

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEATRIZ MÁISA PENAFORTE FRANÇA

EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA RELATADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE TERMINALIDADE: ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Uberlândia - MG

2026

BEATRIZ MÁISA PENAFORTE FRANÇA

EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA RELATADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE TERMINALIDADE: ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luana Araújo Macedo
Scalia

Uberlândia - MG

2026

BEATRIZ MÁISA PENAFORTE FRANÇA

EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA RELATADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE TERMINALIDADE: ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Uberlândia, _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof.^a Luana Araújo Macedo Scalia – Doutora (FAMED-UFU)

Prof.^a Mônica Rodrigues da Silva – Doutora (FAMED-UFU)

Prof.^a Kelly Veridiany do Nascimento – Mestre (FAMED-UFU)

Dedico este trabalho a Deus e aos meus pais, pelo amor, força, apoio e incentivo, pois sempre fizeram o possível para me oferecer o melhor da vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir concluir esta etapa tão importante da minha vida, por me conceder sabedoria, força e perseverança nos momentos difíceis e por me sustentar ao longo de toda a minha trajetória acadêmica. Sou grata por cada experiência, aprendizado e desafio vivenciado durante a graduação.

À minha mãe, ao meu pai e aos meus familiares, pelo amor, cuidado e dedicação, por sempre valorizarem a educação e me incentivarem, desde a infância, a estudar, buscar conhecimento e seguir os meus sonhos. Agradeço por cada orientação e conselho que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

À minha professora, Luana Araújo Macedo Scalia, pela orientação, pelo incentivo e pela contribuição durante o desenvolvimento deste trabalho, por acreditar na pesquisa e colaborar para a minha formação acadêmica.

Aos meus amigos de longa data e aos amigos que conheci durante a graduação, pela amizade, pelo carinho, pelos bons momentos e pelos conselhos. Agradeço por sempre me incentivarem a acreditar em mim mesma e a seguir os meus sonhos, tornando esta caminhada mais leve, alegre e especial.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, pela disponibilidade, pela confiança e por compartilharem suas experiências, tornando possível a realização deste estudo. Agradeço também pela dedicação ao cuidado das pessoas e de suas famílias nos momentos mais delicados da vida.

“A Enfermagem é uma arte; e, para realizá-la
como arte, requer uma devoção tão exclusiva e
um preparo tão rigoroso quanto a obra de
qualquer pintor ou escultor. [...] É uma das artes;
poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

As experiências de fim de vida (ELEs) correspondem a fenômenos relatados no processo de terminalidade, como visões, sonhos, sensação de presença, lucidez terminal e vivências de significado espiritual ou emocional, ainda pouco discutidos na formação em saúde. Este estudo teve como objetivo comparar a frequência, os tipos e as percepções relacionadas às ELEs entre profissionais da equipe de enfermagem e médicos e outros profissionais de saúde atuantes em um hospital universitário do interior de Minas Gerais, bem como analisar a abertura para o diálogo e a formação sobre o tema. Trata-se de um estudo observacional, transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 113 profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana, na Oncologia, na Clínica Médica e no Serviço de Atenção Domiciliar. A coleta de dados ocorreu entre julho de 2025 e março de 2026, por meio de instrumentos contendo informações sociodemográficas e profissionais e questões relacionadas às experiências de fim de vida. Os dados foram analisados no IBM SPSS Statistics, utilizando-se estatística descritiva e testes de comparação entre grupos, com nível de significância de 5%. Verificou-se que 51,8% dos participantes relataram pelo menos uma ELE, com maior frequência entre profissionais da enfermagem (55,7%) do que entre os médicos e demais profissionais de saúde (42,4%). As experiências mais relatadas foram desejo de reconciliação com familiares, visões de parentes falecidos ou figuras religiosas, visões associadas ao conforto emocional e lucidez terminal. A equipe de enfermagem apresentou maior tempo de atuação com pacientes terminais e maior presença no momento da morte. A maioria dos participantes interpretou essas experiências como fenômenos espirituais, transpessoais ou transcendentais ou como parte de um processo de revisão de vida. Apenas 10,7% relataram ter recebido treinamento específico sobre o tema, enquanto 63,4% demonstraram interesse em obter mais informações ou capacitação. Conclui-se que as ELEs são frequentes no contexto assistencial de terminalidade e devem ser mais discutidas na formação e na educação permanente em saúde, a fim de favorecer uma assistência mais humanizada, sensível e integral aos pacientes e familiares no fim da vida.

Palavras-chave: Experiências de fim de vida; Profissionais de saúde; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

End-of-life experiences (ELEs) correspond to phenomena reported during the dying process, such as visions, dreams, a sense of presence, terminal lucidity, and experiences with spiritual or emotional meaning, which remain underexplored in health professional education. This study aimed to compare the frequency, types, and perceptions related to ELEs between nursing professionals and physicians and other health professionals working at a university hospital in the countryside of Minas Gerais, Brazil, as well as to analyze openness to dialogue and professional training on the topic. This was an observational, cross-sectional, exploratory, and descriptive study with a quantitative approach, conducted with 113 professionals from the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia who worked in the Adult and Coronary Intensive Care Units, Oncology, Internal Medicine, and Home Care Service. Data were collected between July 2025 and March 2026 using instruments containing sociodemographic and professional information and questions related to end-of-life experiences. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics, with descriptive statistics and between-group comparison tests, adopting a significance level of 5%. Overall, 51.8% of the participants reported at least one ELE, with a higher frequency among nursing professionals (55.7%) than among physicians and other health professionals (42.4%). The most frequently reported experiences were the desire for reconciliation with family members, visions of deceased relatives or religious figures, visions associated with emotional comfort, and terminal lucidity. Nursing professionals had longer experience caring for patients in end-of-life situations and were more frequently present at the time of death. Most participants interpreted these experiences as spiritual, transpersonal, or transcendental phenomena or as part of a life-review process. Only 10.7% reported having received specific training on the topic, whereas 63.4% expressed interest in obtaining further information or training. It is concluded that ELEs are frequent in end-of-life care settings and should be more widely addressed in health professional education and continuing education programs to promote more humanized, sensitive, and comprehensive care for patients and their families at the end of life.

Keywords: End-of-life experiences; Health professionals; Palliative care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	16
	segundo grupo profissional.	
Tabela 2 -	Relatos de experiências de fim de vida, percepção dos fenômenos e	18
	exposição ao cuidado em terminalidade segundo grupo profissional.	
Tabela 3 -	Distribuição dos tipos de experiências de fim de vida relatadas pelos	19
	participantes segundo grupo profissional.	
Tabela 4 -	Participantes que concordaram ("concordo totalmente" ou "concordo")	21
	com afirmações sobre experiências de fim de vida segundo grupo	
	profissional.	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
3	METODOLOGIA.....	13
4	RESULTADOS	16
5	DISCUSSÃO.....	23
6	CONCLUSÃO.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	30
	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	31
	ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE COLETA	32

1 INTRODUÇÃO

O cuidado no fim de vida representa um dos desafios mais complexos da prática clínica, exigindo uma abordagem integrativa que ultrapasse os aspectos físicos e considere as dimensões sociais, emocionais, psicológicas e espirituais do paciente (PUCHALSKI et al., 2009). Durante esse processo, pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde podem relatar fenômenos denominados experiências de fim de vida (*end-of-life experiences* — ELEs), também descritos na literatura como fenômenos no leito de morte (FENWICK; BRAYNE, 2011).

As ELEs podem ser compreendidas como um conjunto de vivências de natureza espiritual, simbólica ou transcendente que ocorrem no processo de morte e podem ser relatadas por pacientes, familiares, cuidadores e profissionais envolvidos na assistência (SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023). Essas manifestações incluem sonhos e visões de parentes falecidos, amigos ou figuras religiosas; percepção de estar sendo conduzido, chamado ou “puxado”; sensação de transitar para outras realidades; presença de luz radiante envolvendo o paciente, o quarto ou o cuidador; visitas ou coincidências relacionadas ao momento da morte; além da necessidade de resolver assuntos inacabados, como reconciliar-se com familiares, despedir-se e organizar questões pendentes (FENWICK et al., 2010; SANTOS et al., 2017). Também são descritos episódios de lucidez terminal, nos quais pacientes previamente inconscientes, em coma ou com comprometimento cognitivo importante tornam-se subitamente capazes de se comunicar de maneira coerente antes da morte (SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023).

Embora sejam relatadas na prática clínica, essas experiências ainda são pouco compreendidas e investigadas cientificamente (KERR et al., 2014; LAWRENCE; REPEDE, 2013). Estudos apontam que entre 62% e 87% dos pacientes relataram algum tipo de experiência de fim de vida, enquanto entre 62% e 89% dos profissionais de saúde afirmaram ter presenciado ou recebido relatos dessas vivências. No contexto brasileiro, um estudo multicêntrico realizado com 133 profissionais atuantes em instituições de longa permanência, hospital oncológico e unidade de cuidados paliativos identificou que 70,7% dos participantes observaram ou ouviram ao menos um relato nos cinco anos anteriores. A frequência foi maior entre os profissionais de cuidados paliativos, dos quais 94,4% relataram contato com essas experiências, em comparação a 63,0% dos profissionais do hospital oncológico e 60,8% daqueles que atuavam em instituições de longa permanência (SANTOS et al., 2017). Esses

achados sugerem que as ELEs não são incomuns na prática clínica, especialmente em contextos de maior proximidade com pacientes em fim de vida.

Apesar dessa frequência, ainda existem dúvidas sobre a maneira como essas experiências são percebidas, interpretadas e manejadas pelos profissionais de saúde. Muitos já presenciaram tais manifestações, mas nem sempre se sentem preparados para compreendê-las ou abordá-las no contexto assistencial (FENWICK et al., 2010). A interpretação dessas vivências pode ser influenciada por crenças pessoais, contexto cultural, experiências anteriores e formação profissional, evidenciando a necessidade de maior discussão sobre o tema na formação acadêmica e na educação permanente em saúde (BROADHURST; HARRINGTON, 2016; SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, compreender as ELEs pode contribuir para uma escuta mais qualificada, para a diferenciação entre essas vivências e condições clínicas, como *delirium* e alucinações, e para a construção de um cuidado mais empático, humanizado e sensível. Esses fenômenos podem desempenhar um papel relevante no processo de morte e na assistência oferecida aos pacientes e aos seus familiares, favorecendo estratégias de cuidado que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores emocionais, espirituais e relacionais envolvidos na terminalidade (SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023).

Embora haja crescente interesse científico pelos fenômenos relacionados ao fim da vida, ainda são escassos os estudos que investigam a perspectiva dos profissionais de saúde que presenciam ou recebem relatos dessas experiências, especialmente em hospitais brasileiros. As ELEs têm sido estudadas com maior frequência sob a perspectiva dos pacientes e de seus familiares, enquanto o olhar dos profissionais diretamente envolvidos na assistência permanece menos explorado.

Diante disso, esta pesquisa justifica-se pela relevância de investigar as ELEs a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. A investigação pode contribuir para a compreensão da frequência e dos tipos de experiências relatadas, das percepções e reações dos profissionais diante dessas manifestações, bem como de suas possíveis repercussões na prática assistencial. Além disso, pode fornecer subsídios para o aprimoramento dos cuidados paliativos, para a valorização da dimensão humana do cuidado e para o suporte aos profissionais que lidam frequentemente com a terminalidade.

2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo comparar a frequência, os tipos e as percepções relacionadas às experiências de fim de vida (ELEs) entre profissionais da equipe de enfermagem e médicos e demais profissionais de saúde de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, bem como analisar a abertura para o diálogo e a formação profissional sobre o tema.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento e local

Trata-se de um estudo observacional, transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital universitário de grande porte localizado no interior de Minas Gerais. O relato do estudo foi elaborado de acordo com as recomendações do Fortalecimento da Notificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE) (VON ELM et al., 2007). A coleta de dados ocorreu entre julho de 2025 e março de 2026.

3.2 Participantes

Foram convidados profissionais de saúde atuantes em setores que prestam assistência direta a pacientes em situação de terminalidade, incluindo o Setor de Oncologia, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI Adulto e UTI Coronariana), Clínica Médica e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

A amostra foi constituída por conveniência, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e a viabilidade da coleta durante o período do estudo. O banco de dados final foi composto por 113 participantes. Foram incluídos nas análises os questionários que apresentaram dados válidos para as principais variáveis investigadas. Dessa forma, o número de participantes considerados em cada análise variou conforme a completude das respostas, em razão de perdas pontuais decorrentes da ausência de preenchimento de alguns itens do instrumento.

Foram incluídos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas) de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, atuantes nos setores de coleta de dados do hospital, que possuíam contato direto com pacientes em situação de fim de vida. Foram excluídos profissionais afastados por licença médica, férias ou outras licenças durante o período de coleta, bem como aqueles que recusaram participar da pesquisa ou não preencheram adequadamente os instrumentos de coleta de dados.

Os profissionais foram convidados presencialmente em seus setores de atuação, após apresentação dos objetivos da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao questionário autopreenchível. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 88116625.0.0000.5152.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, preenchidos pelos próprios participantes. Foram utilizados o questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e o questionário de experiências de fim de vida.

3.3.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional

Composto por questões relacionadas à idade, ao sexo, à raça/cor, ao estado civil, à renda familiar, à afiliação religiosa, à escolaridade, à profissão, ao setor de atuação, ao tempo de experiência profissional com pacientes em fim de vida e ao número aproximado de pacientes acompanhados em situações de terminalidade.

3.3.2 Questionário de experiências de fim de vida

Foi utilizado o instrumento desenvolvido originalmente por Fenwick et al. (2010), posteriormente traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro por Santos et al. (2017). O processo de adaptação envolveu traduções independentes, síntese das versões, retrotradução para a língua inglesa, avaliação das equivalências semântica e idiomática e aprovação da versão final pelo autor do instrumento original.

O questionário é dividido em duas partes. A primeira é composta por questões dicotômicas, com opções de resposta “sim” ou “não”, destinadas a investigar se os profissionais de saúde já presenciaram ou receberam relatos de experiências de fim de vida, bem como identificar os tipos específicos de fenômenos observados ou relatados, como visões de familiares falecidos ou figuras religiosas, sensação de estar sendo chamado ou puxado, percepção de luz radiante, sonhos ou visões reconfortantes e episódios de lucidez terminal.

A segunda parte é constituída por questões avaliadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, com as seguintes opções de resposta: “concordo totalmente”, “concordo”, “neutro”, “discordo” e “discordo totalmente”. Essas questões avaliam as percepções dos profissionais sobre a natureza e o significado das experiências de fim de vida, sua possível relação com medicamentos, febre ou alterações psicológicas, suas repercussões espirituais e emocionais, além de aspectos relacionados à comunicação, à formação profissional e à necessidade de treinamento sobre o tema.

3.4 Análise estatística

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e, posteriormente, analisados no programa IBM SPSS Statistics, versão 30. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis estudadas. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão e/ou mediana e intervalo interquartil (IIQ), conforme a distribuição dos dados.

Para comparação das variáveis categóricas entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando os pressupostos para aplicação do qui-quadrado não foram atendidos. As variáveis quantitativas e ordinais foram comparadas entre os grupos por meio do teste de Mann-Whitney, considerando-se a distribuição não paramétrica dos dados.

As questões de percepção avaliadas por escala do tipo Likert foram analisadas após o agrupamento das respostas em três categorias: “concorda”, reunindo as respostas “concordo totalmente” e “concordo”; “neutro”; e “discorda”, reunindo as respostas “discordo” e “discordo totalmente”. Posteriormente, essas categorias foram comparadas entre os grupos por meio do teste do qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher, conforme apropriado.

Em todas as análises, foi adotado nível de significância de 5%, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com valor de p inferior a 0,05.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, composta por 113 profissionais de saúde, dos quais 79 (69,9%) pertenciam à equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e 34 (30,1%) eram médicos ou outros profissionais de saúde.

Observou-se predominância do sexo feminino em ambos os grupos (75,2%). Em relação ao setor de atuação, houve maior participação de profissionais das Unidades de Terapia Intensiva (34,6%) e da Oncologia (30,8%), seguidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (21,2%) e Clínica Médica (13,5%), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos profissionais ($p = 0,122$).

Quanto às características sociodemográficas, predominou a religião católica (41,6%), seguida da evangélica (27,4%), sendo a maioria dos participantes com companheiro(a) (57,1%), autodeclarada branca (61,1%), com mediana de idade de 38 anos e renda familiar equivalente a cinco salários mínimos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para essas variáveis ($p > 0,05$).

Houve diferença entre os grupos quanto à escolaridade ($p = 0,018$), refletindo a maior proporção de profissionais de nível técnico na equipe de enfermagem. Além disso, esse grupo apresentou maior tempo de atuação com pacientes em situação de terminalidade quando comparado aos médicos e aos demais profissionais de saúde (10 versus 4,5 anos; $p = 0,022$).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes segundo grupo profissional (N = 113)

Variável	Equipe de enfermagem (n = 79)	Médicos/outras profissionais (n = 34)	Total	Estatística	p
Sexo				$\chi^2(1) = 0,041$	1,000
Masculino	20 (25,3%)	8 (23,5%)	28 (24,8%)		
Feminino	59 (74,7%)	26 (76,5%)	85 (75,2%)		
Setor de trabalho				$\chi^2(3) = 6,106$	0,122
UTI	25 (34,7%)	11 (34,4%)	36 (34,6%)		
SAD	11 (15,3%)	11 (34,4%)	22 (21,2%)		
Clínica Médica	12 (16,7%)	2 (6,3%)	14 (13,5%)		
Oncologia	24 (33,3%)	8 (25,0%)	32 (30,8%)		
Afiliação religiosa				$\chi^2(4) = 8,405$	0,075
Católico	33 (41,8%)	14 (41,2%)	47 (41,6%)		
Evangélico	26 (32,9%)	5 (14,7%)	31 (27,4%)		
Espírita	10 (12,7%)	6 (17,6%)	16 (14,2%)		

Variável	Equipe de enfermagem (n = 79)	Médicos/outras profissionais (n = 34)	Total	Estatística	p
Outros	4 (5,1%)	1 (2,9%)	5 (4,4%)		
Nenhum	6 (7,6%)	8 (23,5%)	14 (12,4%)		
Escolaridade				$\chi^2(2) = 7,735$	0,018
Ensino Técnico	9 (11,4%)	0 (0,0%)	9 (8,0%)		
Ensino Superior	10 (12,7%)	10 (29,4%)	20 (17,7%)		
Pós-graduação	60 (75,9%)	24 (70,6%)	84 (74,3%)		
Estado civil				$\chi^2(1) = 1,140$	0,307
Sem companheiro	36 (46,2%)	12 (35,3%)	48 (42,9%)		
Com companheiro	42 (53,8%)	22 (64,7%)	64 (57,1%)		
Cor da pele				$\chi^2(1) = 3,179$	0,094
Branços	44 (55,7%)	25 (73,5%)	69 (61,1%)		
Não brancos	35 (44,3%)	9 (26,5%)	44 (38,9%)		
Idade (anos)	39,00 (12)	34,00 (15)	38,00 (12)	U = 998,000; Z = -1,866	0,062
Mediana (IIQ)					
Renda familiar (SM)	5,00 (5)	6,00 (7)	5,00 (5)	U = 1060,500; Z = 1,127	0,260
Mediana (IIQ)					
Tempo de trabalho com pacientes terminais (anos)	10,00 (11)	4,50 (8)	9,00 (12)	U = 978,000; Z = -2,293	0,022
Mediana (IIQ)					

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Notas: Valores apresentados em n (%) ou mediana (intervalo interquartil – IIQ). SM = salários mínimos; U = estatística do teste de Mann-Whitney; Z = valor padronizado do teste de Mann-Whitney; χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p = nível de significância estatística.

A Tabela 2 apresenta a frequência de relatos de experiências de fim de vida (ELEs) e a exposição dos profissionais ao cuidado de pacientes em terminalidade, segundo o grupo profissional.

Observou-se que 51,8% dos participantes relataram ter presenciado pelo menos uma experiência de fim de vida durante a prática profissional, sem diferença significativa entre a equipe de enfermagem (55,7%) e os médicos e demais profissionais de saúde (42,4%; p = 0,220).

Também não foram observadas diferenças entre os grupos quanto ao relato de fenômenos ocorridos nos últimos três anos (p = 0,405), ao uso de medicamentos pelos pacientes durante essas experiências (p = 0,666) ou à percepção de que esses fenômenos diferem de alucinações ou de efeitos provocados por drogas (p = 0,871).

Em relação à exposição ao cuidado de pacientes em situação de terminalidade, não foram observadas diferenças entre os grupos quanto ao número de pacientes acompanhados em fim de vida (p = 0,599), ao número de pacientes acompanhados nas últimas 24 a 48 horas de

vida ($p = 0,139$) e ao número de relatos de experiências de fim de vida (ELEs) recebidos dos próprios pacientes ($p = 0,106$) ou de seus familiares ($p = 0,850$).

A única diferença estatisticamente significativa foi observada para o número de vezes em que o profissional esteve presente no momento da morte dos pacientes, cuja mediana foi maior entre os profissionais da equipe de enfermagem (6 versus 1; $p = 0,020$).

Tabela 2 – Relatos de experiências de fim de vida, percepção dos fenômenos e exposição ao cuidado em terminalidade segundo grupo profissional

Variável	Categoria/ medida	Equipe de enfermagem	Médicos/outros profissionais	Total	Estatística	p
Relatou pelo menos uma ELE	Sim	44 (55,7%)	14 (42,4%)	58 (51,8%)	$\chi^2(1) = 1,504$	0,220
	Não	35 (44,3%)	19 (57,6%)	54 (48,2%)		
Relato de fenômeno nos últimos 3 anos	Sim	37 (46,8%)	12 (37,5%)	49 (44,1%)	$\chi^2(1) = 0,805$	0,405
	Nenhum	42 (53,2%)	20 (62,5%)	62 (55,9%)		
Paciente utilizava medicação	Sim	34 (43,0%)	11 (37,9%)	45 (41,7%)	$\chi^2(1) = 0,228$	0,666
	Nenhum	45 (57,0%)	18 (62,1%)	63 (58,3%)		
Fenômeno difere de alucinação ou drogas	Concordo totalmente	30 (39,0%)	12 (35,3%)	42 (37,8%)	$\chi^2(4) = 1,077$	0,871
	Concordo parcialmente	25 (32,5%)	11 (32,4%)	36 (32,4%)		
	Neutro	14 (18,2%)	8 (23,5%)	22 (19,8%)		
	Discordo parcialmente	7 (9,1%)	2 (5,9%)	9 (8,1%)		
	Discordo totalmente	1 (1,3%)	1 (2,9%)	2 (1,8%)		
Nº de pacientes em final de vida	Mediana (IIQ)	20,00 (40)	20,00 (29)	20,00 (40)	U = 1184,000; Z = -0,526	0,599
Nº de pacientes nas últimas 24–48 h	Mediana (IIQ)	15,00 (24)	10,00 (17)	14,00 (25)	U = 1037,500; Z = -1,481	0,139
Nº de vezes no momento da morte	Mediana (IIQ)	6,00 (18)	1,00 (10)	5,00 (13)	U = 941,000; Z = -2,331	0,020

Variável	Categoria/ medida	Equipe de enfermagem	Médicos/outros profissionais	Total	Estatística	p
Relatos pelos pacientes	Mediana (IIQ)	2,50 (5)	1,50 (3)	2,00 (5)	U = 130,500; Z = -1,643	0,106
Relatos pelos parentes	Mediana (IIQ)	2,00 (4)	3,00 (5)	2,00 (4)	U = 167,000; Z = 0,209	0,850

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Notas: Valores apresentados em n (%) ou mediana (intervalo interquartil – IIQ). U = estatística do teste de Mann-Whitney; Z = valor padronizado do teste de Mann-Whitney; χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p = nível de significância estatística.

A Tabela 3 apresenta os principais tipos de experiências de fim de vida (ELEs) relatadas pelos participantes, segundo o grupo profissional.

Os fenômenos mais frequentemente relatados foram o desejo de reconciliação com familiares (54,0%), as visões de parentes falecidos ou de figuras religiosas conduzindo o paciente (49,6%), as visões de parentes falecidos próximos ao leito, associadas ao conforto emocional (42,5%), a lucidez terminal em pacientes em coma profundo (35,4%), os relatos de coincidências relacionadas ao momento da morte (34,5%) e as percepções de pessoas, animais ou pássaros fora do campo visual habitual (31,0%).

De modo geral, observou-se maior frequência de relatos entre os profissionais da equipe de enfermagem em comparação aos médicos e aos demais profissionais de saúde. Entretanto, diferença estatisticamente significativa foi identificada apenas para a percepção de pessoas, animais ou pássaros fora do campo visual habitual, relatada com maior frequência pela equipe de enfermagem (36,7%) do que pelos demais profissionais (17,6%; $p = 0,049$). Para os outros tipos de experiências de fim de vida, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Distribuição dos tipos de experiências de fim de vida relatadas pelos participantes segundo grupo profissional

Tipo de ELE	Equipe de enfermagem	Médicos/outros profissionais	Total	Estatística	p
Visões de parentes mortos/figuras religiosas levando a pessoa	42 (53,2%)	14 (41,2%)	56 (49,6%)	$\chi^2(1) =$ 1,367	0,306
Coincidências: visita da pessoa na hora da morte	29 (36,7%)	10 (29,4%)	39 (34,5%)	$\chi^2(1) =$ 0,560	0,522

Tipo de ELE	Equipe de enfermagem	Médicos/outras profissionais	Total	Estatística	p
Visões de parentes falecidos próximos ao leito, com conforto emocional	37 (46,8%)	11 (32,4%)	48 (42,5%)	$\chi^2(1) = 2,040$	0,213
Transitando para outras realidades	9 (11,4%)	6 (17,6%)	15 (13,3%)	$\chi^2(1) = 0,808$	0,378
Luz radiante envolvendo paciente/quarto/cuidador	14 (17,7%)	5 (14,7%)	19 (16,8%)	$\chi^2(1) = 0,155$	0,790
Sonhos/visões que confortam e preparam para a morte	20 (25,3%)	9 (26,5%)	29 (25,7%)	$\chi^2(1) = 0,017$	1,000
Sonhos/visões com significado para resolver assuntos inacabados	8 (10,1%)	6 (17,6%)	14 (12,4%)	$\chi^2(1) = 1,239$	0,350
Sensação de estar sendo chamado ou puxado	16 (20,3%)	3 (8,8%)	19 (16,8%)	$\chi^2(1) = 2,220$	0,175
Ver pessoas/animais/pássaros fora do campo de visão	29 (36,7%)	6 (17,6%)	35 (31,0%)	$\chi^2(1) = 4,040$	0,049
Desejo súbito de cantar/escrever poesia ou prosa	4 (5,1%)	3 (8,8%)	7 (6,2%)	$\chi^2(1) = 0,578$	0,428
Desejo súbito de cantar/cantarolar músicas religiosas	7 (8,9%)	3 (8,8%)	10 (8,8%)	$\chi^2(1) = 0,000$	1,000
Aparência simbólica de animal/pássaro/inseto perto ou na hora da morte	9 (11,4%)	3 (8,8%)	12 (10,6%)	$\chi^2(1) = 0,165$	1,000
Eventos sincronizados na hora da morte (ex.: relógio parar)	6 (7,6%)	2 (5,9%)	8 (7,1%)	$\chi^2(1) = 0,106$	1,000
Lucidez terminal em paciente em coma profundo	28 (35,4%)	12 (35,3%)	40 (35,4%)	$\chi^2(1) = 0,000$	1,000
Desejo de reconciliar com familiares	44 (55,7%)	17 (50,0%)	61 (54,0%)	$\chi^2(1) = 0,310$	0,681

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Notas: Valores apresentados em n (%). χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p = nível de significância estatística.

A Tabela 4 apresenta a proporção de participantes que assinalaram as opções “concordo totalmente” ou “concordo” para as afirmações relacionadas às percepções sobre as experiências de fim de vida, à abertura para o diálogo e ao treinamento profissional, segundo o grupo profissional. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a equipe de enfermagem e o grupo composto por médicos e demais profissionais de saúde em nenhuma das afirmações avaliadas ($p > 0,05$).

Independentemente do grupo profissional, a maioria dos participantes interpretou as experiências de fim de vida (ELEs) como fenômenos transpessoais ou transcendentais (65,2%)

e como eventos profundamente espirituais (60,7%). Mais da metade também concordou que essas experiências podem representar uma fonte de conforto espiritual para os pacientes (58,0%) e estar relacionadas a um processo de revisão de vida (52,7%). Em contrapartida, pequenas proporções atribuíram essas experiências exclusivamente a coincidências (9,0%), a alterações químicas cerebrais (10,7%) ou à imaginação (9,8%).

Em relação à formação profissional, apenas 10,7% dos participantes relataram ter recebido treinamento específico sobre experiências de fim de vida. Apesar disso, 39,3% afirmaram conseguir discutir o tema com a equipe mesmo sem capacitação formal, enquanto 43,8% relataram dificuldade para abordá-lo com os pacientes devido à ausência de treinamento. Além disso, 63,4% manifestaram interesse em receber mais informações ou capacitação sobre a temática.

Tabela 4 – Participantes que concordaram ("concordo totalmente" ou "concordo") com afirmações sobre experiências de fim de vida, segundo grupo profissional

Item	Equipe de enfermagem	Médicos/ outros	Total	Estatística	p
Experiência transpessoal/ transcendental	53 (67,9%)	20 (58,8%)	73 (65,2%)	$\chi^2(2) = 4,238$	0,163
Apenas coincidência	7 (9,1%)	3 (8,8%)	10 (9,0%)	$\chi^2(2) = 4,375$	0,114
Eventos profundamente espirituais	47 (60,3%)	21 (61,8%)	68 (60,7%)	$\chi^2(2) = 0,716$	0,656
Construto psicológico/revisão de vida	40 (51,3%)	19 (55,9%)	59 (52,7%)	$\chi^2(2) = 2,624$	0,319
Pouca significância/ alterações químicas cerebrais	10 (12,8%)	2 (5,9%)	12 (10,7%)	$\chi^2(2) = 4,207$	0,149
Somente imaginação	9 (11,5%)	2 (5,9%)	11 (9,8%)	$\chi^2(2) = 5,750$	0,067
Alucinações induzidas por medicamentos/febre	15 (19,2%)	5 (14,7%)	20 (17,9%)	$\chi^2(2) = 1,197$	0,609
Expressão de inquietação psicológica/sofrimento	24 (30,8%)	12 (35,3%)	36 (32,1%)	$\chi^2(2) = 2,256$	0,330
Fonte de conforto espiritual para o paciente	47 (60,3%)	18 (52,9%)	65 (58,0%)	$\chi^2(2) = 0,524$	0,753
Fonte de conforto espiritual para os familiares	33 (42,3%)	18 (52,9%)	51 (45,5%)	$\chi^2(2) = 3,570$	0,145
Pacientes relutam em falar sobre o fenômeno	22 (28,2%)	15 (44,1%)	37 (33,0%)	$\chi^2(2) = 3,052$	0,221
Associa-se à morte mais tranquila e pacífica	25 (32,1%)	8 (23,5%)	33 (29,5%)	$\chi^2(2) = 4,184$	0,141
Pode ser estressante, mas com significado para resolver questões	33 (42,3%)	14 (41,2%)	47 (42,0%)	$\chi^2(2) = 1,397$	0,561
A maioria vivencia nos últimos meses	24 (30,8%)	5 (14,7%)	29 (25,9%)	$\chi^2(2) = 3,753$	0,149

Item	Equipe de enfermagem	Médicos/ outros	Total	Estatística	p
Normalmente ocorre nas últimas 24-48h	41 (52,6%)	14 (41,2%)	55 (49,1%)	$\chi^2(2) = 2,866$	0,274
Recebi educação especializada sobre o tema	9 (11,5%)	3 (8,8%)	12 (10,7%)	$\chi^2(2) = 3,767$	0,162
Consigo falar com a equipe apesar de não ter educação especializada	30 (38,5%)	14 (41,2%)	44 (39,3%)	$\chi^2(2) = 2,799$	0,229
Tenho dificuldade em falar com pacientes pela falta de educação	34 (43,6%)	15 (44,1%)	49 (43,8%)	$\chi^2(2) = 0,753$	0,733
Sou capaz de falar com meu supervisor	35 (44,9%)	18 (52,9%)	53 (47,3%)	$\chi^2(2) = 0,652$	0,774
Nunca discuti com colegas	22 (28,2%)	8 (23,5%)	30 (26,8%)	$\chi^2(2) = 1,924$	0,401
Gostaria de mais informações/ treinamento	46 (59,0%)	25 (73,5%)	71 (63,4%)	$\chi^2(2) = 2,363$	0,325

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Notas: Valores apresentados correspondem aos participantes que responderam "concordo totalmente" ou "concordo" para cada afirmação. χ^2 = teste do qui-quadrado de Pearson; p = nível de significância estatística.

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstram que as experiências de fim de vida (ELEs) estão presentes na prática de muitos profissionais que atuam com pacientes em situação de terminalidade. Mais da metade dos participantes relatou ter presenciado pelo menos uma experiência dessa natureza durante a trajetória profissional, indicando que esses fenômenos não são incomuns nos serviços de saúde. Embora ainda sejam pouco abordadas durante a formação profissional, essas vivências fazem parte do cotidiano assistencial e, portanto, precisam ser reconhecidas e compreendidas com maior atenção.

As ELEs abrangem diferentes manifestações, como visões, sonhos, sensação de presença, lucidez terminal, coincidências relacionadas ao momento da morte e relatos com significado espiritual ou emocional. Esses fenômenos costumam ocorrer próximos à morte e são descritos como experiências que podem ajudar o paciente a se preparar para esse momento, proporcionando conforto e sensação de acolhimento (SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023). Dessa forma, discutir essas vivências não significa desconsiderar a avaliação clínica, mas reconhecer que o processo de morte envolve também dimensões emocionais, familiares, relacionais e espirituais.

De modo geral, observou-se maior frequência de relatos de ELEs entre os profissionais da equipe de enfermagem quando comparados aos médicos e aos demais profissionais de saúde. Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Em contrapartida, houve diferença significativa quanto ao número de vezes em que os participantes estiveram presentes no momento da morte dos pacientes, sendo essa frequência maior entre os profissionais da equipe de enfermagem. Esse achado pode estar relacionado à própria rotina de trabalho desse grupo, uma vez que enfermeiros e técnicos de enfermagem permanecem por períodos mais prolongados próximos aos pacientes, acompanham suas alterações ao longo do dia e frequentemente estão presentes nos momentos finais de vida (NACAK; ERDEN, 2022).

Essa maior proximidade reforça a importância da enfermagem no cuidado no fim da vida. Frequentemente, técnicos de enfermagem e enfermeiros são os profissionais que identificam mudanças no comportamento do paciente, escutam relatos sobre parentes falecidos, observam pedidos de reconciliação e acolhem os familiares diante de experiências de difícil explicação. Assim, a enfermagem ocupa uma posição próxima ao paciente e à família, atuando não apenas na assistência às necessidades físicas, mas também no cuidado emocional, relacional e espiritual (BROADHURST; HARRINGTON, 2016).

A literatura também aponta que profissionais que atuam mais diretamente com pacientes em fim de vida tendem a reconhecer e relatar mais experiências dessa natureza. Em contextos de cuidados paliativos, por exemplo, estudos identificaram maior número de relatos, maior abertura para a discussão do tema e maior interesse em treinamento. Esses achados indicam que a convivência mais frequente com a morte pode tornar esses fenômenos mais visíveis na prática assistencial (SANTOS et al., 2017; HESSION et al., 2024). Dessa maneira, o grau de proximidade com o paciente constitui um fator relevante para o reconhecimento das experiências de fim de vida.

Entre as experiências mais frequentemente relatadas nesta pesquisa, destacou-se o desejo de reconciliação com familiares. Esse achado demonstra que, na proximidade da morte, os pacientes podem sentir necessidade de resolver conflitos, pedir perdão, despedir-se ou reorganizar vínculos afetivos. Essa experiência não se restringe à dimensão espiritual, envolvendo também aspectos emocionais, familiares e relacionais. À medida que a proximidade da morte se torna mais evidente, assuntos inacabados e questões familiares podem adquirir maior importância para o paciente (SANTOS et al., 2017; SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023).

As visões de parentes falecidos ou de figuras religiosas também estiveram entre os fenômenos mais frequentes. Esses relatos podem ser interpretados pelos profissionais como experiências capazes de proporcionar conforto e tranquilidade ao paciente, especialmente quando não são acompanhados de sofrimento, medo ou agitação. Na literatura, as visões de familiares falecidos estão entre as ELES mais comumente descritas e são frequentemente associadas à preparação para a morte, ao conforto emocional e à percepção de que o paciente não está sozinho nesse processo (KERR et al., 2014; SANTOS et al., 2017; NYBLOM; MOLANDER; BENKEL, 2022; SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023).

Outro achado relevante foi a interpretação dessas experiências como fenômenos espirituais, transpessoais ou transcendentais pela maioria dos participantes. Entretanto, essa interpretação não significa necessariamente a desconsideração de possíveis causas clínicas, como *delirium* e alucinações. Os resultados indicaram que grande parte dos participantes reconhecia a existência de diferenças entre experiências de fim de vida, *delirium* e alucinações. Essa distinção é importante, pois nem todo relato incomum no fim da vida deve ser automaticamente interpretado como confusão mental, embora também não deva ser analisado sem uma avaliação clínica cuidadosa (SANTOS et al., 2017; PAN et al., 2021; RABITTI et al., 2024).

A diferenciação entre ELES e *delirium* é complexa, uma vez que essas manifestações podem ocorrer em pacientes fragilizados e próximos da morte. Em determinadas situações, ambas podem estar presentes no mesmo período, tornando a avaliação ainda mais desafiadora. No entanto, algumas características podem auxiliar o profissional nessa diferenciação. Os sonhos e as visões no fim da vida costumam ser descritos como experiências claras, coerentes e dotadas de significado pessoal. Geralmente, envolvem familiares falecidos, despedidas, viagens, figuras religiosas ou sensações de transição e podem proporcionar conforto, tranquilidade, reflexão e preparação para a morte. Frequentemente, o paciente consegue recordar a experiência e relatá-la posteriormente com relativa clareza (NYBLÖM; MOLANDER; BENKEL, 2022).

Por outro lado, o *delirium* geralmente está associado a alterações da atenção e da consciência, pensamento desorganizado, desorientação e relatos mais confusos, fragmentados ou ameaçadores. Também pode envolver medo, agitação e dificuldade para recordar ou explicar o que foi vivenciado (LEONARD et al., 2014; BUSH et al., 2018). Entretanto, a presença de medo ou sofrimento não deve ser utilizada isoladamente para classificar uma experiência como *delirium*, uma vez que algumas ELES também podem provocar impacto emocional.

Dessa forma, é necessário considerar o contexto clínico, o nível de atenção e consciência, a memória, a coerência do relato e a presença de sofrimento, sem desvalorizar o significado atribuído à experiência pelo paciente e por sua família. Também é necessário ampliar as pesquisas sobre a diferenciação entre *delirium* e ELES e investir na capacitação dos profissionais para o reconhecimento dessas manifestações, contribuindo para um cuidado mais humano, digno e integral no processo de morte (RABITTI et al., 2024; SILVA et al., 2026).

A formação dos profissionais de saúde ainda é fortemente influenciada pelo modelo biomédico, centrado principalmente na doença, nos sintomas físicos e nas condutas técnicas. Embora esses aspectos sejam indispensáveis, não contemplam todas as necessidades apresentadas pelo paciente em situação de terminalidade. No fim da vida, além de dor, dispneia, fadiga e outros sintomas físicos, o paciente pode vivenciar medo, culpa, necessidade de reconciliação, sofrimento espiritual e desejo de se despedir. Por esse motivo, o cuidado deve ser integral, considerando não apenas o corpo, mas também a história, os vínculos, os valores e as crenças do paciente (SILVA et al., 2021).

Os cuidados paliativos contribuem para a compreensão dessa assistência de maneira mais ampla. Essa abordagem busca aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, contemplando necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Nesse contexto, as ELES

podem ser compreendidas como parte das demandas que surgem durante o processo de morte e que necessitam ser acolhidas pela equipe, sobretudo quando proporcionam conforto ou revelam sofrimento emocional e espiritual (SANTOS et al., 2017).

Outro achado relevante foi que parte dos profissionais relatou conseguir conversar sobre essas experiências com os colegas de trabalho, enquanto uma parcela considerável afirmou apresentar dificuldade para abordar o assunto com os pacientes. Esse resultado indica que o tema é discutido no âmbito da equipe, embora ainda de maneira insegura ou informal. A comunicação com os colegas pode ser percebida como mais simples por não exigir uma intervenção direta junto ao paciente. Em contrapartida, abordar o tema à beira do leito requer preparo, sensibilidade e cuidado para não provocar desconforto nem impor interpretações pessoais (SANTOS et al., 2017).

Essa diferença entre conversar com os colegas e abordar o assunto com os pacientes evidencia a necessidade de treinamento específico. O profissional deve estar preparado para ouvir sem interromper, acolher o sentimento manifestado, avaliar sinais clínicos relevantes e reconhecer quando é necessário envolver outros integrantes da equipe, como profissionais da psicologia, do serviço social, da capelania ou da assistência espiritual, quando disponíveis. Também é importante distinguir uma experiência que proporciona paz e conforto de uma situação que provoca sofrimento, medo ou agitação, pois as necessidades de intervenção podem ser diferentes em cada caso (SILVA; RIBEIRO; MOREIRA-ALMEIDA, 2023; OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2021).

Alguns autores defendem que o ensino sobre religiosidade e espiritualidade deve contemplar conceitos básicos, evidências científicas, obtenção da história espiritual, discussão de casos, diferenciação entre experiências espirituais e transtornos mentais e formas éticas de incluir essas dimensões no cuidado. Essa formação pode auxiliar os profissionais a abordar o assunto sem impor crenças pessoais e sem transformar a assistência espiritual em proselitismo religioso (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2021). O objetivo, portanto, não é interpretar a experiência pelo paciente, mas proporcionar um espaço seguro para que ele expresse o significado atribuído à vivência.

Dessa forma, os achados evidenciam que as ELEs fazem parte da prática assistencial e podem apresentar dimensões emocionais, relacionais e espirituais relevantes para os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde. Nesse contexto, a ausência de formação específica sobre o tema pode dificultar o reconhecimento e a abordagem adequada dessas vivências, reforçando a importância de sua inclusão na formação acadêmica e nas ações de educação permanente em saúde.

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que as experiências de fim de vida (ELEs) fazem parte da realidade assistencial dos profissionais de saúde que atuam com pacientes em situação de terminalidade. Mais da metade dos participantes relatou ter presenciado pelo menos uma experiência dessa natureza, indicando que esses fenômenos não são incomuns no cuidado no fim de vida.

A frequência de relatos foi numericamente maior entre os profissionais da equipe de enfermagem, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Entretanto, esses profissionais apresentaram maior tempo de atuação com pacientes em situação de terminalidade e estiveram presentes com maior frequência no momento da morte, fatores que podem ampliar as oportunidades de contato e reconhecimento dessas experiências.

Entre os fenômenos mais relatados, destacaram-se o desejo de reconciliação com familiares, as visões de parentes falecidos ou de figuras religiosas, a lucidez terminal e as vivências associadas ao conforto emocional e espiritual. Os participantes também reconheceram diferenças entre essas experiências e condições clínicas, como alucinações induzidas por medicamentos ou febre. Contudo, a baixa proporção de profissionais que recebeu treinamento específico e a dificuldade relatada para abordar o tema com os pacientes evidenciam uma lacuna na formação.

Dessa forma, as ELEs devem ser abordadas nos cursos da área da saúde e nas ações de educação permanente, contribuindo para uma assistência mais humanizada, segura e integral. Logo, recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras maiores e em diferentes contextos assistenciais, a fim de aprofundar o conhecimento sobre esses fenômenos e subsidiar estratégias de cuidado mais qualificadas no fim da vida.

REFERÊNCIAS

- BROADHURST, K.; HARRINGTON, A. A thematic literature review: the importance of providing spiritual care for end-of-life patients who have experienced transcendence phenomena. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 33, n. 9, p. 881–893, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115595217>.
- 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: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy147>.
- FENWICK, P.; BRAYNE, S. End-of-life experiences: reaching out for compassion, communication, and connection: meaning of deathbed visions and coincidences. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 28, n. 1, p. 7–15, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909110374301>.
- FENWICK, P.; LOVELACE, H.; BRAYNE, S. Comfort for the dying: five-year retrospective and one-year prospective studies of end-of-life experiences. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 51, n. 2, p. 173–179, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.004>.
- HESSION, A. et al. Nurses' encounters with patients having end-of-life dreams and visions in an acute care setting: a cross-sectional survey study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 8, p. 3190–3198, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.16079>.
- 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: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0371>.
- LAWRENCE, M.; REPEDE, E. J. The incidence of deathbed communications and their impact on the dying process. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 30, n. 7, p. 632–639, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909112467529>.
- LEONARD, M. M. et al. Practical assessment of delirium in palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 48, n. 2, p. 176–190, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.024>.
- NACAK, U. A.; ERDEN, Y. End-of-life care and nurse's roles. **Eurasian Journal of Medicine**, v. 54, supl. 1, p. S141–S144, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2022.22324>.
- NYBLOM, S.; MOLANDER, U.; BENKEL, I. End-of-life dreams and visions as perceived by palliative care professionals: a qualitative study. **Palliative & Supportive Care**, v. 20, n. 6, p. 801–806, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951521001681>.
- OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A. de; PETEET, J. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 424–429, jul./ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1106>.

PAN, C. X. et al. Questioning capacity in an elderly Jamaican man with terminal cancer exhibiting near-death awareness: a case report and review of literature. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 9, p. 1413–1417, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0785>.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 10, p. 885–904, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.

RABITTI, E. et al. Hospice patients' end-of-life dreams and visions: a systematic review of qualitative studies. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 41, n. 1, p. 99–112, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/10499091231163571>.

SANTOS, C. S. dos et al. End-of-life experiences and deathbed phenomena as reported by Brazilian healthcare professionals in different healthcare settings. **Palliative & Supportive Care**, v. 15, n. 4, p. 425–433, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516000869>.

SILVA, T. O. da et al. Percepção de docentes brasileiros sobre as relações entre saúde, religião, espiritualidade e seu ensino. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 19, n. 60, p. 1057–1077, set./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2021v19n60p1057>.

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, p. e624–e640, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004055>.

SILVA, T. O. et al. End-of-life dreams and visions in a patient with delirium: a Brazilian case report and narrative review. **Palliative & Supportive Care**, v. 24, e4, p. 1–10, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951525101247>.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, 2007. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X).

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiências de fim de vida e fenômenos no leito de morte relatados por profissionais de saúde

Pesquisador: Luana Araújo Macedo Scalia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88116625.0.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.560.248

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2527653 e Projeto Detalhado (PROJETO_COMPLETO.pdf), postados em 11/04/2025 15:40:23.

INTRODUÇÃO

O cuidado no final da vida representa um dos desafios mais complexos da prática clínica, exigindo uma abordagem integrativa que vá além dos aspectos físicos e considere fatores emocionais, psicológicos e espirituais do paciente (PUCHALSKI et al., 2009). Durante esse processo, profissionais de saúde relatam fenômenos incomuns chamados de Experiências no Final de Vida (End-of-Life Experiences - ELEs) (FENWICK & BRAYNE, 2011). Diversos estudos indicam que tais episódios, apesar de relatados na prática clínica, ainda são pouco compreendidos e investigados cientificamente (KERR et al., 2014; LAWRENCE & REPEDE, 2013). As ELEs podem envolver percepções subjetivas dos pacientes, como sonhos ou visões de entes queridos falecidos, bem como manifestações que impactam familiares e profissionais de saúde. Além disso, observa-se que muitos profissionais já presenciaram tais eventos, mas nem sempre se sentem preparados para lidar com eles ou interpretá-los dentro de sua prática

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Experiências de fim de vida e fenômenos no leito de morte relatados por profissionais da saúde”, sob a responsabilidade dos(as) pesquisadores(as) Luana Araújo Macedo Scalia, Mariana Jackes Martins, Beatriz Máisa Penaforte França, Gabrielle Alves Ayala.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar e caracterizar as experiências de fim de vida relatadas por profissionais da área da saúde atuantes nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), Oncologia, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU) a fim de conhecer a característica dessas experiências.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelo(a)s pesquisador(a)(es) Mariana Jackes Martins, Beatriz Máisa Penaforte França, Gabrielle Alves Ayala, em cada um dos setores que serão estudados durante o período de expediente.

Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução n.º 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução n.º 510/2016). A coleta de dados ocorrerá entre os dias 01/07/2025 a 30/03/2026.

Na sua participação, você responderá a um questionário contendo seções sobre dados sociodemográficos e profissionais, questões sobre Experiências de Fim de Vida (EFV), escalas de religiosidade (DUREL), espiritualidade (SSRS) e saúde mental (DASS-21), com duração aproximada de 25 minutos.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Nós, pesquisadores, atenderemos às orientações das Resoluções n.º 466/2012, capítulo XI, Item XI.2: f e n.º 510/2016, capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo físico, sob nossa guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados, e ainda assim a sua identidade será preservada. Para preservar sua identidade, seu nome real não será utilizado nessa pesquisa, mas sim um sistema numérico de identificação.

Os riscos consistem em desconforto dos voluntários em responder às questões e revisar memórias durante a coleta de dados, sendo sempre dada a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento. Pode também haver vazamento de dados, nos quais os pesquisadores se comprometem em utilizar o sistema de identificação numérico, além de garantir que os questionários estarão sobre a guarda e responsabilidade da equipe pelo período mínimo estabelecido por 5 anos. Aos participantes que relataram precisar de ajuda psicológica, serão encorajados a buscar apoio nas unidades de saúde de referência e os pesquisadores poderão auxiliar nesse processo com informação e incentivo.

Os benefícios serão proporcionar ao profissional de saúde uma reflexão sobre sua prática assistencial e os participantes poderão se sentir acolhidos e validados, favorecendo o autoconhecimento, podendo fortalecer o vínculo com o propósito do cuidado. A níveis institucionais, esse estudo pode contribuir significativamente para a compreensão dos fenômenos de fim de vida sob a perspectiva dos profissionais, oferecendo subsídios para práticas de cuidado mais humanizadas, formação em cuidados paliativos e estratégias de apoio emocional.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos(as) pesquisadores(as).

Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Luana Araújo Macedo Scalia pelo telefone (34) 999938083, vinculada à Faculdade de Medicina (FAMED) da UFU, localizada na Avenida Pará, Bloco 2U, 1720 - Bairro Umuarama.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você tem direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n.º 510 de 2016, Artigo 19).

Para obter orientações quanto aos direitos dos(as) participantes de pesquisa, acesse a cartilha disponível no link: https://propp.ufu.br/sites/propp.ufu.br/files/media/documento/cartilha_dos_direitos_dos_participantes_de_pesquisa.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, n.º 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131; ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos(as) participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Nome completo do(a) participante de pesquisa

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a) Pesquisador(a)

ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE COLETA

ANEXO 1: Questionário sobre experiências espirituais de final de vida no Brasil

FENÔMENOS NO LEITO DE MORTE: De acordo com alguns autores, a morte pode ser anunciada por fenômenos como "visões" e "aparições" que confortariam o paciente em seu processo de finitude e prepará-lo-iam espiritualmente para a morte, ou para a travessia para uma nova realidade. (Fenwinck e Brayner, 2011; Fenwinck et al., 2010; Brayne et al., 2008; Brayne et al., 2006). Essas experiências espirituais no final da vida parecem ter qualidades reais firmemente baseadas no momento atual, frequentemente apresentadas por profundos sonhos de vigília, ou sonhos que ajudariam a pessoa a processar assuntos de sua vida não resolvidos até então, o que levaria a uma morte mais atenuada, incluindo o desejo de colocar seus assuntos em ordem e reconciliar com membros distantes da família (Fenwinck et al., 2010)

1. IDADE: _____ anos

2. Gênero:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

3. Qual é sua função na equipe?

- ☐ Médico
☐ Enfermeiro
☐ Técnico ou auxiliar de enfermagem
☐ Cuidador formal
☐ Outros: _____

4. Afiliação religiosa ou espiritual, se alguma:

- ☐ Católico
☐ Evangélico
☐ Espírita
☐ Judeu
☐ Muçulmano
☐ Budista
☐ Hinduísta
☐ Outros: _____
☐ Nenhum

4a. Qual é o seu nível de escolaridade?

- ☐ Ensino técnico
☐ Ensino superior
☐ Pós-graduação

4b. Qual é sua renda familiar (em reais)? R\$ _____,00

4c. Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteiro
☐ Casado/ajuntado
☐ Viúvo
☐ Separado/desquitado

4d. Como você definiria sua cor de pele?

- ☐ Branca
☐ Parda
☐ Preta
☐ Amarela
☐ Outras: _____

5. Quantos anos você está trabalhando com pacientes terminais, no final de vida ou em cuidados paliativos? _____ anos

6. Nos últimos 3 anos, de quantos pacientes terminais, no final de vida ou em cuidados paliativos aproximadamente você cuidou?

- ☐ Nenhum
 Número total aproximado: _____

7. Nos últimos 3 anos, quantas vezes você esteve com paciente nas últimas 24-48 horas de vida?

- ☐ Nenhum
 Número total aproximado: _____

8. Nos últimos 3 anos, aproximadamente quantas vezes você esteve com paciente no momento da morte?

- ☐ Nenhum
 Número total aproximado: _____

9. Nos últimos 3 anos, quantas vezes foi relatado a você um acontecimento não usual no leito de morte ("fenômeno no leito de morte")?

☐ Nenhum

Número total aproximado: _____

10. Nos últimos 3 anos, aproximadamente quantas vezes foi relatado para você um acontecimento não usual no leito de morte ("fenômeno no leito de morte")?

☐ Nenhum

Pelos pacientes: _____

Pelos parentes: _____

11. Quantos destes pacientes que relataram Fenômeno do leito de morte estavam sobre medicação?

☐ Nenhum

Número total aproximado: _____

Por favor, indique o nível de concordância com as declarações seguintes sobre sua percepção dos Fenômenos do leito de morte:

"Fenômeno do leito de morte difere de alucinações induzidas por drogas ou febre"

☐ Concordo totalmente

☐ Concordo parcialmente

☐ Neutro

☐ Discordo parcialmente

☐ Discordo totalmente

Por favor, use esse espaço para dizer o porquê:

12. Alguns dos pacientes ou parentes já relataram alguns dos seguintes fenômenos para você (pode marcar quantas opções desejar)?

☐ Visões de parentes mortos ou figuras religiosas que apareceram com o propósito de "levar embora" a pessoa que está morrendo.

☐ Coincidências – relatadas por amigos da família ou parentes da pessoa que está morrendo – que dizem que a pessoa que está morrendo o visitou na hora da morte.

☐ Visões de parentes falecidos que estariam sentados ou próximos à cama do paciente e que proporcionariam aconchego e conforto emocional.

☐ "Transitando para outras realidades": relatos de paciente indo e vindo de realidades diferentes durante seu processo de morte.

☐ Experiência de uma luz radiante que envolve o paciente terminal e se espalha pelo quarto, envolvendo o cuidador.

☐ Sonhos de morte, sonhos ou visões que parecem confortar o paciente e prepará-lo para a morte.

☐ Sonhos vívidos ou visões que tenham um significado significativo para o paciente e que o ajude a evitar ou entender alguns negócios inacabados.

☐ A sensação de estar "sendo chamado" ou "puxado" por alguma coisa ou alguém.

☐ Vendo pessoas/animais/pássaros fora de seu campo de visão.

☐ Um súbito desejo de cantar ou escrever poesia, ou prosa.

☐ Um súbito desejo de cantar ou cantarolar músicas religiosas.

☐ Aparência simbólica de um animal, pássaro ou inseto perto, ou na hora da morte.

☐ Na hora da morte, eventos sincronizados acontecerem, como, por exemplo, um relógio parar.

☐ Um paciente que está em coma profundo, subitamente se torna alerta suficiente para dizer um adeus lúcido (coerente) aos amigos que estão ao seu lado no leito de morte.

☐ Um desejo de reconciliar com familiares.

Caso tenha marcado uma ou mais opções na questão acima, você gostaria de participar da parte qualitativa do projeto?

☐ Sim ☐ Não

Caso positivo, deixe seu número de telefone para contato:

Por favor, utilize esse espaço para comentários adicionais sobre sua percepção ou experiência com Fenômeno do leito de morte.

13. Por favor, indique seu nível de concordância (de 1 a 5) com as seguintes declarações sobre sua percepção dos Fenômenos do leito de morte.

(Preencha com um código somente por questão: 1 - Concordo totalmente, 2 - Concordo, 3 - Neutro, 4 - Discordo, 5 - Discordo totalmente)

- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam uma experiência transpessoal/transcendental.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam apenas uma coincidência.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam eventos profundamente espirituais.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam um constructo psicológico que permitiria aos pacientes uma revisão de suas vidas.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte tenham pouca significância, sendo alterações químicas cerebrais.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam somente uma manifestação da imaginação.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam alucinações induzidas por medicamentos ou febre.
- () Eu considero que os Fenômenos do leito de morte sejam uma expressão de inquietação psicológica ou do sofrimento.

14. Por favor, indique o nível de concordância com as seguintes declarações sobre sua percepção do Fenômeno do leito de morte.

(Preencha com um código por questão: 1 - Concordo totalmente, 2 - Concordo, 3 - Neutro, 4 - Discordo, 5 - Discordo totalmente)

- () Fenômenos do leito de morte são frequentemente uma fonte de conforto espiritual para o paciente no final da vida.
 - () Fenômenos do leito de morte são frequentemente uma fonte de conforto espiritual para os parentes.
 - () Pacientes ficam relutantes para falar sobre Fenômenos do leito de morte.
 - () Pacientes que experimentam o Fenômeno do leito de morte tem uma morte mais tranquila e pacífica.
 - () Fenômenos do leito de morte podem ser estressantes, mas frequentemente são carregados de um significado significativo para ajudar o paciente a resolver questões não resolvidas.
 - () A maioria das pessoas experimenta o Fenômeno do leito de morte nos últimos meses de suas vidas.
 - () Fenômeno do leito de morte normalmente acontece nas últimas 48-24h de vida.
15. Por favor, indique o quanto você concorda com as declarações seguintes, relacionam a educação ou treinamento que você deve ter recebido com relação ao Fenômeno do leito de morte, e como você fala sobre isso com seus colegas.
- (Preencha com um código por questão: 1 - Concordo totalmente, 2 - Concordo, 3 - Neutro, 4 - Discordo, 5 - Discordo totalmente)
- () Como parte do meu treinamento para trabalhar com pacientes no final da vida, eu recebi uma educação especializada sobre os Fenômenos do leito de morte.
 - () Eu não tive educação especializada, mas eu sou capaz de falar com minha equipe sobre os assuntos relacionados aos Fenômenos do leito de morte.
 - () Devido à falta de educação especializada sobre o Fenômeno do leito de morte, eu tenho dificuldade em falar com os pacientes sobre esse assunto, pois poderia causar estresse e aflição neles.
 - () Eu sou capaz de falar com meu supervisor sobre questões relacionadas aos Fenômenos do leito de morte.
 - () Eu nunca discuti sobre os Fenômenos do leito de morte com nenhum de meus colegas.
 - () Eu gostaria de mais informações sobre Fenômenos do leito de morte como parte de meu treinamento global.