

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gisele de Oliveira Mourão Holanda¹

Isabel Pires Barra²

Maria Alzira Rego Pinheiro³

Sarah Valentina Cruz da Silva⁴

Ana Elza Oliveira de Mendonça⁵

RESUMO

Objetivou-se no presente estudo relatar a experiência de estudantes da graduação durante a aplicação do Processo de Enfermagem, no cuidado clínico a um idoso em cuidados paliativos por colangiocarcinoma. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado por discentes de graduação em enfermagem no mês de outubro de 2018. Para a coleta de dados utilizou-se o registro diário das atividades desenvolvidas durante a aplicação do Processo de Enfermagem a um idoso hospitalizado em cuidados paliativos. O colangiocarcinoma é um tumor maligno, originado no epitélio dos ductos biliares, mais frequente em homens após os 60 anos de idade. Entre os fatores de risco estão a colangite esclerosante primária, cistos dos ductos biliares, hepatolitíase, infecções parasitárias e toxinas, além de cirrose hepática, diabetes mellitus, hepatite crônica, obesidade, tabagismo e etilismo. Com base na anamnese e exame físico, foi estabelecido como diagnóstico de enfermagem prioritário a dor crônica e o planejamento das intervenções tiveram como foco reduzir os sintomas e proporcionar conforto ao idoso em seu processo de terminalidade. Este estudo possibilitou aplicar o processo de enfermagem ao idoso e ampliar os conhecimentos dos discentes sobre cuidados paliativos.

Palavras-chave: Colangiocarcinoma, Cuidados paliativos, Idoso, Processo de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Colangiocarcinoma (CCA) é um tumor maligno, originado no epitélio dos ductos biliares, em qualquer nível, desde os canalículos intra-hepáticos, até a ampola de Vater. É uma neoplasia pouco frequente, e representa cerca de 2% dos tumores malignos diagnosticados. Surgem, geralmente, após 60 anos de idade e são discretamente mais comuns

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, gisele.mouraoh@gmail.com;

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, barraisa20@gmail.com;

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, mariaalzirarp@gmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, sarahvalentinacruzsilva19@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Pós-Doutoranda PNPd da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, anaelzaufnrn@gmail.com

em indivíduos do sexo masculino. O CCA pode ser diferenciado em: intra-hepático, peri-hilar, extra-hepático ou multifocal (SAN JUAN, 2008; SOUZA, 2012).

Os tumores extra-hepáticos podem ser sub classificados em terço superior da via biliar, compreendendo o ducto hepático comum, confluência hilar e ducto hepático direito e esquerdo; do terço médio, indo a partir do ducto colédoco até a borda superior do duodeno; e o terço médio inferior, que vai do traçado imaginário acima do duodeno até a ampola de Vater. Ou seja, os tumores extra-hepáticos são aqueles que surgem desde o ducto hepático comum, junção dos ductos hepáticos ou ducto biliar, também chamados de colangiocarcinomas distais e peri-hilares ou tumor de Klatskin (GOMES, 2018).

Alguns fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de CCA são: colangite esclerosante primária, cistos dos ductos biliares, hepatolitíase, infecções parasitárias e toxinas. Outros fatores associados incluem cirrose hepática, diabetes mellitus, hepatite crônica, obesidade, tabagismo e etilismo (GOMES, 2018; SANTOS, 2019).

Em geral, os sintomas do CCA só se tornam perceptíveis quando ocorre a obstrução das vias biliares, em decorrência do crescimento do tumor, o que provoca icterícia, devido ao acúmulo de bilirrubina no sangue, e está associada a prurido, dor abdominal, perda de peso e febre. A obstrução das vias biliares pode acarretar ainda acolia fecal e colúria. Cabe ressaltar que a dor no hipocôndrio direito é o sintoma mais comum de neoplasia de vesícula, porém, não é comum no CCA. Para fechar o diagnóstico, faz-se necessário a investigação de sinais e sintomas associados e exames de imagem. O diagnóstico definitivo é obtido mediante biópsia (RIECHELMANN, 2018).

Para definição das condutas para tratamento do CCA, é utilizado o parâmetro de estadiamento do tumor. Neste caso, são utilizadas informações referentes ao tamanho da massa, se existem linfonodos acometidos e se há metástase, seguindo a Classificação Clínica TNM para tumor das vias biliares extra-hepáticas, do Código Internacional de Doenças (CID-10). Nesta classificação, o “T” significa tumor primário, tendo como parâmetros: TX, quando o tumor primário não pode ser avaliado; T0, quando não há evidências de tumor primário; Tis, que indica carcinoma *in situ*; T1, tumor confinado ao ducto biliar; T2, quando há invasão além da parede do ducto biliar; T3, quando há invasão do fígado, vesícula biliar, pâncreas e/ou veia porta (direita ou esquerda) ou artéria hepática (direita ou esquerda); e T4 quando o tumor invade veia porta principal, ou tributárias bilateralmente, artéria hepática comum, além de estruturas como cólon, estômago, duodeno e parede abdominal. O “N” indica os linfonodos regionais, sendo NX quando estes não podem ser avaliados; N0 quando há

ausência de metástase nos linfonodos regionais, N1 quando há presença de metástase. Já o “M” indica metástase à distância, sendo: MX quando a não é possível identificar, M0 indica a ausência de metástase e M1 aponta metástase à distância (BRASIL, 2004).

A conduta médica escolhida para o tratamento do CCA varia de acordo com o estadiamento. É este parâmetro que irá guiar a escolha por uma abordagem conservadora ou, até mesmo, a colescistectomia radical, com ressecção de tecido hepático e linfonodos regionais. Independente da abordagem terapêutica adotada, observa-se que de forma geral, a sobrevida dos pacientes com esta enfermidade é pequena e varia de acordo com o local de invasão, presença de metástase peritoneal e grau de estadiamento. Quando há possibilidade de ressecção curativa, cerca de 60 a 80% dos indivíduos acometidos pelo CCA têm sobrevida de até cinco anos. Quando o estadiamento é avançado e o paciente encontra-se fora de possibilidade terapêutica, os cuidados paliativos são iniciados, visando a qualidade de vida dos indivíduos (ANCP, 2012; GOMES, 2018; SANTOS, 2019).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), os cuidados paliativos (CP) são caracterizados pela terapêutica focada na qualidade de vida daqueles indivíduos sem possibilidade de cura (WHO and WPCA, 2014). Este cuidado é realizado de forma integrada, compreendendo equipe multiprofissional de saúde, preparada para lidar com o processo de terminalidade. Dentre estes profissionais, destaca-se a equipe de enfermagem, responsável por dar assistência 24 horas por dia aos enfermos (COSTA, 2016).

Lidar com o processo de terminalidade ainda é um momento delicado para os profissionais da área da saúde, principalmente para a equipe de enfermagem, que realiza o acompanhamento contínuo e direto aos pacientes. A complexidade da assistência necessária às pessoas em cuidados paliativos ainda é uma barreira aos profissionais, visto que, a formação acadêmica não prepara os discentes para este momento, dificultando a capacitação para atuação nessa área.

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 358/2009, os enfermeiros devem implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta é uma ferramenta que baseia o cuidado prestado por estes profissionais, pois viabiliza a organização do trabalho, possibilitando a implantação do Processo de Enfermagem (PE), que é a metodologia do trabalho do enfermeiro na assistência à saúde, otimizando o raciocínio clínico, diagnósticos, resultados e intervenções. É dividido em cinco etapas: histórico do paciente (anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação. “O PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os

ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (COFEN, 2009).

A assistência prestada deve se basear em teorias científicas que norteiam o cuidado prestado ao paciente sob os cuidados de enfermagem, dessa forma, torna-se relevante a realização deste estudo, cujo enfoque é a aplicação do processo de enfermagem em cuidados paliativos. A aplicação da SAE possibilita a implementação do cuidado individualizado, garantindo a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão em seu processo de cuidar.

Este estudo objetivou relatar a experiência de estudantes da graduação durante a aplicação do Processo de Enfermagem, no cuidado clínico de um paciente idoso em cuidados paliativos por colangiocarcinoma.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no mês de outubro de 2018, na Enfermaria Oncológica de um hospital de ensino no Nordeste do Brasil. A vivência se deu durante o estágio curricular da disciplina Atenção Integral à Saúde do Adulto I, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Os dados foram coletados por meio de instrumento padrão da disciplina, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, dados do prontuário do paciente referentes às evoluções médicas e de enfermagem, prescrições e avaliações de equipe multidisciplinar e resultados de exames.

Para nortear o cuidado ao paciente nos últimos momentos de vida, foi utilizada a Teoria do Cuidado Transpessoal. Após a realização do histórico de enfermagem e exame físico do paciente, foi aplicado o Processo de Enfermagem, em suas cinco etapas e inferidos diagnósticos prioritários para direcionar o cuidado. Para aplicação do processo de enfermagem foram utilizadas as taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento do PE deve ser baseado em uma teoria de enfermagem. Estas podem ser definidas como um grupo de ideias, conceitos e conhecimentos que guiam o

profissional para compreensão de determinado fenômeno, revelando a enfermagem como ciência, pesquisa, assistência e que deve ser baseada em evidências.

Segundo Camacho e Joaquim (2017), a brasileira Wanda de Aguiar Horta desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Na qual os indivíduos se encontram em constante dinâmica com o universo, vivenciando fases de equilíbrio e desequilíbrio em diferentes momentos. As ocasiões de desequilíbrio geram “necessidades”, caracterizadas por estados de tensão conscientes e inconscientes, levando o indivíduo à busca de satisfação para o resgate do equilíbrio perdido.

Margaret Jean Watson é responsável pela Teoria do Cuidado Humano, também conhecida como Teoria do Cuidado Transpessoal. Esta teoria diz que o cuidado apenas é efetivo quando transcende espaço, tempo, paciente e profissional. Assim, o enfermeiro é um profissional privilegiado, pois realiza o acompanhamento ininterrupto do paciente nas 24 horas do dia, esta proximidade facilita a construção de vínculo entre profissional, clientes e cuidadores. A empatia mútua propicia a abordagem biopsicossocial e, desta forma, o cuidado efetivo (SAVIETO, 2016).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2012) diz que a morte é um acontecimento natural no ambiente hospitalar, porém a forma como se aborda e trabalha este fato é importante para que seja oferecida a atenção integral e qualificada aos pacientes e familiares, evitando desta forma a morte com sofrimento. É direito do indivíduo morrer com dignidade e a equipe de saúde tem o dever de realizar a assistência para que ela seja menos danosa possível.

A comunicação entre profissionais, paciente e familiares é de grande importância para que o cuidado possa ser implementado de forma eficiente. No processo de terminalidade, a equipe multidisciplinar tem papel fundamental para garantir o conforto do paciente. A depender do estágio da doença, faz-se necessária a analgesia de horário, a fim de controlar a dor nos últimos momentos de vida (ANCP, 2012; SILVA, 2015).

A dor é um dos sintomas mais frequentes dos pacientes em cuidados paliativos e gera sofrimento e limitações para realização de atividades simples do cotidiano. O uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor é importante, porém, o uso de drogas analgésicas, em especial os opioides são de grande importância para aliviar a dor, bem como para reduzir outros sintomas que causam angústia. É uma obrigação ética dos profissionais realizar ações para redução da dor, com foco na redução do sofrimento e na melhora da qualidade de vida dos indivíduos, independente do estágio de uma doença (PORTELA; MODENA, 2019).

Uma das principais condutas adotadas pelos médicos que assistem pessoas com enfermidades fora de possibilidade terapêutica é a analgesia. Os opioides são uma classe de fármacos bastante utilizadas para o alívio da dor em pacientes oncológicos. A droga mais conhecida deste grupo é a morfina, que é a substância de referência. Ela é uma substância obtida a partir do ópio ou pode ser extraída das palhas da papoula. Outra substância utilizada é a metadona, opioide sintético amplamente utilizada na clínica para analgesia devido a sua meia vida longa, comparada a outras drogas. Ela se liga a receptores específicos no sistema nervoso central e inibe a transmissão do estímulo doloroso. Dentre os efeitos colaterais mais comuns desta classe de fármacos está a depressão respiratória, náusea, vômito, tontura, prurido, retenção urinária, hipotensão e constipação intestinal. Por isso, é importante ponderar sobre o seu uso e quando necessário deve-se obrigatoriamente associar a uma dieta e medicação laxantes (BRUTON; HILAL-DANDAN, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do presente estudo possibilitou o acompanhamento de um paciente de 60 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Colangiocarcinoma das vias biliares extra-hepáticas em cuidados paliativos exclusivos. O mesmo havia sido admitido no serviço de oncologia no mês de setembro de 2018, apresentando febre moderada há cinco dias, fraqueza, dor abdominal difusa. Relatou episódios de hematoquezia, com presença de coágulos e disúria relacionado ao diagnóstico prévio de Hiperplasia prostática benigna (HPB). Na internação anterior o paciente permaneceu 10 dias no hospital para tratamento de colangite bacteriana após obstrução de dreno biliar. Relatou dor na base da barriga, que irradiava para a coluna. Informou que a doença atual foi descoberta há um ano e dois meses. Doenças pregressas foram relatadas HPB, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada há mais de um ano. Informou que havia sofrido um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) há seis anos.

Ao exame físico, realizado em 18 de outubro de 2018, encontrava-se consciente, orientado, crono-orientado, auto-orientado, em estado geral regular. Função cerebelar com marcha preservada. Apresentava-se hipocorado, saturação O₂ em 95%, em ar ambiente, Membros Inferiores (MMII) quentes e secos. Dispneia em decúbito zero. Paciente ictérico. O abdome estava distendido, globoso, com ascite. Piparote positivo. Dreno biliar COOK em hipocôndrio direito e bolsa coletora, com débito reduzido, associado à presença de grumos e odor fétido. Ruídos Hidroaéreos (RHA) presentes, normoativos. Paciente queixou-se de dor à

palpação abdominal. Eliminações intestinais em ileostomia ausentes. MMII com edema, cacifo positivo. Paciente estava normotenso, taquicardíaco, bradipneico e SpO₂: 95% e referindo dor intensa.

Estava em uso de morfina 10mg endovenosa de quatro em quatro horas para controle da dor e metoclopramida para controle de náuseas, ambos por via endovenosa. Betabloqueador, simeticona, procinético, complexo B, omeprazol, lactulose, doxazosina e finasterida por via oral. Outros fármacos eram utilizados a critério médico.

Os diagnósticos de enfermagem inferidos por prioridade, foram:

QUADRO 1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

| Domínio | Diagnóstico | Fatores relacionados | Características definidoras |
|----------------------------|--|--|---|
| Conforto | Dor Aguda | Agente biológico lesivo | Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor, comportamento expressivo, expressão facial de dor e posição para alívio. |
| Atividade e Repouso | Deambulação Prejudicada | Dor, barreira ambiental e falta de condicionamento físico | Capacidade prejudicada de andar uma distância necessária |
| Nutrição | Risco de volume de líquidos desequilibrado | Ascite | - |
| Princípios de Vida | Religiosidade prejudicada | Barreira ambiental à prática da religião, dor, medo da morte | Desejo de reconectar-se com padrão anterior de crença |

Fonte: NANDA-I, 2018-2020

Dentre estes diagnósticos inferidos, foi elencado o de “Dor Aguda” como prioritário, uma vez que os cuidados paliativos no hospital estudado são limitados e o paciente se queixava de dores intensas. O diagnóstico “Deambulação Prejudicada” foi inferido pois o usuário passou a ficar restrito no leito e se recusava a realizar o banho no leito, mesmo ele percebendo que não havia capacidade física para deslocar-se até o banheiro, tanto por causa da dor, como pelo aumento das medicações utilizadas para analgesia, que provocam tonturas e predispõe o risco de quedas. Em relação à nutrição, foi verificado o “Risco de volume de

líquidos desequilibrado”, uma vez que o paciente apresentava ascite e edema nos membros inferiores. Foi realizada uma paracentese, porém em menos de 24 horas o paciente apresentou aumento da circunferência abdominal. Quanto ao diagnóstico “Religiosidade Prejudicada”, foi conversado com o paciente e a acompanhante se havia interesse em conversar com algum religioso, uma vez que o usuário era de religião católica e a esposa evangélica. Eles solicitaram a visita, porém, com o agravamento do quadro, disseram não querer conversar com ninguém. De acordo com a psicóloga que acompanhava o caso, havia dificuldades em conversar com o casal, já que ambos demonstravam comportamento de defesa e negação.

Na tarde de 22 de outubro paciente queixou-se de náuseas e apresentou vômito em grande volume e aspecto fecalóide. Houve a perda dos acessos periféricos para infusão de hidratação e fármacos e o paliativista indicou a realização de hipodermóclise em região infraclavicular esquerda. Suspensa morfina e iniciada metadona em infusão contínua, 3ml/h. Em 23 de outubro, paciente sonolento, facie hipocrática. Alimentação via oral pastosa com boa aceitação. Apresentou dificuldade para deambular e foi iniciado o banho no leito. RHA+ com presença de flatos. Prescrição de metadona alterada para 4ml/h. Normocárdico, hipotenso, normotérmico, bradipneico. Neste momento a saturação de oxigênio oscilava entre 74 e 95%.

O usuário apresentou alterações nos exames laboratoriais, indicando disfunção hepática, bem como alterações do nível de consciência e constipação relacionado ao uso contínuo de opioides. A equipe médica optou por não realizar tomografia computadorizada (TC) para confirmar possível obstrução intestinal devido à necessidade do uso de contraste.

Por isso, foi elencado, como meta de enfermagem, a “Morte Confortável”, com foco no relaxamento físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, diante do fim eminente da vida. Como intervenções foram escolhidas “Controle do Ambiente: Conforto”, onde realizamos o monitoramento do ambiente, tentando torná-lo o mais calmo e acolhedor dentro do possível. Em relação ao posicionamento do paciente, foi conversado com ele qual a posição em que ele ficava mais confortável, e foi pedido a equipe para movimentá-lo o mínimo possível. Foram preparados apoios para as proeminências ósseas, com o intuito de evitar lesões. A equipe realizou o monitoramento contínuo do paciente, a fim de verificar alterações nos sinais vitais, bem como avaliar a viabilidade do acesso à via subcutânea (BULECHEK; MOORHEAD, 2016).

A questão religiosa era uma intervenção possível de ser realizada, porém, uma vez que o paciente e acompanhante voltaram atrás na decisão de conversar com um padre ou pastor,

não foi elencada como prioritária, pois, para ser realizada, era necessário a permissão do paciente.

De acordo com as evoluções de enfermagem disponíveis no sistema informatizado, em 25/10/2018 houve tentativa de passagem de Sonda Vesical de Alívio (SVA) sem êxito devido a obstrução e presença de coágulos sanguíneos. Paciente começou a apresentar-se sonolento e em seguida evoluiu para um quadro de agitação e desorientação leve, com agravamento do estado geral. Paciente veio a óbito no início da tarde do dia 27 de outubro.

A infusão contínua de opioides foi de grande importância para que a meta estabelecida fosse alcançada. Foi possível dar conforto ao paciente com o alívio dos sintomas e a sedação, bem como evitou que a acompanhante presenciasse o fim de vida agônico do marido. A metadona está associada a casos de arritmia cardíaca, hipotensão grave, por diminuição do volume de sangue, alteração da função renal; diminuição da função hepática e predisposição a hipoventilação (pode ocorrer insuficiência respiratória, redução da frequência respiratória, principalmente quando em repouso, interferindo na perfusão e saturação). Mesmo conhecendo os efeitos colaterais dessa classe de fármacos, nesses casos, deve-se pesar os danos e benefícios.

COSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que o paciente faleceu em decorrência do quadro avançado da doença e fora de possibilidade terapêutica. Como estava em cuidados paliativos exclusivos, não eram feitos exames de sangue regulares. A terapêutica adotada foi o alívio dos sintomas físicos (dor), com o uso de opioides. Estas medicações são controversas em algumas situações, pois ainda há o receio dos pacientes em relação à dependência ao fármaco, bem como dos efeitos colaterais que ela traz, como depressão do nível de consciência, depressão respiratória, entre outros.

Neste caso em específico, saindo da enfermagem e passando para o campo da bioética, nós precisamos pensar o que é melhor para o paciente, independente de crenças. Numa situação como esta, em que a medicação pode abreviar a vida do paciente, colocando-o em risco de depressão respiratória, deve-se avaliar se é melhor aliviar o sofrimento do paciente, que sente dores fortes, mesmo podendo antecipar a morte, do que deixá-lo em sofrimento.

Esta foi a primeira experiência que tivemos em uma enfermagem oncológica e a oportunidade de observar como são feitos os cuidados paliativos em um hospital público, que

é referência na assistência à saúde. Porém, esta área do cuidado ainda é precária no Rio Grande do Norte, contudo, há vontade de parte dos profissionais em aprender a técnica e implantar na assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. XXX p.:il. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BRUNTON, L.L; HILAL-DANDAN, R. **Manual de Farmacologia e Terapêutica de Goodman & Gilman**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 12):5432-8, dez., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23292/25512>> Acesso em: 03 de Jan. 2019.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 30 de out. 2018.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

DALPAI, D. et al. Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 307-310, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai. 2019.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2019.

GOMES, R. V. et al. Expressão do receptor do fator de crescimento epitelial (EGFR) em colangiocarcinomas: fatores preditivos e sobrevida. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, e1826, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000300154&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mai. 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2018-2020 / [NANDA Internacional]. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

JUVER, J. P. S. et al. Uso da metadona no tratamento da dor neuropática não-oncológica: relato de casos. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 55, n. 4, p. 450-459, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde (NOC)**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PORTELA, F. R.; MODENA, C. M. Pacientes com Câncer Avançado: o Acesso aos Opioides e demais Medicamentos para Controle da Dor. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, 64(2): 195-201, 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/08-artigo-pacientes-com-cancer-avancado-o-acesso-aos-opioides-e-demais-medicamentos-para-controle-da-dor.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2019.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03375, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100480&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mai. 2019.

RIEHELMANN, R. et al. *Guideline for the management of bile duct cancers by Brazilian gastrointestinal tumor group*. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 5-9, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032016000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SAN JUAN, L. B. *Colangiocarcinoma: Actualización, diagnóstico y terapia*. **Rev. méd.** Chile, Santiago, v. 136, n. 2, p. 240-248, fev. 2008. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2018.

SANTOS, M. et al. **Diretrizes oncológicas 2**. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019. Disponível em: <<https://diretrizesoncológicas.com.br/livro-completo/>>. Acesso em 04 de Abr. 2019.

SAVIETO, R. M.; LEAO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mai. 2019.

SILVA, M. M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Out. 2018.

SOUSA, F. C. et al. Colangiocarcinoma Intra-Hepático. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa, n. 23, p. 33-42, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182012000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 Mai. 2019.

WHO and WPCA. *Global atlas of palliative care at the end of life*. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; [Internet] 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>>. Acesso em: 30 de Out. 2018.