos envolvidos e desospitalização e suas implicações dos diversos pacientes elegíveis.³

A disseminação de conhecimento e a sensibilização sobre a importância dos cuidados paliativos são passos fundamentais para transformar a percepção e a prática dos cuidados de saúde em prol dos pacientes terminais, a fim de assegurar que recebam a atenção integral que merecem, independentemente da natureza de sua patologia.⁴ Doenças terminais são condições nas quais tratamentos curativos são insuficientes ou ineficazes, uma vez que se caracterizam por uma evolução progressiva e eventualmente levam ao óbito. Contudo, a previsibilidade do tempo de vida até esse desfecho nem sempre é possível em doenças crônicas, como na doença de Alzheimer, na AIDS, em doenças cardiovasculares e na doença pulmonar obstrutiva crônica.⁵ Logo, a assistência aos pacientes terminais representa um desafio complexo e multidimensional, e os cuidados paliativos emergem como uma resposta a essa necessidade.

Nesse cenário, complementar a investigação acerca da assistência aos pacientes terminais poderá ampliar o entendimento sobre as necessidades e os desafios enfrentados por essa população, além de subsidiar a elaboração de políticas de saúde mais inclusivas. Assim, esta pesquisa tem como objetivo descrever acerca da assistência aos pacientes terminais, abrangendo as dimensões “cuidados paliativos” e “manejo dos sintomas”, com destaque para a dor.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura com um enfoque qualitativo. Essa metodologia é útil para descrições e discussões teóricas e conceituais, baseia-se na análise e interpretação de diversas fontes bibliográficas e proporciona uma visão abrangente sobre o tema escolhido.⁶ Para garantir a qualidade da pesquisa, foram adotados os critérios da *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA). Segundo esse protocolo, uma revisão narrativa deve incluir: 1) justificativa e relevância do estudo; 2) objetivos nítidos; 3) descrição da literatura; 4) e 5) referências e nível de evidência dos principais argumentos; 6) apresentação adequada dos dados.⁷

A análise dos estudos envolveu a identificação de temas recorrentes, com comparação entre diferentes perspectivas, abordagens e recomendações. A síntese foi realizada de forma interpretativa, considerando semelhanças e contrastes entre os achados. Ainda que não tenha sido aplicado um instrumento formal de avaliação metodológica, foram priorizados artigos com delineamento claro, fundamentação teórica consistente e apresentação estruturada dos resultados.

Os descritores selecionados — (*Terminally Ill*); (*Palliative Care*); (*Patient-Centered Care*); (*Pain Management*); (*Symptom Management*) — foram combinados com o operador booleano AND em estratégias de busca aplicadas nas bases de dados *PubMed*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As strings exatas utilizadas foram: 1. (*Palliative Care*) AND (*Terminally Ill*); 2. (*Patient-Centered Care*) AND (*Terminally Ill*); 3. (*Pain Management*) AND (*Terminally Ill*); 4. (*Symptom Management*) AND (*Terminally Ill*). As strings 1 e 2 avaliaram a dimensão da assistência em cuidados paliativos para pacientes terminais, enquanto as 3 e 4 avaliaram a dimensão relativa ao manejo da dor e dos sintomas para pacientes terminais.

A triagem e análise dos estudos foram realizadas manualmente em agosto de 2024, por 2 revisores independentes. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2024 que atendiam às dimensões pré-selecionadas, excluindo-se outros tipos de textos, artigos publicados fora do período estabelecido e/ou não relacionados ao tema. A amostra bibliográfica final foi composta por 20 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assistência em cuidados paliativos para pacientes terminais

Estudos evidenciam que o reconhecimento da terminalidade como um estágio no curso da doença, pelos pacientes, associou-se a uma maior preocupação com a morte, mas também à preferência por cuidados paliativos focados nos sintomas, em detrimento às terapias prolongadoras da vida. Esse grupo de pacientes também apresentou mais adesão à discussão de desejos de fim de vida com seus médicos assistentes, maior conclusão de diretivas antecipadas de vontade e menor hospitalização no último mês de vida.

Em contrapartida, o não reconhecimento da ausência de proposta curativa relacionou-se com menor adesão aos cuidados paliativos e maior hospitalização nos 30 dias que antecederam o falecimento.^{8,9} Isso demonstra o impacto positivo que tem o pleno entendimento e a aceitação do prognóstico na participação ativa do enfermo durante a construção do seu plano terapêutico e preparo para seu processo ativo de morte.

Níveis mais intensos de preocupação com a morte estiveram mais associados à preferência por terapias que estendessem a vida, apesar de prolongarem o sofrimento, e a menor adesão às diretivas antecipadas de vontade,⁸ o que reforça a relevância do componente emocional nas decisões dos doentes em terminalidade.

As doenças terminais associam-se a desafios significativos, que incluem o declínio físico progressivo e seu impacto psicológico, não só do doente, mas também de seus familiares. Diante disso, proporcionar dignidade mediante a terminalidade constitui um dos fundamentos dos cuidados paliativos.¹⁰

Ansiedade, fadiga, tristeza e depressão são sintomas muito prevalentes nos pacientes paliativos, assim como dor, febre e náuseas.^{3,11} A manutenção da qualidade de vida implica na avaliação, no reconhecimento e tratamento tanto dos sintomas físicos quanto dos psicológicos que repercutem negativamente na qualidade de vida dessas pessoas.³ Abordagens psicoterapêuticas, como a Terapia da Dignidade, mostraram possuir efeito protetor contra maior deterioração da saúde mental ao auxiliar na redução do sofrimento psíquico do paciente e de seus familiares, à medida que proporciona apreciação à vida, descoberta de propósitos e facilita a participação do doente na tomada de decisões durante a evolução da doença.¹⁰

A espiritualidade também constitui um fator relevante nos cuidados paliativos terminais; integrá-la à prática clínica envolve a escuta ativa das crenças do paciente, o respeito aos seus valores. Um estudo descritivo correlacional realizado em São Paulo evidenciou que 92,6% dos incluídos na pesquisa possuíam uma crença religiosa. Ele também evidenciou a existência de uma correlação negativa moderada entre a depressão e o bem-estar espiritual, ou seja, pacientes mais satisfeitos em sua espiritualidade tendem a apresentar menos sintomas depressivos.¹¹

É importante conscientizar o doente de que, ao se aproximar da morte, existem sintomas que podem tornar-se mais evidentes e há algumas queixas passíveis de serem melhor controladas enquanto outras permanecerão, sendo necessárias estratégias de adaptação diante delas.³ De todo modo, é fundamental que a equipe de saúde busque evitar mistanásia, ou seja, a morte indigna do paciente por falta de acesso à assistência, com encaminhamentos em tempo hábil e prevenção de quadros ainda mais agravantes, garantindo um processo mais humanizado e uma morte com o mínimo de sofrimento possível para o paciente.

Morrer com dignidade inclui apoio espiritual, oportunidade de resolver assuntos pessoais, possuir voz ativa no processo de morte e ter a privacidade respeitada e o sofrimento físico e emocional minimizados. Portanto, a assistência paliativa consiste na associação entre as propostas terapêuticas e o

cuidado integrado. Isso implica no entendimento de cada pessoa em sua totalidade, considerando suas necessidades físicas, sociais, emocionais, mentais e espirituais.^{10,12} Portanto, o cuidado paliativo para pacientes terminais deve constituir uma assistência multidisciplinar, integrativa, contínua e individualizada.

Manejo da dor e dos sintomas para pacientes terminais

Os sintomas mais comuns de pacientes em fim de vida incluem dor, náusea e vômito, constipação e dispneia. É essencial que o médico saiba manejar esses sintomas, sendo de grande valia inclusive a prescrição antecipatória de analgésicos, antitêrmicos, ansiolíticos, antissecretores e laxativos.¹³ Além do manejo sintomático, o manejo médico dos “cuidados de conforto” inclui um plano para descontinuar intervenções diagnósticas regulares e manter apenas os dispositivos estritamente necessários, como o acesso para infusão de medicações e a drenagem vesical.¹⁴

A dor da terminalidade não é uma dor puramente física, e optar pelos cuidados paliativos não é desistir de lutar pela vida. A maior parte do sofrimento físico exacerbado pelo processo de morte está relacionado ao que Nassim Nicholas Taleb nomeia como “intervencionismo ingênuo” — a tendência de realizar muitas intervenções em situações delicadas, com boas intenções, mas sem avaliar os possíveis efeitos negativos dessas ações.¹⁵ Nesse sentido, o excesso de boas intenções combinadas à tentativa de domar o que está além do controle, a finitude, acaba por comprometer o princípio da não maleficência.

As escalas de intensidade da dor dependem das condições do paciente; as mais utilizadas são a *Escala Verbal Numérica* (EVN), para adultos alfabetizados sem limitações cognitivas; a *Escala de Faces*, para crianças acima de 2 anos; a *Escala BPS* (*Behavioural Pain Scale*) junto com a *Escala RASS* (*Richmond Agitation Sedation Scale*), para adultos críticos, sedados, inconscientes ou com dificuldade de comunicação sob ventilação mecânica invasiva; e a *Escala de PAINAD* (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), para grupos específicos de adultos com alteração cognitiva, períodos de confusão e demenciados.¹⁶ A classificação da intensidade da dor é fundamental para orientar a conduta do melhor analgésico e da melhor dose, seguindo as recomendações de escalonamento da *Escada Analgésica da OMS*.

A experiência da dor é individual e sofre interferência de diversos fatores como sexo, idade, etnia, cultura e suporte social.¹⁷ Por isso, apesar de as ferramentas de controle da dor ajudarem na orientação da conduta, os profissionais devem se atentar às especificidades de cada paciente. Alguns estudos mostraram que fatores socioeconômicos e culturais afetam a adequação do tratamento, recaindo em situações de iniquidade.

Um estudo realizado no norte da Palestina com 77 pacientes terminais com câncer revelou que as mulheres e pessoas com menor acesso aos cuidados de saúde apresentaram maior probabilidade de tratamento inadequado ou maior severidade da dor.¹⁸ Outro estudo realizado com pacientes oncológicos terminais com e sem esquizofrenia revelou que os pacientes com esquizofrenia usaram menos opioides no último mês de vida em comparação com os pacientes sem esquizofrenia.¹⁹ Os pacientes esquizofrênicos sofrem com estigma social, além disso, alguns profissionais confundem os sintomas psiquiátricos com a dor, resultando em um tratamento incoerente. Este estudo corrobora a necessidade de utilizar-se ferramentas de avaliação da dor e planos terapêuticos individualizados, respeitando as especificidades de cada indivíduo.

A conduta farmacológica é titulada pela classificação do paciente em escalas de dor ou por bombas à livre demanda. O manejo da dor intensa emprega altas doses de opiáceos e deve idealmente incluir a associação de um medicamento de liberação prolongada, administrado 24 horas por dia, e um de

liberação imediata para controle de dores irruptivas ou periódicas. O arcabouço de analgésicos inclui os não opioides, opioides — sendo a morfina a droga mais amplamente utilizada, disponível em diferentes vias de administração, com boa relação custo-efetividade — e adjuvantes, como os corticoides, além dos antidepressivos tricíclicos e a gabapentina, utilizados comumente para o controle da dor neuropática.²⁰

O gerenciamento adequado da dor corrobora positivamente os resultados psicoespirituais dos pacientes em fim de vida.²¹ Um estudo multicêntrico randomizado realizado com 104 pacientes em cuidados paliativos revelou que os pacientes submetidos a musicoterapia biográfica apresentam maior bem-estar espiritual e menor sofrimento em relação ao grupo controle.²² Nesse sentido, além da abordagem dos sintomas físicos, é fundamental a realização de intervenções psicossociais e espirituais, pois ambos repercutem cooperativamente no conforto do indivíduo.

Existem, ainda, algumas terapias complementares e alternativas que se propõem a melhorar a qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos, como a acupuntura, que desempenha um papel de modulação da dor;²³ e a terapia Reiki, que sugere efeitos positivos no alívio da dor e diminuição da ansiedade e depressão.²⁴ No entanto, mais estudos são necessários para validar os benefícios da terapia Reiki nesse contexto, uma vez que as evidências disponíveis ainda apresentam limitações metodológicas, exigindo cautela quanto à sua eficácia clínica.

A emergência crescente dessas técnicas alternativas para o manejo ampliado da dor associada ao adequado manejo farmacológico perpassa a noção de integralidade e interferência entre corpo e mente. É bem consolidado que tanto a percepção da dor física pode ser ampliada por padrões mentais disfuncionais como o tratamento da dor física é capaz de melhorar o estado de espírito, numa codependência flutuante. Esses conceitos são amplamente discutidos desde 1964, quando Dame Cicely Saunders cunhou o termo “dor total” ou “sofrimento total”, compreendendo este como sendo simultaneamente físico, psicológico, emocional, social, espiritual e/ou existencial por natureza e demandando, portanto, uma abordagem multifacetada.²⁵

Em determinados contextos, quando os tratamentos convencionais não se mostram mais efetivos ou quando os malefícios superam os benefícios, a sedação paliativa tem sido considerada como última opção para pacientes em processo de fim de vida, para sintomas refratários ao tratamento ou associados a um sofrimento importante. Trata-se de uma abordagem monitorada e decidida após discussões e análises, diferentemente da sedação relacionada a um efeito colateral de fármacos.²⁶ Uma revisão sistemática revelou que delírio, dor e dispneia são os sintomas que mais frequentemente requerem sedação, sendo o midazolam o principal fármaco utilizado com esse intuito.²⁷

Desafios na abordagem e comunicação em cuidados paliativos

Os benefícios dos cuidados paliativos são indiscutíveis. No entanto, a implementação efetiva das medidas terapêuticas para o alívio dos sintomas ainda é um grande desafio, sendo a comunicação um dos maiores entraves.¹⁴ A comunicação é decisiva não só na indicação e no início dos cuidados em pacientes elegíveis, como também ao decorrer da assistência no que se refere à percepção das demandas pessoais de cuidado diante das crescentes limitações impostas pela redução da capacidade de expressão desses indivíduos.

A comunicação ineficiente pode desencadear sentimentos de frustração, ansiedade, desamparo e raiva. Em contrapartida, uma comunicação colaborativa, caracterizada pelo acolhimento, compartilhamento de informações com o paciente e a família, e escuta das demandas psicossociais e espirituais do paciente contribui para maior controle da dor e maior satisfação.¹⁷ Um estudo de análise de conversação entre provedores de cuidados paliativos e pacientes terminais aborda alguns recursos interacionais, destacando:

a importância de o paciente falar sobre suas próprias metas em relação ao manejo da dor; a abordagem das preocupações do paciente em relação à dor, demonstrando empatia; e a necessidade de aliviar as preocupações, mostrando ao paciente que ele será acolhido.²⁸ Por meio dessa interação, é possível estabelecer um vínculo efetivo com o paciente e promover um cuidado centrado na pessoa e não apenas na doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, conclui-se que os cuidados paliativos são benéficos para o manejo do paciente em terminalidade, uma vez que proporcionam dignidade mediante a perspectiva de fim de vida. Ao associar as propostas terapêuticas ao cuidado integrado, o cuidado paliativo auxilia na manutenção da qualidade de vida mediante a avaliação, ao reconhecimento e tratamento tanto dos sintomas físicos quanto psicológicos, sociais e espirituais que repercutem negativamente no bem-estar dos pacientes e de seus familiares.

Ademais, a efetividade do cuidado paliativo baseia-se em uma assistência multidisciplinar, integrativa, contínua e individualizada. Diante disso, faz-se necessário o preparo profissional para atenção efetiva às especificidades de cada paciente, tal como a realização de mais estudos para validar os benefícios de abordagens terapêuticas direcionadas ao manejo dos sintomas, a fim de ofertar o melhor cuidado ao paciente terminal.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

GGCL: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. LSC: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. RELF: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. AAS: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. FAS: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. LCP: Conceituação, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. Genebra: WHO; 2018 [acessado em 24 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Consensus-based definition of palliative care [Internet]. Houston: IAHPC; 2021 [acessado em 24 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
3. Cifuentes CMC, Gutiérrez JG, Palenzuela SP, Dávalos CN. Incidencia y control de síntomas al final de la vida de pacientes con cáncer. Revista Finlay [Internet]. 2021 [acessado em 24 de agosto de 2024];11(4):381-9. Disponível em: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1073>
4. Ahluwalia SC, Chen C, Raaen L, Motala A, Walling AM, Chamberlin M, et al. A systematic review in support of the national consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care, fourth edition. J Pain Symptom Manage. 2018;56(6):831-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.008>

5. Guerrero BM. Terminal Illness. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. 2011. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_2889
6. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
7. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
8. Rodenbach RA, Althouse AD, Schenker Y, Smith TJ, Chu E, White DB, et al. Relationships between advanced cancer patients' worry about dying and illness understanding, treatment preferences, and advance care planning. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(4):723-31.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004>
9. Gray TF, Plotke R, Heuer L, Topping CE, Nipp RD, Wang AC, et al. Perceptions of prognosis and end-of-life care outcomes in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer. *Palliat Med*. 2023;37(5):740-8. <https://doi.org/10.1177/02692163231155511>
10. Seiler A, Amann M, Hertler C, Christ SM, Schettle M, Kaeppli BM, et al. Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers - a randomized controlled study. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):73. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>
11. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL da, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti M de G. Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(2):e20220007. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt>
12. Souza LC de, Cestari VRF, Nogueira VP, Furtado MA, Oliveira IMM de, Moreira TMM, et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01806. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AR018066>
13. Harris D. Safe and effective prescribing for symptom management in palliative care. *Br J Hosp Med*. 2019;80(12). <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.12.C184>
14. Dabi A, Rahman O. Termination of Life Support. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [acessado em 24 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564312/>
15. Taleb NN. Antifragile: Things that Gain from Disorder [Internet]. 2014 [acessado em 24 ago. 2024]. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Antifragile_Things_that_Gain_from_Disord.html?hl=&id=gxeZ0AEACAAJ
16. Hospital do Coração (HCor). Protocolo de dor [Internet]. São Paulo: HCor; 2021 [acessado em 24 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>
17. Gomes-Ferraz CA, Rezende G, Fagundes AA, De Carlo MMRDP. Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliat Care Soc Pract*. 2022;16:26323524221125244. <https://doi.org/10.1177/26323524221125244>
18. Mallah H, Mousa R, Fadl NB, Musmar S, Ball S, Nugent K. Pain severity and adequacy of pain management in terminally ill patients with cancer: an experience from North Palestine. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(4):494-500. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_39_19
19. Lin HY, Hsieh JG, Hsieh CJ, Wang YW. Differences in the opioid consumption of terminally ill schizophrenic and nonschizophrenic cancer patients: analysis of secondary national population data. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(6):1232-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.360>
20. Lowey SE. Management of severe pain in terminally ill patients at home: an evidence-based strategy. *Home Healthc Now*. 2020;38(1):8-15. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000826>
21. Yang Y, Cui M, Zhao X, Wang S, Wang Y, Wang X. Association of pain management and positive expectations with psychological distress and spiritual well-being among terminally ill cancer patients admitted to a palliative care unit. *BMC Nurs*. 2023;22(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>
22. Warth M, Koehler F, Brehmen M, Weber M, Bardenheuer HJ, Ditzen B, et al. "Song of Life": Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliat Med*. 2021;35(6):1126-36. <https://doi.org/10.1177/02692163211010394>
23. Chen T, Zhang WW, Chu YX, Wang YQ. Acupuncture for pain management: molecular mechanisms of action. *Am J Chin Med*. 2020;48(4):793-811. <https://doi.org/10.1142/S0192415X20500408>
24. Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A. Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(4):434-8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001775>
25. Rattner M. 'Total pain': reverence and reconsideration. *Front Sociol*. 2023;8:1286208. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1286208>
26. Surges SM, Garralda E, Jaspers B, Brunsch H, Rijpstra M, Hasselaar J, et al. Review of European Guidelines on Palliative Sedation: a foundation for the updating of the european association for palliative care framework. *J Palliat Med*. 2022;25(11):1721-31. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0646>
27. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(4):831-44.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>
28. Wu Y. Pain talk in hospice care: a conversation analysis. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):116. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00625-x>