

ESTUDO DE EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: REVISÃO OBSERVATÓRIA

Francis Túlhio Ventura Eleutério ¹, Isadora Soares Neves Miranda ², Shirley Thaynáh Figueirêdo de Paiva Rodrigues ³, Alyne Vasconcelos de Oliveira ⁴, Evellyn de Cássia Martins Rodrigues ⁵, Eduarda de Moura Oliveira ⁶, Rebecca Bergamelli Nemitz ⁷, Lucas Picoi de Lima ⁸, Isadora Soares Neves Miranda ⁹, Rafael Noletto Leao ¹⁰, Lara Emanuely Resende Coelho ¹¹, Leandro Pavanello ¹²

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

As atividades de cuidados em unidades de terapia intensiva e em pacientes oncológicos são guiadas pela humanização dos cuidados e contribuem para o gerenciamento hospitalar, visto como um desafio a ser enfrentado para promover avanços na implementação da política de saúde no Brasil. Dessa maneira, é viável analisar neste estudo uma reflexão sobre a humanização da assistência fornecida ao paciente em estado crítico, as estratégias de humanização e cuidado na UTI e em pacientes sob cuidados paliativos, visando identificar melhorias no cuidado ao paciente crítico de maneira humanizada. O objetivo deste estudo é identificar através de revisões de literatura, as intervenções dos profissionais de enfermagem na assistência ao paciente em cuidados paliativos na área da oncologia pediátrica. A metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica, baseada em artigos disponíveis na internet. No Brasil, persistem diversos problemas nas instituições de saúde no dia a dia, que estão enraizados no sistema e dificultam a conquista dos princípios de universalidade, abrangência e equidade, que são fundamentais no Sistema Único de Saúde (SUS). Para trabalhar na Unidade de Oncologia e fornecer cuidados paliativos, o enfermeiro deve possuir uma formação especializada e qualificada, incluindo a experiência adquirida ao longo da carreira, além do desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: cuidados na oncologia, cuidados paliativos, qualidade de vida.

ABSTRACT

Care activities in intensive care units and for cancer patients are guided by the humanization of care and contribute to hospital management, seen as a challenge to be faced in order to promote advances in the implementation of health policy in Brazil. In this way, it is feasible to analyze in this study a reflection on the humanization of care provided to critically ill patients, the strategies of humanization and care in the ICU and in patients under palliative care, in order to identify improvements in the care of critically ill patients in a humanized way. The aim of this study is to identify, through literature reviews, the interventions of nursing professionals in assisting patients in palliative care in the area of pediatric oncology. The methodology used is bibliographical research, based on articles available on the internet. In Brazil, a number of problems persist in health institutions on a daily basis, which are rooted in the system and make it difficult to achieve the principles of universality, comprehensiveness and equity, which are fundamental to the Unified Health System (SUS). In order to work in the Oncology Unit and provide palliative care, nurses must have specialized and qualified training, including experience acquired throughout their careers, as well as personal and professional development.

Keywords: oncology care, palliative care, quality of life.

Instituição afiliada –1 Universidade Estadual de Montes Claros –Unimontes-MG;
2 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH – MG;
3 Universidade Brasil - UB – SP;
4 Faculdade Santa Rita de Cássia – IFASC- GO;
5 Universidade Federal do Pará- UFPA;
6 Faculdade Estácio de Sá de Goiás-FESGO;
7 Universidade Nove de Julho- UNINOVE- SP;
8 Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE;
9 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH) – MG;
10 Unitpac-TO;
11 Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
12 Universidade Cidade de São Paulo – UNICID (ORIENTADOR)

Dados da publicação: Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.40>

Autor correspondente: Francis Túlhio Ventura Eleutério

1 INTRODUÇÃO

Compreende-se por ambiente hospitalar, o espaço físico e territorial ocupado por profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, formados em diversas especialidades, dedicados ao atendimento de indivíduos e suas variadas necessidades (SIQUEIRA, 2008).

O câncer continua sendo uma das principais causas de óbito em crianças com mais de 1 ano de idade, apesar dos avanços significativos alcançados em seu tratamento ao longo das últimas décadas (PRUSAKOWSKI *et al.*, 2017; GAUNT *et al.*, 2019).

A ocupação de um leito de UTI, destinado a salvar vidas viáveis, por um paciente em seus momentos derradeiros, enquanto outros aguardam frequentemente em corredores de hospitais ou transitam em ambulâncias. O paciente que necessita de uma unidade de tratamento intensivo é aquele que demanda monitorização contínua de seus sinais vitais, do estado hemodinâmico e da função respiratória (GUIMARÃES, 2009).

Situações graves de emergência podem surgir em qualquer estágio da doença: antes do diagnóstico inicial, após o diagnóstico e durante o tratamento, além de ocorrerem nos casos de cuidados paliativos. Consequentemente, os pacientes recorrem ao Serviço de Emergência (SE), apresentando condições que, embora não sejam comuns, possuem alta taxa de mortalidade, apesar dos avanços no tratamento (STEPHANOS *et al.*, 2021).

De acordo com Augusto e Noda (2008), a criança é um ser biopsicossocial em crescimento e desenvolvimento e, como tal, deve ser atendida em toda a sua individualidade, nas suas necessidades básicas de: nutrição, educação, socialização, afetividade. Durante o processo de desenvolvimento e crescimento, a criança está sujeita a apresentar afecções patológicas, que necessitam de uma hospitalização.

O paciente em estágio terminal de enfermidade, do ponto de vista médico, é aquele que, na progressão de sua doença, é intratável ou incapaz de ter sua vida prolongada, mesmo com a disponibilidade de recursos, estando, portanto, em um processo de morte inevitável (FRANÇA, 1995; MARINELI, 2013).

De acordo com Silva e Mendonça (2011), muitos médicos vivenciam um dilema ético ao enfrentar o direito do paciente de ser informado sobre sua doença, com alguns adiando ao máximo a comunicação dessa verdade. A submissão aos aparatos médicos ou às ordens médicas sob a premissa de que "o Doutor sempre sabe o que é melhor, me disse que devo, obedeço" evidencia uma falta de responsabilidade pessoal, delegando ao "doutor e seus dispositivos" a responsabilidade em situações de gravidade e terminalidade (GONÇALVES, 2009).

Além disso, devido à especificidade dessas complicações em pacientes pediátricos com câncer, nem sempre são prontamente reconhecidas durante o atendimento inicial no SE,

especialmente se o centro médico não for especializado nessa área (GAUNT *et al.*, 2019).

Portanto, é crucial que a equipe médica do SE esteja devidamente capacitada para identificar e gerenciar essas condições de forma ágil, visando aprimorar o cuidado desses pacientes e seu prognóstico diante do câncer (PRUSAKOWSKI *et al.*, 2017; GAUNT *et al.*, 2019; KATO, 2019).

A incumbência dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, é proporcionar ao paciente uma expectativa de vida, ainda que esta seja limitada. Para tal, é necessário um conhecimento profundo tanto técnico quanto pessoal do paciente, respeitando sua história e, assim, influenciando positivamente a autoconfiança e a beneficência do paciente pediátrico (THOMPSON *et al.*, 2006).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi destacar os principais tipos de emergências oncológicas no contexto pediátrico, identificando através de revisões de literatura, ações dos profissionais de saúde na assistência com o paciente em cuidados paliativos na oncologia pediátrica.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, contemplando artigos publicados na última década, com pesquisas realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, SciELO, Google Acadêmico, além de livros, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Cuidados Paliativos”, “Criança e a Família”, “Cuidar” e “Terminal”, combinado com o operador booleano “AND”: “*Child*” e “*Neoplasms*”.

Como resultado, o estudo foi feito entre os meses de fevereiro a junho de 2024, foram achados 40 artigos. Como critérios de inclusão adotou-se artigos originais e/ou revisões bibliográficas, conteúdo conciso, com foco no manejo de casos emergenciais em pacientes pediátricos oncológicos e escritos em idioma inglês. Para os critérios de exclusão foram elencados os seguintes itens: casos emergenciais de etiologia traumática, ênfase no cuidado emergencial de pacientes adultos. Após leitura e interpretação criteriosa dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 25 fontes foram selecionados para análise e estudo.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

O conceito de assistência paliativa envolve uma abordagem ético-filosófica por parte da

equipe de saúde, requerendo um modelo assistencial com uma dimensão técnica ampla, além das dimensões emocional, espiritual e de suporte familiar. Isso permite compreender as diversas manifestações de sentimentos e oferecer suporte no enfrentamento da fase terminal (ZOBOLI, 2009).

Para facilitar o diagnóstico rápido dos pacientes, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca das condições emergências mais frequentes e mais graves em pacientes pediátricos com câncer. Dessa maneira, foram encontradas as principais complicações emergenciais em pacientes pediátricos e quais artigos discutiram cada uma dessas emergências. De forma a destacar os casos que têm sido mais citados, a tabela foi organizada listando-se, inicialmente, as complicações (STEPHANOS *et al.*, 2021).

O paciente pediátrico requer, em sua natureza de desenvolvimento infantil, um atendimento diferenciado e especializado. E, neste contexto, ainda dentro da complexidade oncológica, treinamentos de equipe profissional devem ser considerados de suma importância, especialmente em centros não especializados no tratamento do câncer (MUELLER *et al.*, 2020).

A proximidade da equipe com o paciente possibilita o estabelecimento de vínculos que conferem habilidades através das quais podem orientar o cliente no exercício de sua autonomia. A autonomia proporciona ao paciente a capacidade de tomar suas próprias decisões, assumindo uma posição ativa junto ao médico e enfermeiro na discussão sobre seu tratamento (GASPAR, 2008).

Segundo Noda (2008) no Brasil há obstáculos em relação aos cuidados paliativos em crianças com câncer na UTI pediátrica dos hospitais, os quais necessitam ser transpostos para facilitar a comunicação e a atuação da equipe de enfermagem no bem-estar dos familiares e pacientes com doenças ameaçadoras da vida e sem expectativa de recuperação, dado que aproximadamente 6 milhões de crianças morrem anualmente devido a essa condição em todo o mundo (DIAS, 2012).

Barros (2007) enfatiza que a relevância de compreender os procedimentos envolvidos no cuidado ao paciente além das possibilidades terapêuticas, promove uma prática reflexiva e, conseqüentemente, assegura uma assistência humanizada. Os cuidados paliativos são integrados à enfermagem, e os pacientes em estágio terminal demandam do enfermeiro conhecimentos específicos sobre: gestão da dor, utilização de analgésicos, manifestações clínicas típicas da fase final de diversas doenças, comunicação eficaz com o paciente, além de competências em trabalho em equipe, revisão e estudo de artigos e livros pertinentes ao tema, e ainda a reflexão sobre o significado da morte e da terminalidade conforme descrito na literatura revisada (SIQUEIRA, 2008).

Existe a necessidade de uma intervenção mais intensiva na capacitação da equipe multidisciplinar frente a essas circunstâncias, ou seja, sua preparação para enfrentar essas situações que também podem, ao longo do tempo, afetar a saúde desses profissionais entre aspectos físicos e psicológicos. Diante dessa realidade, esses assumem papel crucial nos cuidados paliativos a crianças terminais em unidades de terapia intensiva pediátrica (BARROS, 2007).

Conforme França e Marineli (2013) possivelmente devido à natureza delicada desse tema, por envolver a morte, ou até mesmo por ser um campo de conhecimento relativamente novo, restrito aos profissionais que atuam em UTIs e emergências, os enfermeiros, principalmente, com tempo limitado não têm acesso a oportunidades mais amplas para um conhecimento profundo sobre esse assunto.

Conforme Teixeira (2010), diversos são os desafios e questões críticas, incluindo a insuficiência de recursos humanos para atender e satisfazer as necessidades do paciente e de sua família; a falta de uma rede nacional que coordene intervenções médicas prolongadas e persistentes em contraste com uma abordagem voltada para o alívio do sofrimento do paciente; a ausência de uma estrutura de apoio domiciliar.

Segundo Guimarães (2009), o fato de que os cuidados no fim da vida não recebem prioridade dos gestores de políticas de saúde, apesar dos desafios existentes conforme a literatura, especialmente no que diz respeito a investimentos significativos na área da saúde, programas de formação especializada para enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e toda a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado de crianças com câncer em unidades de terapia intensiva.

As questões relacionadas à fase terminal da vida e ao processo de morte são temas de análise nos domínios da saúde, filosofia, antropologia e sociologia. Há um consenso entre estudiosos de que não se deve prolongar a vida biológica de forma obstinada a qualquer custo, se isso resultar em aumento da dor e sofrimento para o paciente, e especialmente na perda de autoestima e dignidade (ZOBOLI, 2009).

A organização da assistência na atenção primária à saúde implica na estruturação do trabalho de toda a equipe de profissionais que operam nesse nível de complexidade assistencial (GARCIA e EGRY, 2010).

Essa estruturação deve ser vista dentro de um contexto de processo de trabalho que sirva como elo integrador entre os diversos serviços de saúde, em um sistema organizacional que englobe a equipe de profissionais e os usuários, restaurando valores e reconhecimento ao trabalho (BARROS, 2009).

Conforme Garcia e Egry (2010), dada toda a complexidade envolvida na sistematização, é crucial manter o foco no cuidado em saúde, garantindo a resposta às necessidades e problemas de saúde que as pessoas e comunidades não conseguem resolver por si mesmas.

Assim, é essencial que a administração do cuidado seja orientada conforme os princípios da abrangência, da recepção, do elo, de modo a assegurar a continuidade do cuidado, totalidade da atenção, da responsabilização, da humanização, justiça e envolvimento social no cuidado (CARVALHO, 2009).

Diante dessa complexidade, a incorporação dos conceitos na prática representa um desafio para os profissionais que trabalham nessa área de atenção, porém torna-se viável quando se integram conhecimentos provenientes das teorias de enfermagem e da atenção primária (BARROS, 2007).

Conforme Augusto Noda (2008), as pessoas buscam os hospitais com o intuito de prevenção e recuperação de sua saúde, esperando receber um atendimento satisfatório, profissional e empático nesses ambientes, especialmente em unidades de terapia intensiva.

Em resumo, as práticas de assistência humanizada concentram-se não apenas na recuperação e cura de pacientes em estado crítico, mas também em seu bem-estar integral, dedicando atenção para ouvir e considerar seus aspectos emocionais, psicológicos e afetivos (SOUZA e FERREIRA, 2010).

Os profissionais têm sua dignidade e condições humanas respeitadas, com reconhecimento e valorização de seu trabalho. Com essas garantias, a qualidade e o cuidado humanizado tornam-se indubitavelmente possíveis (PEREIRA, 2012).

A utilização de um leito de UTI, cuja prioridade é resgatar vidas recuperáveis, por um paciente em seus momentos terminais, enquanto outro frequentemente espera em corredores de hospitais ou em ambulâncias. O paciente que necessita de uma unidade de cuidados intensivos é aquele que requer vigilância constante de seus sinais vitais, do estado hemodinâmico e da função respiratória (GUIMARÃES, 2009).

A sistematização da assistência na atenção primária à saúde exige a organização do trabalho de toda a equipe de profissionais que operam nesse nível de complexidade assistencial (GARCIA e NÓBREGA, 2010).

Essa organização deve ser entendida no contexto de um processo de trabalho que funcione como um eixo integrador dos diversos serviços de saúde, formando um sistema organizacional que envolva tanto a equipe de profissionais quanto os usuários, restaurando valores e reconhecimento do trabalho (BARROS, 2007).

Portanto, é fundamental que a gestão do cuidado seja guiada pelos princípios da

universalidade, do acolhimento, do vínculo, assegurando assim a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social no cuidado (CARVALHO, 2009).

Conforme Teixeira (2010), existem muitos problemas e desafios, destacando-se, entre outros, a escassez de recursos humanos para atender e responder às necessidades dos pacientes e suas famílias; a ausência de uma rede nacional que coordene intervenções médicas prolongadas e persistentes em vez de uma abordagem que alivie o sofrimento do paciente; e a carência de uma rede de suporte domiciliar.

Segundo Guimarães (2009), o fato de que os cuidados no fim da vida não são uma prioridade para os gestores de políticas de saúde, apesar dos problemas existentes conforme a literatura, é preocupante, especialmente no que se refere a investimentos substanciais na área da saúde, cursos especializados para enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e toda a equipe multidisciplinar envolvida no atendimento em UTIs.

Cuidar é muito mais do que uma tarefa ou ocupação; é uma ação que não se desenvolve sem compromisso ou envolvimento com alguém, seja um indivíduo doente ou necessitado. A prática humanizada do cuidado implica estar presente, comprometer-se e importar-se genuinamente. Pressupõe uma postura solidária, que se distingue da compaixão, pois esta se preocupa em fazer pelo outro aquilo que julgamos ser sua necessidade, enquanto a solidariedade busca fazer com o outro aquilo de que necessita segundo sua própria percepção (SAUPE, 1998).

Para contribuir na busca por um cuidado humanizado na enfermagem, é essencial respeitar e adotar como prática profissional a reflexão (KATO, 2019).

Silva destaca ainda que, apesar das inúmeras limitações impostas pelo império da razão à compreensão e à ação do cuidado, ainda é possível considerá-lo como um "fenômeno complexo e plural, que se concretiza em um contexto específico através dos mais diversificados significados". Para ser desenvolvido com qualidade, o cuidado necessita englobar, pelo menos, as dimensões afetiva/expressiva e técnica/instrumental.

Os cuidados voltados para a humanização do paciente em UTI envolvem os serviços prestados pela equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, religiosos e assistentes sociais, no leito de morte do paciente, respeitando suas crenças e culturas em geral (SOUZA e FERREIRA, 2010).

A existência de dor relacionada ao câncer é uma preocupação não apenas para os pacientes com câncer e seus familiares, mas também para os profissionais de saúde que cuidam deles. A dor oncológica afeta entre 51% e 70% dos pacientes em diferentes estágios da doença, sendo ainda mais prevalente, entre 70% e 90%, em casos de neoplasias avançadas. Dores mais

intensas têm um impacto significativo na capacidade dos pacientes realizarem suas atividades diárias, prejudicando diretamente sua qualidade de vida, o que requer medidas eficazes para seu controle.

A questão da dor relacionada ao câncer é séria e requer uma abordagem eficaz por parte dos profissionais de saúde. Para isso, é crucial possuir conhecimento sobre os mecanismos fisiopatológicos, aspectos psicossociais e emocionais associados à dor (PIMENTA, 2000).

A incidência de câncer globalmente aumentou 20% na última década. Esse impacto é mais evidente em países de média e baixa renda", como explicado por Marcell de Oliveira, da Divisão de Vigilância e Análise de Situação, da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA. O câncer de intestino está se tornando mais prevalente, assim como em países desenvolvidos, enquanto regiões continuam enfrentando altas incidências de cânceres relacionados a infecções, como colo do útero e estômago (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No organismo, existem terminações nervosas que respondem a alterações nas suas proximidades. Sinais são enviados pelos nervos ao cérebro, que processa as informações sensoriais. O câncer pode causar dor ao invadir ossos, músculos ou vasos sanguíneos, podendo surgir quando o tumor comprime nervos e vasos sanguíneos (GUIMARÃES, 2009).

A dor pode apresentar diversas dimensões que vão além da explicação física. Quanto mais prolongada, maior o sofrimento, podendo causar ansiedade, depressão ou irritação. Afeta a dignidade pessoal e as relações com amigos e familiares. É uma experiência única para cada indivíduo (FIGUEIREDO, 2010).

Entre todos os sintomas que um paciente com câncer pode enfrentar, a dor é a mais temida. Menos de um terço dos pacientes sentem dor no momento do diagnóstico, mas dois terços dos casos diagnosticados em estágio avançado experimentam dor de intensidade moderada a severa (HANDA *et al.*, 2019).

A dor física e psicológica estão interligadas, destacando a importância de uma abordagem integral para pacientes com dor oncológica. Embora a tecnologia busque diagnosticar neoplasias precocemente e desenvolver novos tratamentos antineoplásicos, técnicas de radioterapia e cirurgias para o câncer, ainda se observa pouca ênfase no controle adequado da dor (NODA, 2008).

A dor relacionada ao câncer se divide em duas formas principais: a dor nociceptiva, que resulta de danos nos tecidos do corpo e é descrita como aguda, dolorosa ou latejante, podendo ser causada pela disseminação do câncer para ossos, músculos ou articulações, ou pela compressão de órgãos ou vasos sanguíneos (PEREIRA, 2011).

Por outro lado, a dor neuropática é provocada por lesões nos nervos, frequentemente

descrita como queimação, sensação de peso ou dormência, podendo ser causada por um tumor que comprime um nervo ou grupo de nervos.

Os Cuidados Paliativos representam uma abordagem integral oferecida a pacientes e familiares diante de doenças graves. Seu objetivo é proporcionar tratamento eficaz para sintomas de desconforto decorrentes da doença ou do tratamento. Por ser um cuidado abrangente, requer uma equipe de profissionais de saúde qualificados para lidar com sintomas como dor, fadiga, cansaço e outros que possam causar sofrimento e impactar negativamente a qualidade de vida. À medida que a doença avança, aumenta a necessidade dos Cuidados Paliativos, cujo foco principal é o conforto e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (GONÇALVES, 2009).

4 CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento deste estudo, tornou-se evidente a importância do crescimento profissional e da formação acadêmica em relação aos cuidados humanizados na oncologia e na UTI pediátrica. A operacionalização da equipe multidisciplinar pode ser aprimorada por meio de ensino teórico-prático durante o curso de graduação em enfermagem, integrando aspectos do cuidado psicológico e espiritual com o cuidado físico. Destaca-se a necessidade fundamental de preparar os profissionais da equipe de enfermagem para lidar com crianças e familiares em cuidados paliativos. O afeto, a comunicação e o acompanhamento dependem da colaboração de uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros.

A equipe multidisciplinar é uma profissão na qual o foco na qualidade de vida é constante, pois abrange diversas classes sociais e considera os sentimentos individuais. Existe, portanto, uma necessidade de redefinir funções e reavaliar os valores profissionais tradicionais. Cuidar, nesse contexto, vai além de uma simples tarefa ou ocupação mecânica em relação a indivíduos doentes ou necessitados. A prática humanizada do cuidado implica estar presente, comprometido e envolvido. Envolve uma postura solidária que se distingue da compaixão ao se preocupar em atender às necessidades do outro conforme sua própria percepção e necessidade de solidariedade.

Na oncologia pediátrica, enfrentar aspectos desafiadores e dolorosos envolve aprender

a aceitar e lidar com a morte iminente da criança. Isso requer que o profissional vivencie um conjunto de experiências pessoais e valores que promovam um cuidado humanizado, visando aliviar o sofrimento do paciente e de sua família, assegurando uma passagem digna no momento final.

Pode-se deduzir que o cuidado humanizado não apenas se distingue, mas é essencialmente diferente do que é denominado "cuidado de enfermagem", o qual muitas vezes se limita à aplicação de técnicas e procedimentos sem a presença, a preocupação e a responsabilidade genuína pelo outro.

5 REFERÊNCIAS

BARROS, D. G. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm - USP**, n.41,793-798, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/nRGmXg7NhHDzXvXtpRhzfps/#>. Acesso em: 28 de maio. 2024.

BRASIL- **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2018>. Acesso em: 19 de maio. 2024.

CARVALHO, M.W.A. Catálogo CIPE® para dor oncológica, f.89. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, 2009. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=169955. Acesso em: 03 de setembro. 2024.

DIAS, R.O **Direito fundamental á morte digna: uma visão constitucional da eutanásia**. Belo Horizonte: Fórum, 2012, 239 p.

FIGUEIREDO, N. M. (2010). **Enfermagem: Cuidando em emergência**. São caetano do sul: Yendis. 2010. 256p.

FRANÇA, G.V. in MARINELI, R. A Declaração de Vontade do Paciente Terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do CFM. **JusNavigandi**, Teresina, ano18, n.3774, 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25636/a-declaracao-de-vontade-do-paciente-terminal/3?secure=true>. Acesso em: 07 de fevereiro. 2024.

GAUNT, T.; D'ARCO, F.; SMETS, A. M.; McHUGH, K.; SHELMERDINE, S. C. Emergency imaging in paediatric oncology: a pictorial review. **Insights into Imaging**, v. 10, n. 1, p. 120, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853747/>. Acesso em: 27 de fevereiro.

2024.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Inventário vocabular resultante do Projeto CIPESC CIEABEn. In: GARCIA, Telma Ribeiro; Egry, Emiko Yoshikawa. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: **Artmed**, p. 192-317, 2010. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001813145>. Acesso em: 04 de janeiro. 2024.

GUIMARÃES, H. P. **Guia Prático de UTI da AMIB**. v. 1. Atheneu. São Paulo, 2009. 1904p.

MUELLER, E. L.; COCHRANE, A. R.; MOORE, C. M.; JENKINS, K. B.; BAUER, N. S.; WIEHE, S. E. Assessing needs and experiences of preparing for medical emergencies among children with cancer and their caregivers. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, v. 42, n. 8, p. e723-e729, 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2011-1.pdf>. Acesso em: 20 de abril. 2024.

HANDA, A.; et al. **Pediatric oncologic emergencies: clinical and imaging review for pediatricians**. *Pediatrics International*, v. 61, n. 2, p. 122-139, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ped.13755>. Acesso em: 21 de junho. 2024.

KATO, M. **How to manage pediatric oncologic emergencies: Imaging diagnosis**. *Pediatrics International*, v. 61, n. 2, p. 121-121, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30809880/>. Acesso em: 06 de março. 2024.

NODA, A. M. **Enfermeira pediátrica em terapia intensiva**. São Paulo, Sarvier, 3ª ed. 2008.

PIMENTA, C.A.M. **Dor: manual clínico de enfermagem**. São Paulo: EEUSP; 2000.

PEREIRA, M. M. S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **CuidArte Enferm**. v. 6, n. 2, p. 101- 108, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23989>. Acesso em: 05 de junho. 2024.

PRUSAKOWSKI, M. K.; CANNONE, D. Pediatric oncologic emergencies. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v. 31, n. 6, p. 959-980, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29078932/>. Acesso em: 10 de janeiro. 2024.

SAUPE, R. Org. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: editora da UFSC, 1998.

SALOUM, N.H. A morte no contexto hospitalar : as equipes de animação cardíaca. **Rev Latino am Enferm**. n.5, v.7, p.20-109, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YpGXj8sjkg55tbtfTjZ6ZTG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de maio. 2024.

SIQUEIRA, J.E. Arte perdida de cuidar. **Revista Bioética** n.2, v.10, p.89-106. CFM, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852008.pdf>. Acesso em: 14 de março. 2024.

STEPHANOS, K.; PICARD, L. Pediatric oncologic emergencies. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 36, n. 3, p. 527-535, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037439/>. Acesso em: 05 de abril. 2024.

SILVA, L. C.; MENDONÇA, A. R. A. A terminalidade da vida e o médico: as implicações bioéticas da relação médico-paciente terminal. **Geriatrics & Gerontologia**, v.5 n.1, p.24-30, 2011. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2011-1.pdf>. Acesso em: 04 de maio. 2024.

SOUZA, K. M. O., FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VsT64JyztNqythw5hNvfwK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 de abril. 2024.

TEIXEIRA, G. V. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem Saúde Coletiva. **Redalyc** v.38, n.7,p. 61-66, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212375006>. Acesso em: 28 de março. 2024.

THOMPSON G, MCCLEMENT S, DAENINCK P. Nurse's perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward., **Journal of advanced nursing**, n.2, v.53, p.169-177, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422715/>. Acesso em: 04 de fevereiro. 2024.

ZOBOLI, E. Bioética: um instrumento pela vida. **Revista Coren -SP**, v. 70, p. 20-25, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2616561/mod_resource/content/1/ARTIGO_REV_MED_ICINA_revisao_terminalidade_de_vida.pdf. Acesso em: 08 de março. 2024.