

## PROTOCOLO DE DEFINIÇÃO DE PALIAÇÃO EM URGÊNCIA ONCOLÓGICA

Roberto Bezerra da Silva<sup>1</sup>, Luiz Henrique Campelo de Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mestrado Profissional em Oncologia e Hematologia Do Instituto Educacional Multiprofissional Chancelado pela Faculdade de Ipojuca FAJOLCA.

**EDITADO POR**  
Edson Silva-Filho

**REVISADO POR**  
Donato Braz Junior

**RECEBIDO:** 01 de maio de 2025

**ACEITO:** 04 de maio de 2025

**PUBLICADO:** 09 de maio de 2025

### COPYRIGHT

© 2025. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CCBY). O uso, distribuição ou reprodução em outros fóruns é permitido, desde que o(s) autor(es) original(is) e o(s) proprietário(s) dos direitos autorais sejam creditados e que a publicação original neste periódico seja citada, de acordo com a prática acadêmica aceita. Não é permitido uso, distribuição ou reprodução que não esteja em conformidade com esses termos.

### RESUMO

**Resumo:** Esse estudo buscou a criação de um protocolo de definição de palição que possa auxiliar o setor de urgência oncológica, tendo respaldo ético, jurídico e científico. Evitando a Distanásia, manobras mais invasivas como Intubação oro-traqueal, Reanimação cardiopulmonar e transferência para UTI. A pesquisa será observacional em relação a clínica do paciente e conduta da equipe multiprofissional e em prontuários para o preenchimento do Protocolo. Principais resultados encontrados: Media de idade de mortalidade 61 anos, Gênero relacionado com a mortalidade 85% da amostra mulher, Media de tempo em dias do diagnostico a aplicação do Protocolo: 729 dias (24 meses), média de tempo em dias da aplicação do protocolo ao óbito 07 dias. Concluímos que o protocolo de definição de palição em urgência oncológica dará aos profissionais um respaldo científico, ético e legal evitando assim medidas terapêuticas fúteis prolongando o sofrimento do paciente e do familiar. O mais exitoso do estudo foi a comprovação da probabilidade de otimização de vaga de UTIs para outros pacientes com proposta terapêutica clinica ou cirúrgica, não havendo a necessidade de ocupação dos leitos por esses pacientes que ficariam em média 07 dias nos leitos causando uma sobrecarga já conhecida na literatura desses leitos tão escasso.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; urgências Oncológicas; Pacientes oncológicos.

## ABSTRACT

This article sought to create a protocol for the definition of palliation that can assist the oncology emergency department, with ethical, legal and scientific support. Avoiding Dystanasia, more invasive maneuvers such as orotracheal intubation, cardiopulmonary resuscitation and transfer to the ICU. The research will be observational in relation to the patient's clinic and the conduct of the multidisciplinary team and in medical records for completing the Protocol. Main results found: Average age of mortality 61 years, Gender related to mortality 85% of the female sample, Average time in days from diagnosis to application of the Protocol: 729 days (24 months), Average time in days of application of the death protocol 07 days. We conclude that the protocol for defining palliation in oncological urgency will give professionals a scientific, ethical and legal support, thus avoiding futile therapeutic measures prolonging the suffering of the patient and family. The most successful of the research was the confirmation of the probability of optimizing ICU beds for other patients with a clinical or surgical therapeutic proposal, without the need for bed occupation by these patients who would stay on average for 7 days in beds, causing an already known overload in the literature of these beds so scarce

**Keywords:** Palliative care; Oncological emergencies; Cancer patients.

## INTRODUÇÃO

A maioria dos pacientes com câncer não consegue se curar e a qualidade de vida desses pacientes diminui muito, ocasionando, a necessidade de recorrer aos hospitais para minimizar os sintomas que não podem ser controlados em sua própria residência. Atuação da equipe multidisciplinar que trabalha na urgência oncológica estar desde as diversas fases do processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento, até nos estágios mais avançados da doença (SILVA; ANDRADE et al., 2013).

Os profissionais que atuam na urgência oncológica devem ter excelente conhecimento técnico-científico e ser capacitados para lidar com a perda, a dor, o sofrimento e todo estresse que o trabalho requer (HERCOS; VIEIRA et al., 2014). Portanto, durante a fase final da vida, o paciente pode diante de situações não usuais e de difícil decisão sobre os cuidados com sua saúde, entre as quais se destacam: recebimento de más notícias, cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade (testamento vital), ordem de não reanimar e distanásia (PANKA; BELTRAME et al., 2017). Ressalta-se que a assistência ao paciente crítico pressupõe a necessidade do trabalho multidisciplinar, onde os pacientes oncológicos são admitidos na urgência, isso implica em repensar como conseguir prestar uma assistência, que requer maior densidade tecnológica para uma clientela com demanda de necessidades de cuidados especializados, que exige conhecimentos e habilidades técnico-científico em oncologia, bem como condição psicológica para lidar com estas situações de cuidado (HERCOS; VIEIRA et al., 2014, SANTOS; SILVA et al., 2017).

Quando sugerido a opção sobre os cuidados paliativos, a maioria dos pacientes desconhece, por um lado, a abrangência dos cuidados paliativos ultrapassa o limite físico e biológico do paciente, alcançando sua singularidade e seu contexto biopsicossocial, por outro, quando o paciente ou sua família não são devidamente orientados sobre as consequências da doença e as possíveis condutas para minimizar o sofrimento, são impedidos de assumir posicionamento consciente no processo de morte com dignidade (PANKA; BELTRAME et al., 2017 e RODRIGUE; LIGEIRO et al., 2015). Lembrando que, a carta dos direitos dos usuários da saúde garantiu aos pacientes o direito de escolher o local de morte, designação de representante e possibilidade de recusa de tratamento.

Em relação à ordem de não reanimar, não há orientação oficial explícita no Brasil, mas existem normas ética e legal com a finalidade de prevenir a prática de distanásia (DADALTO, 2013). Entretanto, o cuidado paliativo se apresenta como uma abordagem especializada passível de dar suporte ao paciente e a seus familiares que se encontram na urgência, essa modalidade de cuidado deve ser oferecida o mais precoce possível, a fim de prevenir sintomas complicações

inerentes a doença de base, podendo contribuir para o aumento da qualidade de vida e da sobrevivência do paciente. A palição tardia, ou seja, na urgência é insuficiente para melhorar a qualidade da vida para obter efeito significativo, o cuidado paliativo deve ser fornecido na ocasião do início do diagnóstico (VELARDE-GARCIA; LUENGO-GONZALEZA et al., 2017 e MAIA; SANTOS; RIBEIRO, 2015).

Os avanços tecnológicos, científicos e no âmbito das políticas públicas têm contribuído para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer, mas são incapazes de reduzir sua incidência, consequentemente, seu impacto nas condições de saúde da população brasileira e mundial. Perante esta realidade, as taxas de mortalidade por câncer são elevadas, e os óbitos acontecem em sua maioria no hospital destacando-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e nas Urgências (SILVA; SANTOS et al 2016 e MEDEIROS; BONFADA et al., 2012). Surgindo o paradigma declarando o conflito entre os cuidados críticos e os cuidados paliativos, especialmente, ao se deparar com os processos de morte nos cuidados ao fim de vida, que requerem decisões acerca dos limites terapêuticos, mesmo que as características do câncer possam facilitar o seu prognóstico a partir do declínio progressivo da condição clínica do paciente durante sua última etapa de vida, são comuns os casos de obstinação terapêutica na UTI. Surge a conduta da limitação de esforços terapêuticos (LET) entendida como conduta que restringe ações médicas devido a doenças ou traumas, muito frequentes em UTI devido ao perfil dos pacientes oncológicos, trata-se da suspensão do investimento terapêutico diante da impossibilidade de recuperação do doente e da iminência da morte. São vários os fatores considerados para definir o paciente em LET, como: o prognóstico da doença, suas comorbidades e a futilidade terapêutica. Entre as terapias mais comumente suspensas ou recusadas estão ressuscitação cardiorrespiratória, administração de drogas vasoativas, métodos dialíticos e nutrição parenteral, procedimentos muito invasivos, não justificáveis em situações como essa (PEITER; CAMINHA et al., 2016).

No entanto a equipe multidisciplinar deve se organizar e oferecer a esse tipo de paciente cuidados paliativos que proporcionem alívio do sofrimento e dignidade durante o processo, apenas quando o paciente é considerado em LET, as limitações terapêuticas são relacionadas à função curativa, e não a ações que gerem conforto e alívio da dor, preservando a integridade do paciente mesmo quando for indicado a ocupação de leitos na unidade de terapia intensiva (PEITER; CAMINHA et al., 2016 e RODRIGUE; LIGEIRO et al., 2015).“(...) em vez de utilizar-se de meios extraordinários para prolongar o estado de morte já instalado no paciente (que seria a distanásia), o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte. Tal conduta é

considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado da conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família, quando impossível for a manifestação do doente. Tal decisão deve levar em conta não apenas a segurança no prognóstico de morte iminente e inevitável, mas também o custo benefício da adoção de procedimentos extraordinários que redundem em intenso sofrimento, em face da impossibilidade de cura ou vida plena.” Brasil;(2010).

## MÉTODOS

**Classificação do Estudo:** Estudo de corte transversal, descritivo, exploratório, prospectivo e quantitativo.

**Crítérios de Inclusão:** Foram incluídos no estudo participantes que por meio das escalas já validadas: (PPS) PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE, ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY e a ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO TNM, avaliadas pelo colegiado multiprofissional da urgência correlacionando-as com a clínica atual do paciente, se encaixando nos critérios de palição exclusiva,

**Crítérios de Exclusão:** Foram excluídos do presentes estudos pacientes que não se encaixem nos critérios de palição exclusiva segundo a clínica e as escalas supracitadas já relatadas.

O estudo foi realizado na urgência do Hospital de câncer de Pernambuco, o hospital funciona desde 1948, atende exclusivamente pacientes com câncer, trata-se de um hospital de grande porte, enfermaria, UTI, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, emergência e ambulatório com diversas especialidades, utilizamos prontuários dos pacientes participantes do estudo que atenderam todos os critérios de elegibilidade e inclusão dos mesmos para preenchimento do protocolo pelo pesquisador em uma ação puramente observacional do mesmo, Não opinando ou alterando qualquer conduta medica e da equipe multiprofissional a ser tomada no cenário do estudo, apenas atuando no levantamento dos indicadores para o preenchimento do protocolo.

Os dados foram coletados de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de Câncer de Pernambuco CAAE. 25305819.1.0000.5205. A amostra da população foi de 20 Pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão: Critérios de Inclusão: Serão incluídos no estudo pacientes que por meio das Escalas já validadas: (PPS) PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE Escore:10%, ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY Escore:10% e a ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO TNM com evidencia de

Metástase, avaliadas pelo colegiado multiprofissional da urgência correlacionando-as com a clínica atual do paciente, se encaixando nos critérios de palição.

Critérios de exclusão: Serão excluídos do presente estudos pacientes que não se encaixem nos critérios de palição segundo a clínica e as escalas (PPS) PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE Escore: acima de 10%, ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY Escore: acima de 10% e a ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO TNM sem evidencia de Metástase, os dados foram coletados através do preenchimento do protocolo pelo pesquisador. As informações obtidas através dos questionários serão utilizadas para criar um protocolo de definição de palição que possa auxiliar as urgências oncológicas a nortear as condutas de indicação para UTI, Otimizando vagas de UTI para pacientes com propostas terapêuticas.

Esse estudo buscou atender as recomendações da resolução 466/12 do conselho nacional de saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, em que os pesquisadores assinaram um termo em que se comprometeram a manter sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, em qualquer fase da pesquisa, garantindo o anonimato dos participantes envolvidos (BRASIL, 2017). Todos os dados registrados no instrumento de coleta de dados ficaram em posse dos pesquisadores. Este estudo só foi realizado após a aprovação do comitê de ética.

### PROTOCOLO DE DEFINIÇÃO DE PALIAÇÃO NA URGÊNCIA PARA PACIENTE ONCOLÓGICOS

Nome \_\_\_\_\_ Reg. \_\_\_\_\_

Câncer de \_\_\_\_\_

CID10 :C \_\_\_\_\_

Metástases (conhecidas na admissão): [1] Sim [2] Não Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sítios de metástases: [1]óssea [2]pulmonar [3] SNC [4]hepática [5]outras:

| DATA | Sítio | Exame<br>comprobatório<br>do câncer * | Resultado |
|------|-------|---------------------------------------|-----------|
|      |       |                                       |           |
|      |       |                                       |           |
|      |       |                                       |           |

\* Exame comprobatório do câncer e de estadiamento: [1] histologia [2] citologia [3] imuno-histoquímica [4] Tomografia [5] Resonancia [6] Pet Scan [7] outros

(PPS) PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE Escore: \_\_\_\_\_

ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY Escore: \_\_\_\_\_

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO TNM. Escore: \_\_\_\_\_

**CONSENSO DA EQUIPE MULTIPROFICIONAL SOBRE A INDICAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS**

SIM ( ) NÃO ( )

**COMUNICAÇÃO E CONSENSO ENTRE EQUIPE E FAMILIARES/RESPONSÁVEL LEGAL SOBRE A ADESAO DE CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVO**

SIM ( ) NÃO ( )

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Assinatura de outro profissional de saúde \_\_\_\_\_

Assinatura de outro profissional de saúde \_\_\_\_\_

**RESULTADOS**

Foram incluídos no estudo 20 pacientes que se enquadraram nos critérios de elegibilidade entre dezembro de 2019 a fevereiro de 2020.

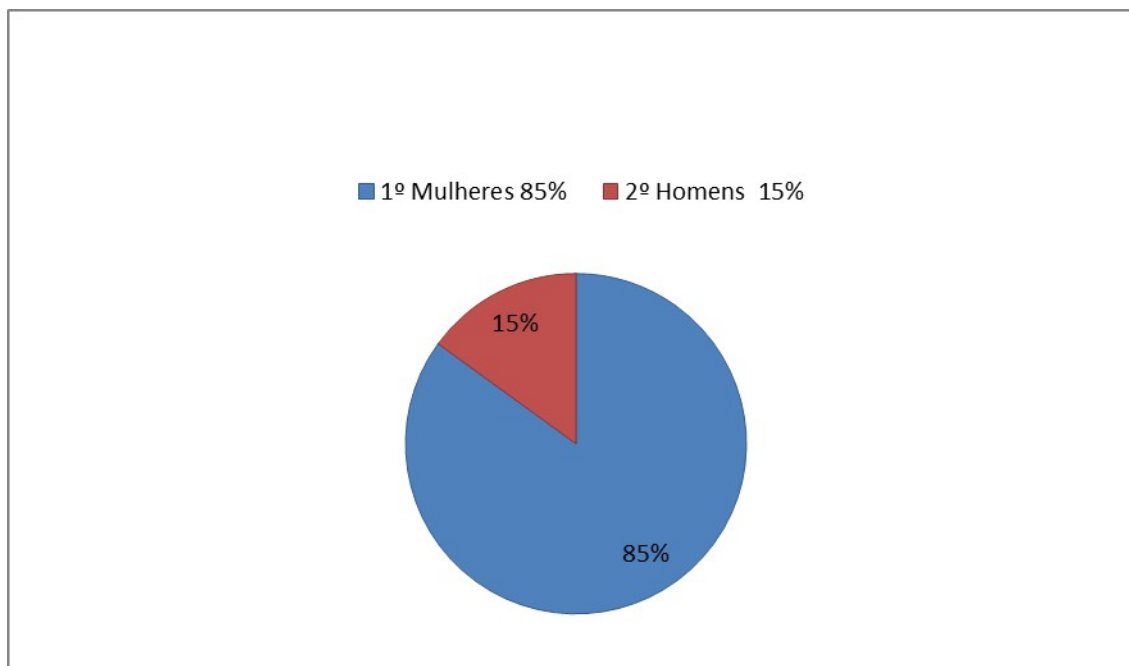
**Tabela 1** – Caracterização dos pacientes submetidos ao protocolo de definição de palição em urgência oncológica

| Gênero | Idade | Admissão   | Diagnostico | Protocolo  | Óbito                                             |
|--------|-------|------------|-------------|------------|---------------------------------------------------|
| F      | 83    | 28/08/2019 | 23/10/2019  | 29/01/2020 | 30/01/2020                                        |
| F      | 51    | 11/09/2017 | 01/12/2017  | 21/02/2020 | 29/02/2020                                        |
| F      | 58    | 28/01/2019 | 26/09/2018  | 21/02/2020 | 21/02/2020                                        |
| F      | 68    | 18/11/2018 | 16/02/2019  | 29/01/2020 | 13/02/2020                                        |
| F      | 73    | 29/06/2018 | 19/06/2019  | 14/02/2020 | 16/02/2020                                        |
| F      | 61    | 26/11/2018 | 09/10/2018  | 14/02/2020 | 22/02/2020                                        |
| F      | 78    | 07/12/2016 | 11/01/2017  | 29/01/2020 | 04/02/2020                                        |
| M      | 75    | 11/08/2017 | 11/11/2017  | 10/01/2020 | 04/03/2020                                        |
| F      | 46    | 24/10/2019 | 23/09/2019  | 06/01/2020 | 09/01/2020                                        |
| M      | 78    | 13/01/2020 | 06/01/2020  | 14/02/2020 | 01/03/2020                                        |
| F      | 63    | 29/01/2020 | 09/12/2019  | 21/02/2020 | 25/02/2020                                        |
| F      | 44    | 18/02/2019 | 12/02/2019  | 24/01/2020 | 05/02/2020                                        |
| F      | 45    | 19/03/2015 | 27/02/2015  | 24/01/2020 | 27/01/2020                                        |
| F      | 69    | 16/05/2015 | 14/11/2018  | 24/01/2020 | 28/01/2020                                        |
| F      | 85    | 05/06/2019 | 07/02/2019  | 14/02/2020 | 14/02/2020                                        |
| F      | 43    | 17/10/2016 | 05/12/2016  | 24/01/2020 | 27/01/2020                                        |
| M      | 32    | 11/02/2019 | 20/05/2019  | 03/01/2020 | 04/01/2020                                        |
| F      | 70    | 13/04/2018 | 20/11/2017  | 14/02/2020 | 02/04/2020                                        |
| F      | 49    | 30/07/2008 | 23/07/2008  | 13/01/2020 | Paciente Vivo em cuidados paliativos (15/04/2020) |
| F      | 44    | 17/01/2018 | 04/01/2018  | 19/01/2020 | Paciente Vivo em cuidados paliativos (15/04/2020) |

Fonte: Same HCP 2020

A média de idade de mortalidade foi de 60,75 (61 anos) Constatamos na pesquisa que o gênero mais acometido da mortalidade foi de Mulheres.

**Gráfico 1** - Gênero relacionado com a mortalidade.

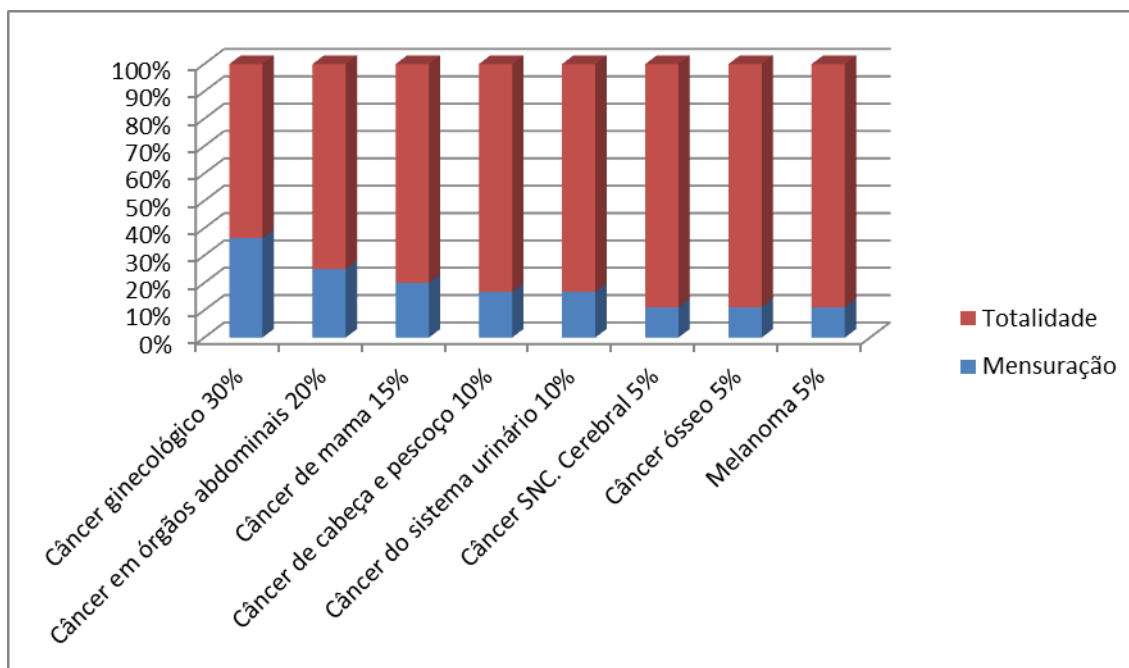


Fonte: Dados do estudo

Os dados do gráfico abaixo justificam a maior incidência de óbitos do gênero feminino do estudo, Totalizando assim 09 pacientes (45%) da amostra total de canceres com prevalência feminina. (30%) Câncer Ginecológico e (15%) Câncer de Mama.

**Gráfico 2** - Taxa de mortalidade por tipo de câncer.

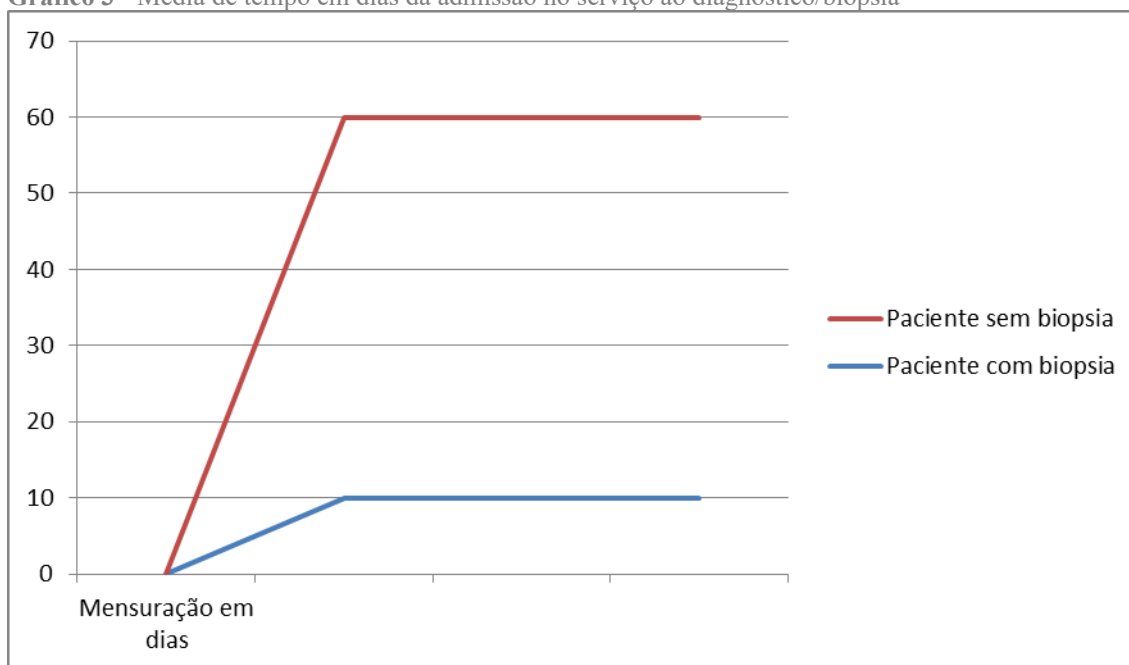




Fonte: Dados do estudo

A média de tempo em dias da admissão no serviço ao diagnóstico/biopsia foi de: Pacientes admitidos no serviço com biopsia: 10 dias, Pacientes Admitidos no serviço sem biopsia: 62 dias

**Gráfico 3** - Media de tempo em dias da admissão no serviço ao diagnóstico/biopsia



Fonte: Dados do estudo

## **DISCUSSÃO**

Media de tempo em dias da admissão no serviço ao diagnostico/biopsia:

Pacientes admitidos no serviço com biopsia: 10 dias

09 pacientes (45%) da amostra total da pesquisa Foram admitidos com média de 59 dias, sendo que 03 pacientes (27%) da amostra dos admitidos com o resultado da biopsia demoraram a procurar o serviço em media 168 dias o que colaborou para o aumento da media do numero de dias para admissão no serviço, mensurando a média habitual de dias sem a amostra dos pacientes que protelaram a busca ao serviço mesmo com biopsia totalizou o numero de pacientes de 06 (73%) da amostra e a média em dias foi de 10. Esses valores percentuais e em números de dias refletem toda logística desde o diagnostico de câncer por outros serviços até a chegada do paciente ao HCP.

Pacientes Admitidos no serviço sem biopsia: 62 dias

11 pacientes (55%) da amostra total da pesquisa levaram a media de 183 dias da admissão ao diagnostico, sendo que 02 pacientes (22%) da amostra dos admitidos sem biopsia a existência de um tempo muito grande da admissão à biopsia de 666 dias por evasão ou por não adesão do paciente a terapêutica, um dos pacientes tem uma lacuna temporal de 238 dias e o outro de 1.095 dias o que colaborou para o aumento da media do numero de dias da admissão à biopsia, mensurando a media habitual de dias sem a amostra dos pacientes que protelaram a busca ao diagnostico mesmo matriculados foi de 09 pacientes (78%) da amostra e a media em dias foi de 62. Esses valores percentuais e em números de dias refletem toda logística desde admissão do paciente ao diagnostico de câncer no HCP.

**Media de tempo em Dias do diagnostico a aplicação do protocolo:**

Dias: 729 (média de 24 meses)

**Media de tempo em Dias e meses do diagnostico ao óbito:**

Dias: 736 (média de 24 meses e 07 dias)

Ressaltamos que a variável de 02 pacientes (10%) da amostra total estavam vivos e em cuidados paliativos até o final da pesquisa sendo assim excluídos da análise desse dado.

**Media de tempo em Dias da aplicação do protocolo ao óbito:**

Dias: 07

Ressaltamos que a variável de 02 pacientes (10%) da amostra total estava vivos e em cuidados paliativos até o final da pesquisa sendo assim excluídos da análise desse dado.

Referencial teórico

Estudos encontrados sobre a morte no enfoque dos profissionais no setor de urgência. Aponta que as dimensões norteadoras das práticas da equipe multiprofissional transcendem o conhecimento técnico, já que os indivíduos são fortemente influenciados pelas crenças e valores culturais e religiosos que trazem consigo, sendo impossível despirem-se de tudo aquilo que acreditam, principalmente nos ambientes como as Urgências, onde predomina a dimensão tecnológica voltada a cura (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou para a equipe multidisciplinar bem como as influências das características do trabalho, entre os profissionais que atuam em urgências e que atendem pacientes oncológicos. Constatando que os esforços para melhorar a qualidade dos cuidados e da comunicação com a equipe multiprofissional na urgência necessitam de instrumentos que possam mensurar sua efetividade, visto que, a ortotanásia é tema que apenas recentemente passou a ser questionado pela bioética, acredita-se que este Protocolo contribuirá para melhor compreender a percepção das Equipes multiprofissionais que atuam nas urgências oncológicas e consequentemente, favorecer a melhor conduta para o paciente no processo da morte e do morrer.

Além disso, os cuidados paliativos não é apenas uma fase da doença terminal, mas uma atitude que inclui medidas terapêuticas desde o diagnóstico ao óbito, sendo como uma postura de acolhimento do profissional. Diante do estudo, devemos enfatizar a necessidade de que a dimensão ética do cuidado seja assumida por todos os envolvidos na assistência e na formação, de maneira que possibilite o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo no que diz respeito às tomadas de decisão e suas implicações para os profissionais, os pacientes e familiares ao adotarem esse protocolo com respaldo técnico/científico/Legal. O mais exitoso do estudo foi a comprovação da probabilidade de otimização de vagas de UTIs para outros pacientes com proposta terapêutica clínica ou cirúrgica, não havendo a necessidade de ocupação dos vagas por esses pacientes que ficariam em média 07 dias nos leitos causando uma sobrecarga já conhecida na literatura desses leitos tão escasso.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao (HCP) Hospital de câncer de Pernambuco Por fornecer toda infraestrutura no campo de pesquisa ao (CEP) Comitê de ética em pesquisa do HCP e a colaboradora Solange Pereira

Alves por ajudar nas correções e alterações sinalizadas pelo CEP fazendo com que a pesquisa se tornasse viáveis. Agradecemos ainda ao (IEM) Instituto Educacional Multiprofissional a qual foi a instituição de ensino no qual desenvolvemos essa pesquisa em nível de mestrado profissional.

## REFERÊNCIAS

- COMIN LT, Panka M, Beltrame V et al. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev. bioética (Impr.)*. 2017; 25 (2): 392-401.
- SILVA CP, Santos AT, Silva RP et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(3): 225-235
- SANTOS, Débora Cristina Leitão dos; SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas; ZEPEDA, Karen Gisela Moraes; GASPARD, Rafael Barroso. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(3):295-300.
- SILVA, Waleska Christina Brandão Pereira da; ANDRADE, Rose Mary Costa Rosa Silva; PEREIRA, Eliane Ramos; SILVA, Marcos Andrade; MARINS, Aline Miranda da Fonseca; SAUTHIER, Marta. Percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos oncológicos: estudo fenomenológico. *Universidade de fluminense* 2013 (1): 72-81.
- PEITER, Caroline Cechinel; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 11 - out./nov./dez.* 2016.
- HERCOS, Thaíse Machado; VIEIRA, Flávia de Siqueira; OLIVEIRA, Marissa Silva de; BUETTO, Luciana Scatralhe; Shimura, Camila Megumi Naka; SONOBE, Helena Megumi. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014; 60(1): 51-58.
- VELARDE-GARCÍA, Juan Francisco; LUENGO-GONZÁLEZA, Raquel; GONZÁLEZ-HERVÍASA, Raquel; GONZÁLEZ-CERVANTESA, Sergio; ÁLVAREZ-EMBARBAA, Beatriz e Domingo. Palacios-Cenã. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermera. *Gac Sanit.* 2017;31(4):299–304.
- LIMA, Rafael Miranda; SOUZA, José Antonio de; FARIA, Thiara Cristina de Oliveira Ramos; FREITAS, Joyce Lisboa; GOMES, Nyrla Yoshie Yano; FARIA, Ana Maria Nunes de. Análise da Satisfação Stamm familiar quanto ao atendimento prestado ao paciente com doença oncológica e tomada de decisão em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Arq. Catarin Med.* 2017 jul-set; 46(3):80-94
- MEDEIROS, Ylana Karine Fonseca de; BONFADA, Diego. Refletindo sobre finitude: um Enfoque na Asistência de Enfermagem frente à Terminalidade. *Rev Rene.* 2012; 13(4):845-52.
- SANTANA, Júlio César Batista; DUTRA, Bianca Santana; CARLOS, Janaína Maria Machado; BARROS, Jenniffer Kelly Assis de. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (1): 158-67 .

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conf. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(1) Jan-Mar 2015orto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(1) Jan-Mar 2015

RODRIGUES, Ligia Adriana; LIGEIRO, Cristiane; SILVA, Michele da. Cuidados Paliativos, Diagnósticos e Terminalidade: indicação e início do processo de palição 2015 janeiro-junho; 9(1):26-35

DADALTO. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/1Luciana; Rev bioét (Impr.) 2013; 21 (1): 106-12

MAIA, Fabrícia Vieira; SANTOS, Tamires Regina dos; RIBEIRO, Ivete Maria. Ortotanásia em unidade de terapia intensiva sob a ótica dos profissionais. Cuidar arte enfermagem 2015 janeiro-junho; 9(1):36-43

ANS (Agência nacional de saúde complementar)Implantação de diretrizes e protocolos clínicos V1.01 de Novembro de 2012 E-EFT-01do ministério da Saúde.

CFM (conselho federal de medicina) Nº2.156/2016, Código de ética medico que no capítulo V Art. 31 ao 42, Disponível em: [www.cremers.org.br/pdf/paliativos/aspecto\\_legais\\_dra\\_pithan\\_rs.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/paliativos/aspecto_legais_dra_pithan_rs.pdf), Aceso em 11 mar 2019.