

# Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica

Care planning for patients receiving palliative care in an oncology intensive care unit

Débora Cristina Leitão dos Santos<sup>1</sup>

Marcelle Miranda da Silva<sup>2</sup>

Marléa Chagas Moreira<sup>2</sup>

Karen Gisela Moraes Zepeda<sup>3</sup>

Rafael Barroso Gaspar<sup>4</sup>

## Descritores

Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Assistência ao paciente; Oncologia

## Keywords

Palliative care; Intensive care units; Patient care; Oncology

## Submetido

11 de Abril de 2017

## Aceito

26 de Junho de 2017

## Resumo

**Objetivo:** Analisar o entendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência ao paciente em cuidados ao fim da vida na unidade de terapia intensiva (UTI) oncológica, e discutir os objetivos que buscam alcançar ao planejar a assistência na perspectiva dos cuidados paliativos.

**Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na UTI adulto de um Hospital do Câncer. Participaram do estudo 25 profissionais: 12 enfermeiros, oito médicos, dois nutricionistas e três fisioterapeutas. Respeitou-se o critério de inclusão: estar atuando no setor por tempo maior ou igual a um ano. Foram excluídos profissionais de férias e de licença médica durante o período de coleta de dados, que transcorreu entre dezembro de 2015 a maio de 2016. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática, seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

**Resultados:** As três categorias abrangem particularidades contextuais pela gravidade dos casos, fases da doença e tratamentos, terminalidade da vida, medicalização e dificuldades gerenciais. Entretanto, evidenciou-se a necessidade de promover conforto, atender a família, e investir na integração dos cuidados paliativos e críticos.

**Conclusão:** O planejamento assistencial na perspectiva dos cuidados paliativos no contexto é incipiente; elencam-se desafios para a prática e preocupa-se em humanizar a assistência. Sugere-se o modelo interconsultivo para integração das especialidades, mediante características institucionais.

## Abstract

**Objective:** To study the understanding of health professionals in relation to end-of-life patient care in an oncology intensive care unit, and discuss the objectives they seek to achieve when planning care from a palliative point of view.

**Methods:** Descriptive study, with a qualitative approach, conducted in the adult ICU of a cancer hospital. Twenty-five professionals participated in the study: 12 nurses, eight physicians, two nutritionists and three physiotherapists. The inclusion criterion was: working in the sector for one year or more. Professionals on vacation or medical leave during the data collection, which took place between December 2015 and May 2016, were excluded. The data collection technique used was the semi-structured interview. Thematic content analysis was employed to analyze the data, in the following stages: preanalysis; exploration of the material or codification; treatment of the results, inference and interpretation.

**Results:** The three categories encompass contextual particularities according to the severity of the cases, disease stages and treatments, end-of-life condition, medication and management difficulties. However, a need was noted to promote comfort, attend to families and invest in the integration of palliative and critical care.

**Conclusion:** Care planning from a palliative perspective in this context is in the initial stages; challenges for putting it into practice are listed, with a concern to humanize care. It is suggested to use an interconsultive model for integration of specialties, through institutional characteristics.

## Autor correspondente

Marcelle Miranda da Silva  
Rua Afonso Cavalcanti, 275,  
20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
marcellemiranda@eean.ufrj.br

## DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700045>



<sup>1</sup>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Conflitos de interesse:** não há conflitos de interesses a declarar.

## Introdução

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, onde se destaca a unidade de terapia intensiva (UTI).<sup>(1,2)</sup>

Embora os profissionais de saúde vivenciem situações na UTI permeadas por riscos e incertezas atreladas à relação dialógica do viver e do morrer, as medidas curativas neste contexto são prioritárias. É, sobretudo, na UTI que a morte assume seu caráter patológico, em detrimento à sua condição natural da vida, uma vez que a evolução da ciência e a consciência coletiva e política tem direcionado esforços para investimentos na luta contra a morte.<sup>(2)</sup>

É diante deste paradigma que se declara 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. Embora 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.

Dessa forma, o planejamento da assistência ao paciente acometido por câncer em cuidados ao fim da vida na UTI pode ser complexo, conflitante e desafiador, reunindo dilemas éticos, que em primeiro momento, perpassam pela dúvida na definição do estado de reversibilidade ou não, e em sequência, por tomadas de decisão variadas, como investir no tratamento ou não, alimentar ou não alimentar, ou mesmo, indicar ou não indicar a UTI.<sup>(2-7)</sup>

Em assim sendo, objetivou-se analisar o entendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência ao paciente em cuidados ao fim da vida na UTI oncológica, e discutir os objetivos que buscam alcançar ao planejar a assistência na perspectiva dos cuidados paliativos.

## Métodos

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na UTI adulto do Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Este setor dispõe de 19 leitos, sendo dez da oncologia clínica e nove da oncologia cirúrgica.

Participaram do estudo 25 profissionais: 12 enfermeiros, oito médicos, dois nutricionistas e três fisioterapeutas. Respeitou-se o critério de inclusão: estar atuando no setor por tempo maior ou igual a um ano. Foram excluídos profissionais de férias e de licença médica durante o período de coleta de dados, que transcorreu entre dezembro de 2015 a maio de 2016.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, seguindo o roteiro: qual o seu entendimento acerca da assistência ao paciente em cuidados ao fim da vida na UTI oncológica? Você já vivenciou essa assistência nesta unidade? Se sim, como foi? Se não, como acha que seria? Como você planejou (planejaria) suas ações? Houve (haveria) dificuldades? Que objetivos almejou (almejará) alcançar ao planejar a assistência a este paciente? Como se deu a participação da equipe assistencial nessa situação? Em sua prática, adota preceitos dos cuidados paliativos? Como foi sua relação com os familiares? Você acha que pode melhor assistir esta clientela? De que modo? Do que você precisaria?

As entrevistas foram realizadas individualmente, com local, data e horário pré-agendados, conforme preferência dos participantes; a duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Todos os depoimentos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra, identificados por códigos alfanuméricos. Após essa etapa, ocorreu retorno ao campo a fim de que os participantes pudessem validar seus depoimentos.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática, seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.<sup>(8)</sup> Destaca-se que esta última etapa foi sustentada por bases conceituais nacionais e internacionais relacionadas aos cuidados paliativos, à UTI, e às melhores evidências científicas.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, como instituição proponente (parecer nº 1.275.38),

e do INCA, como instituição coparticipante (parecer nº 1.324.491).

## Resultados

Emergiram três categorias, apresentadas no quadro 1.

## Discussão

Discutir cuidados paliativos na UTI oncológica pode ser paradoxal, diante de práticas que parecem ser incompatíveis, uma vez que pacientes em terminalidade da vida podem não se beneficiar das tecnologias disponíveis nesta unidade, diante da irreversibilidade da doença, que se manifesta nas

múltiplas esferas do ser humano e anuncia a morte. Mas apesar disso, são frequentes os pacientes em cuidados ao fim da vida na UTI, recebendo assistência que ora objetivam reverter o quadro clínico, e ora buscam equacionar os avanços tecnológicos para alívio do sofrimento e a manutenção do conforto, o que demarca a (des)proporcionalidade terapêutica.

O processo de cuidar de pacientes no contexto dos cuidados paliativos na UTI é multifacetado, permeado de contradições, sentimentos negativos e assistência pouco humanizada. O enfrentamento da morte ainda se constitui um desafio, uma vez que propicia dilemas éticos e paradigmáticos, tendo em vista que os profissionais são formados e treinados com base no modelo que prioriza a doença e a cura.<sup>(4)</sup>

### Quadro 1. Inferências, categorias empíricas a as falas dos profissionais

Categoria 1. As particularidades da UTI oncológica de adultos e suas relações com os cuidados paliativos e a medicalização	
Depoimentos	Inferências
"Já trabalhei em outras UTI, e existe uma comparação de terminalidade em cada uma delas. Na oncologia isso é claro, porque o paciente já entra com início de cuidado paliativo" (Enfermagem P24).	Alta complexidade do perfil da clientela, relacionada à rápida evolução da doença, à agressividade dos seus tratamentos e à elevada mortalidade.
"Aqui não é uma UTI com alta mortalidade porque a assistência não é adequada, é porque os pacientes já chegam graves; isso faz com que sejamos uma UTI para cuidados de fim de vida [...]" (Fisioterapia P6).	
"Existe dificuldade de definir o paciente fora de possibilidade. Imagino que por falta de conhecimento e dificuldade de assumir isso [...]" (Fisioterapia P12).	
"Acho que tem mais doentes de cuidados de fim de vida do que de terapia intensiva no nosso setor, então, das duas uma, ou deveríamos rever os doentes que vem para cá, ou receber mais informação sobre cuidados paliativos" (Enfermagem P25).	Déficit de conhecimento relacionado ao tema. Demora no estabelecimento do prognóstico. Receio das repercussões ético-legais.
"A gente fica muito restrito a poucos cuidados, na verdade fazemos o básico, que é tirar a dor. Poderíamos dar um suporte mais abrangente ou talvez oferecer o cuidado paliativo bem antes. Depois que você já entubou, já sedou, aí acha que iniciar morfina é fazer cuidado paliativo [...]" (Medicina P18).	Predomínio de paciente em cuidado de fim de vida na UTI oncológica. Necessidade de triar cada caso para facilitar a indicação apropriada do cuidado crítico, bem como de educação permanente.
<b>Categoria 2. Promovendo o conforto ao paciente em cuidados ao fim da vida na UTI oncológica</b>	
Depoimentos	Inferências
"A dedicação dos profissionais não pode mudar, o que muda é o foco assistencial, que passa a ser um atendimento mais voltado para a correção de sintomas [...]" (Medicina P8).	Promoção do conforto como meta do planejamento do cuidado. Valorização de sintomas físicos.
"[...] manter a integridade física, o respeito pelo corpo, pela vida que está ali, pela família que vem vê-lo, e que quer chegar e ver seu parente dentro do possível, apresentável, com aparência de estar cuidado [...]" (Enfermagem P10).	Respeito ao corpo. Sensibilidade na atenção às necessidades da família, assegurando a dignidade da pessoa, objetivando o cuidado a partir da aparência asseada e confortável.
"Não fazer nenhum procedimento, nenhum exame invasivo, nada que implique transporte, não trazer nenhum tipo de desconforto do tipo glicemia horária, furar dedo, tentar deixar o doente bem acoplado, que é o que se tem aqui, a ventilação mecânica, não tratar a hipotensão, deixar a coisa transcorrer no rumo natural da doença dele" (Medicina P22).	Minimizar a terapia fútil para promover conforto, contudo, associando recursos tecnológicos para prolongar a vida, o que se torna contraditório.
<b>Categoria 3. Limites e desafios no planejamento da assistência ao paciente em cuidados ao fim da vida na UTI oncológica</b>	
Depoimentos	Inferências
"Cuidado paliativo não cabe na terapia intensiva. O doente é cuidado porque ocupa um leito, mas não tem uma relação direta com as condutas dessa unidade [...]" (Medicina P20).	Incompatibilidade entre o cuidado crítico e o paliativo. Indicação inapropriada da terapia intensiva. Pacientes sem uma perspectiva razoável de recuperação não devem ser admitidos na UTI, pois não irão se beneficiar.
"[...] Às vezes um paciente fora de possibilidade ocupa uma vaga que poderia ser de um paciente com possibilidade. Penso que este paciente de cuidado paliativo poderia ter uma qualidade de vida melhor ficando com a família, do que vir para a UTI, ser invadido, passar por procedimentos desnecessários [...]" (Enfermagem P1).	
"O objetivo normalmente é traçado por quem vai fazer o tratamento, ou seja, o médico. Então, se o objetivo é definido por ele como fora de possibilidades, e se ele não consegue definir isso... a gente se perde nos nossos objetivos também [...]" (Fisioterapia P12).	
"É cansativo cuidar de um paciente que você não tem nada estabelecido, pois um dia você tem que fazer tudo e no outro você tira tudo. Isso tecnicamente não é bom e emocionalmente pior ainda [...]" (Enfermagem P25).	Despreparo profissional para lidar com os pacientes em processo de morrer e morte. Déficit na formação profissional. Indica a necessidade suporte emocional.
"Se o doente grave é sempre doente de UTI, sem importar o que o levou a agravar, tem-se uma ocupação indevida dos leitos. Agimos de acordo com as demandas solicitadas, são pressões, mesmo que distorcidas, e não tem um local específico para o paciente sem possibilidades [...]" (Medicina P20).	Necessidade de criação de enfermaria de cuidados paliativos. Questões éticas complexas que podem envolver decisões judiciais e política institucional.

Além disso, a morte desperta nos profissionais a consciência das suas próprias finitudes, gerando conflito interno, dúvidas sobre a eficácia, objetivos e a relevância dos cuidados prestados. Em especial, os processos de tomada de decisão, principalmente se concentrados em uma única pessoa, geram questionamentos sobre a capacidade de reverter a situação, resultando em obstinação terapêutica.<sup>(9)</sup>

Esta pesquisa retratou a terminalidade da vida na UTI sob o prisma da especialidade oncológica, mas apesar das características evolutivas do câncer, de certa forma, facilitarem o prognóstico e a previsão de sobrevida quando comparadas com outras doenças crônicas de evolução lenta, as dificuldades interpretadas ao longo dos depoimentos foram semelhantes ao contexto de uma UTI geral.

Ao se tratar de um paciente com câncer, é entendido que seu quadro clínico é afetado por variáveis da própria doença e dos tratamentos, gerando impacto negativo na qualidade de vida, em especial se estiver manifestando sintoma físico, e em uso de tratamentos anticâncer, mesmo com objetivos paliativos.<sup>(9)</sup> Tais manifestações, quando exacerbadas agudamente, podem demandar hospitalização na UTI, e o planejamento da assistência, a partir de então, deve objetivar estabilizar e melhorar tais causas, que, por outro lado, podem ser refratárias ao tratamento, somar novas afecções decorrentes, muitas vezes, da própria hospitalização, e finalizar o quadro como sem possibilidades terapêuticas para a cura.

A transição entre os cuidados curativos e paliativos na UTI oncológica é um evento frequente, o que não representa, em alguns casos, que a indicação da terapia intensiva tenha sido imprópria. Contudo, quando isso acontece, é preciso reconhecer os limites terapêuticos e gerenciar a situação com base nos princípios que regem o cuidado humano, a bioética e a palição. Mas, como nas primeiras horas de hospitalização a expectativa por bons resultados pode dominar profissionais e familiares, tem-se a dificuldade em aceitar a situação e fazer essa transição.<sup>(10)</sup>

Os dilemas e conflitos éticos provém, principalmente, da falta de alinhamento com os preceitos dos cuidados paliativos, o que vai de encontro às recomendações da Organização Mundial da Saúde,

de, ao se tratar de uma doença crônica que ameaça a continuidade da vida e a necessidade de implementar ações paliativistas desde o seu diagnóstico, embora a utilidade destas seja muito mais clara e evidente quando a doença progride e atinge níveis elevados de sofrimento, e a medicina nada mais tem a fazer pela doença, e sim pela pessoa.<sup>(11-14)</sup>

A necessidade de integração precoce entre cuidados curativos e paliativos na UTI tem sido abordada na literatura. E dentre as estratégias variadas para fomentar essa prática, o investimento na educação permanente dos profissionais de saúde é unânime, pois assim, independente do modelo a ser seguido, terão condições de reconhecer o paciente de cuidados paliativos, melhor prognosticar e, mesmo, triar aqueles elegíveis ou não à terapia intensiva.<sup>(15-17)</sup>

Frente as dificuldades apontadas, cabe reforçar que, de acordo com as recomendações do Conselho Federal de Medicina, que constam na Resolução nº 2.156/2016, a qual estabelece os critérios de admissão e alta em UTI, este serviço é destinado ao tratamento intensivo de pessoas com condições clínicas graves e de risco, porém, com probabilidade de sobrevida e recuperação. Esta Resolução ratifica ainda que, em casos de doenças incuráveis e terminais devem os médicos oferecer cuidados paliativos, em detrimento de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas. Assim, em seu artigo 6º, a priorização de admissão na UTI deve respeitar determinados critérios, ordenados da prioridade um a cinco. Destaca-se aqui que a última prioridade, ou seja, a cinco, abrange pacientes com as características sem possibilidades terapêuticas para a cura.

É preciso pensar em diferentes alternativas para assistência aos pacientes em cuidados ao fim da vida no contexto do hospital. Contudo, no decorrer deste processo, a conjuntura atual não exclui esse perfil de clientela da UTI, sendo premente a oferta de cuidados paliativos sempre que necessário.

A partir das evidências científicas e do estudo da realidade investigada, sugere-se que o modelo consultivo seja o mais apropriado no momento para implementação dos cuidados paliativos na UTI, considerando que a Instituição possui uma

unidade especializada em cuidados paliativos e capital humano especializado. Neste modelo a equipe especializada pode ser acionada por meio de parecer entre os profissionais e dentre as diferentes categorias, e quando atua juntamente com as equipes de emergência, podem desempenhar papel fundamental no adequado processo de triagem dos pacientes, auxiliando nas possíveis indicações para uma UTI em tempo hábil, e nas tomadas de decisões de fim da vida.<sup>(10,17)</sup> Contudo, estratégias de médio e longo prazo podem ser pensadas e implementadas em concomitância, de modo a continuamente investir na integração entre os cuidados curativos e paliativos na UTI, já que esta integração se relaciona com melhor fluxo nos processos de gestão clínica e alta hospitalar responsável, com redução significativa das reinternações, diminuição dos encaminhamentos para a UTI, redução nos custos e maior qualidade na assistência.

Dentre as contradições e problemáticas na implantação do modelo de integração com base na consulta ao especialista, destaca-se que, muitos profissionais de saúde podem considerar não ser necessário este tipo de acionamento, à medida que consideram ser comum em suas práticas as medidas para conforto, e por isso, os cuidados paliativos acabam não sendo reconhecidos como especialidade.

Outra medida que pode facilitar o planejamento da assistência nesse contexto é o compartilhamento da tomada de decisão. A tomada de decisão compartilhada se baseia nas discussões abertas e honestas das razoáveis opções de tratamento. Isso implica em comunicação clara e constante, com vistas a estabelecer relação de confiança, especialmente, com os familiares. A comunicação falha cria falsas esperanças de cura, implicando na não aceitação dos limites terapêuticos e desencadeando processos de luto patológicos.<sup>(18)</sup>

Prognosticar é um desafio, acompanhado de dilemas em diversos domínios, como técnico, ético e legal. O déficit de conhecimento e/ou o desinteresse pelos cuidados paliativos, a relutância em aceitar que não se pode mais atuar em busca da cura, e a impotência diante da morte inevitável, são questões que influenciam a tomada de decisão, resultando em ocupações indevidas de leitos,

superlotações, práticas distanásicas, e mau uso de recursos financeiros na UTI.<sup>(6)</sup>

O receio das repercussões ético-legais em relação à tomada de decisão, especialmente do médico, interfere na implementação dos cuidados paliativos. O planejamento da assistência e a tomada de decisão são etapas complexas desse processo, diante da dificuldade de se estabelecer um consenso, e definir que cuidados deverão ser mantidos e que cuidados deverão ser suspensos, ou mesmo, não implementados, o que direciona para a necessidade de protocolos específicos.<sup>(19-21)</sup>

Foi considerada como limitação do estudo a dificuldade de disponibilidade de tempo dos profissionais para realização das entrevistas, que em algumas ocasiões foram interrompidas, interferindo no desencadeamento das ideias. Além disso, considerando tratar-se de uma pesquisa realizada em um único cenário, estudos futuros, que retratem outras especialidades, outros modelos de integração entre cuidados críticos e paliativos, bem como que viabilizem protocolos assistenciais, são fundamentais para aprofundar questões que se relacionam com a terminalidade da vida na UTI.

## Conclusão

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância dos cuidados paliativos, identificou-se um entendimento fragilizado, correlacionando-os apenas aos pacientes em franca terminalidade de vida. Não sobressaiu a preocupação em oferecer cuidados paliativos para continuidade do cuidado nos casos de alta da UTI, por exemplo, e houve enfoque no cuidado físico. Além disso, as dificuldades para triar, prognosticar, reconhecer o paciente em cuidados paliativos, compartilhar o processo de tomada de decisão entre equipe, planejar o cuidado de forma integral, aliadas aos temores de repercussões éticas e legais, em especial, recaídos sobre a classe médica, foram fatores intervenientes do ponto de vista negativo para realização dos cuidados paliativos na UTI oncológica. Destacam-se ainda, o déficit na formação do profissional sobre o tema, carências na

comunicação entre as equipes e para com os familiares, e opiniões divergentes em relação às condutas terapêuticas.

### Colaborações

Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM e Gaspar RB declaram que contribuíram concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

- Burlá C, Py L. [Palliative care: science and protection at the end of life]. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(6):1139-41. Portuguese.
- Pessini L. [Life and death in the ICU: ethics on the razor's edge]. *Rev Bioét*. 2016;24 (1):54-63. Portuguese.
- Silva RS, Pereira A, Mussi FC. [Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care]. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):40-6. Portuguese.
- Alcantara LS, Sant'Anna JL, Souza MG. [Illness and finitude: considerations about the interdisciplinary approach in the oncological Intensive Care Unit]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(9):2507-14. Portuguese.
- Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. [Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(9):2597-604. Portuguese.
- Baruzzi AC, Ikeoka DT. [End of life and palliative care in intensive care]. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(6):528-30. Portuguese.
- Morin E. *O homem e a morte*. 3a ed. Rio de Janeiro:Imago; 1997.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: LTDA; 2011.
- Picanço CM, Sadigursky D. [Nurses' view on artificial extension of life]. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(5):668-73. Portuguese.
- Coombs MA, Addington-Hall J, Long-Sutehall T. Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(5):519-27.
- Sawada NO, Nicolussi AC, Paula JM, Garcia-Caro MP, Marti-Garcia C, Cruz-Quintana F. [Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2688. Portuguese.
- Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, Koulouris NG, Koutsoukou A. Critically ill cancer patient in intensive care unit: Issues that arise. *J Crit Care*. 2014; 29(5):817-22.
- Torres VB, Soares M. [Patients with hematological malignancies admitted to intensive care units: new challenges for the intensivists]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(3):193-5. Portuguese.
- Arantes AC. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016.
- Baker M, Luce J, Bosslet GT. Integration of palliative care services in the Intensive Care Unit: a roadmap for overcoming barriers. *Clin Chest Med*. 2015; 36(3):441-8.
- Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014; 42(11):2418-28.
- Walker KA, Mayo RL, Camire LM, Kearney CD. Effectiveness of integration of palliative medicine specialist services into the intensive care unit of a community teaching hospital. *J Palliat Med*. 2013; 16(10):1237-41.
- Pattison N, O'Gara G, Wigmore T. Negotiating transitions: involvement of critical care outreach teams in end-of-life decision making. *Am J Crit Care*. 2015; 24(3):232-40.
- Mendonça AC, Moreira MC, Carvalho V. [Cancer palliative care in an intensive care unit: a scientific production study of nursing]. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(4):817-23. Portuguese.
- Vicensi MC. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. *Rev Bioet*. 2016; 24(1):64-72. Portuguese.
- Santos EC, Oliveira IC, Feijão AR. [Validation of a Nursing care protocol for patients undergoing Palliative care]. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(4):363-73. Portuguese.