

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E**  
**TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS**  
**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**REAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À PACIENTES  
TERMINAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**ELEN FARIAS SARMENTO**

**ORIENTADORA: LAHIR CHAVES DIAS**

**PORTO ALEGRE  
2014**

**ELEN FARIAS SARMENTO**

**REAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À PACIENTES  
TERMINAIS:RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Relatório apresentado como  
pré-requisito de conclusão do  
curso Técnico em  
Enfermagem do Centro de  
Educação Tecnológica e  
Pesquisa em Saúde- Escola  
GHC.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Lahir Chaves  
Dias

PORTO ALEGRE  
2014

“Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou. A morte foi definida como inimiga a ser derrotada. Fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar”.

Rubens Alves

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta jornada. Agradeço também ao meu esposo, Fabiano, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e também aos meus irmãos Caroline e Eduardo por todo apoio e incentivo. Ao meu filho Matheus que me tornou uma pessoa muito melhor. E não deixando de agradecer de forma especial aos meus pais, Eduardo e Sirlei. Agradeço ainda a minha professora e orientadora Lahir, que teve paciência e que me ajudou bastante na execução deste relatório e ainda aos demais professores, que durante esse tempo, me ensinaram e que me mostraram o quanto estudar é bom.

## RESUMO

Este relato descreve uma das minhas experiências de estágio realizada no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre. Escolhi este tema, pois o mesmo me fez reconhecer a dificuldade da equipe de técnicos em enfermagem na assistência a pacientes terminais e no conforto aos familiares neste momento de perda e luto. A morte é um evento do cotidiano da equipe de saúde, no entanto torna-se difícil enfrentar a situação de assistência a pacientes terminais, pois a mesma obriga a encarar a finitude humana. Neste contexto de atenção, o técnico em enfermagem precisa considerar a necessidade de incorporar no seu trabalho, além dos aspectos técnicos, o aspecto psico-espiritual e emocional, voltando-se principalmente para a humanização do atendimento, notadamente importante para estes pacientes terminais e seus familiares. Também é importante que os técnicos em enfermagem participem das orientações aos pacientes e familiares, facilitando a convivência e minimizando a dor da separação iminente, proporcionando ainda privacidade dentro do possível. Os cuidados paliativos se baseiam no conforto, alívio à dor e melhora da qualidade de vida aos pacientes sem possibilidade de cura. É imprescindível que as instituições de saúde capacitem seus profissionais com este enfoque para que o sistema brasileiro de saúde mude sua abordagem, incorporando mais dignidade a pacientes em estado terminal.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANCP- Agência Nacional de Cuidados Paliativos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

GHC - Grupo Hospitalar Conceição.

HCC - Hospital da Criança Conceição.

HCR – Hospital Cristo Redentor

HF - Hospital Fêmeina.

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNH - Programa Nacional Humanização

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	9
3. A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR E HUMANIZAÇÃO.....	12
4. CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
REFERÊNCIAS.....	17

## 1 INTRODUÇÃO

Este relatório é baseado na experiência que vivenciei no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), durante o estágio no 1º semestre do Curso Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O GHC é formado por quatro hospitais: o Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF). Além das instituições hospitalares conta ainda com 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC e uma UPA. Os quatro hospitais dedicam-se a atender as diversas necessidades de cuidados das pessoas, sendo responsáveis por 35% de todas as internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2009 em Porto Alegre. Quase 16% de todos os atendimentos ambulatoriais em hospitais pelo SUS na Capital ocorrem no GHC (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2013).

Durante o estágio em uma unidade da medicina interna pude observar que havia naquele setor muitos pacientes em estado terminal, recebendo apenas cuidados de conforto, sedação e higiene. Também observei idosos debilitados, abandonados, vindos de instituições de longa permanência. Pude assistir um paciente indo a óbito e a reação da equipe de enfermagem quando isto ocorreu. O que percebi foi um descaso na atenção à família e no respeito com o corpo após a morte, apontando um despreparo emocional destes profissionais. Foi isto que me motivou a escolher este tema. A morte faz parte do cotidiano do profissional de saúde, mas nem sempre estes estão preparados para encarar a finitude da vida e as limitações do tratamento.

Presenciei algumas das situações que me fizeram decidir em fazer esse trabalho observando as reações do técnico em enfermagem no processo de evolução para a morte e do morrer e questionar como seria esse cuidado. Desta forma, participando de um contexto em que a morte aparece quase todos os dias, é essencial que os profissionais da saúde saibam lidar com o medo da morte e o processo de morrer e prestar ao paciente uma assistência e conforto necessário neste momento.

No decorrer da minha formação neste curso foi muito enfatizada a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), o que me fez facilmente identificar falhas na atitude de alguns profissionais de enfermagem frente à morte, o que certamente torna o processo mais difícil para a família do paciente.

A PNH 2008 tem como objetivo promover mudanças fundamentais na forma de se organizar e prestar serviços de saúde hospitalar no Brasil, propondo: “Valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde...”.

Os objetivos deste relatório são: observar e relatar o trabalho do técnico em enfermagem frente ao paciente terminal e família, refletir sobre o cuidado do paciente em estado terminal e as atitudes do técnico em enfermagem frente ao processo da morte e do morrer e falar brevemente sobre os Cuidados Paliativos,

## 2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nesse relato descrevo algumas observações realizadas como estagiária do curso técnico em enfermagem, durante o 1º semestre, no eixo temático Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso (AIS).

O posto onde estagiei atende pacientes na especialidade de medicina interna, com 32 leitos distribuídos em 8 enfermarias. O quadro funcional é composto por 5 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem nos quatro turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), para o atendimento destes 32 pacientes, já que a lotação da unidade de internação fica sempre próxima a 100 %. Os quartos são enfermarias com 4 leitos cada, com um banheiro comum para os quatro pacientes.

Chamou-me a atenção que nesta unidade de internação havia muitos pacientes em estado terminal por patologias como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), câncer, cirrose, demências por Alzheimer, etc. Os pacientes terminais eram de diferentes idades, alguns jovens e outros idosos, moradores de clínicas geriátricas. Alguns estavam lúcidos e outros confusos, comatosos, em diferentes estágios como sonolentos ou torporosos. Em algumas situações observei falta de humanização e de empatia de alguns técnicos de enfermagem com pacientes terminais e familiares.

Ao assumir os cuidados de um paciente, o aluno e a supervisora de estágio leem o prontuário do paciente, seu diagnóstico, lista de problemas, procedimentos e cirurgias, além de revisar a prescrição médica de medicamentos e de cuidados. No prontuário fica registrada muita informação, inclusive a que não há mais o que ser feito, ou seja, o paciente está em estado terminal, apenas recebendo cuidados paliativos de analgesia, higiene e conforto. Isto me causou grande impacto ao ler. Muitas vezes esses pacientes que nos eram designados para prestação de cuidados de enfermagem eram os mais debilitados e dependentes.

### **Vivência 1 :**

Um paciente permanecia contido no leito por confusão e agitação e obviamente sem condições de se alimentar sozinho. Infelizmente o técnico em enfermagem que atendia aquele paciente não auxiliou o paciente na ingestão e a dieta foi recolhida pela nutrição já fria, no final do turno ou até no turno subsequente.

Durante o período que permanecemos naquela unidade de internação pude observar que, algumas vezes as dietas por via oral e água que eram fornecidas pelo serviço de nutrição, eram recolhidas pelo mesmo serviço sem o paciente tê-la ingerido, nem parcialmente e que, alguns técnicos em enfermagem não estimulavam ou auxiliavam o paciente para a alimentação e/ou hidratação.

A hidratação e alimentação são cuidados importantes para o tratamento e fazem parte das necessidades básicas do ser humano. Porém estimular o paciente a se alimentar e auxiliá-lo requer tempo e paciência. Seja por excesso de trabalho, falta de tempo, falta de interesse ou até por não priorizar a alimentação, isto é deixado como se fosse menos importante. Alguns pensam que o mais fácil e rápido seria introduzir uma sonda nasogástrica e ministrar a dieta através do equipo, o que me foi dito por um técnico de enfermagem do setor. Fiquei muito triste ao ouvir isto.

### **Vivência 2:**

Outro dia assumi a assistência de um paciente etilista com cirrose hepática, que foi encontrado em casa desmaiado e foi atacado por formigas, com várias lesões no abdômen pelas mordidas das formigas, emagrecido, desorientado, com duas úlceras de pressão nas regiões sacra e trocanterica. Após ler o prontuário e fazer minhas anotações sobre medicações e procedimentos que deveriam ser realizados, vou até o leito do paciente. Ao chegar ao leito me identifico e, imediatamente, uma técnica em enfermagem que está ao lado, me diz que não era para perder meu tempo já que ele “está mais pra lá do que pra cá”. Esta atitude da funcionária me causou um impacto negativo, contrário à formação recebida em sala de aula e campos de estágio.

Ao iniciar o banho de leito neste paciente, me deparo com ele todo evacuado, com as feridas e os curativos das úlceras de pressão sujos. Estava claro que este paciente não era higienizado há algum tempo, pois as fezes estavam secas e os curativos sujos e descolados. Ao contato com água do banho, o paciente expresso na face alívio pelo conforto do banho recebido.

Apesar da certeza da finitude, o profissional de saúde não pode desistir mesmo que o paciente o faça. Deve saber os problemas implicados no processo do adoecer e morrer, para ajudá-lo a sentir-se melhor e ter um resto de vida digna. Quando o paciente se sente abandonado, se entrega e desiste, antecipando o óbito, mesmo assim, o profissional deve continuar lhe assistindo, procurando minimizar o seu

sofrimento. Para o paciente é reconfortante sentir que não foi esquecido quando nada mais pode ser feito. Apesar dessa necessidade, estar atento ao processo de adoecer em toda sua complexidade exige muito mais do que um aprendizado e sim sensibilidade. Exige ética e humanidade de todos que um dia cuidam daqueles dependentes de assistência de saúde.

### **Vivência 3:**

Nesse mesmo dia também tivemos o primeiro óbito do estágio, que me levou a pensar sobre a finitude humana.

Ao me deparar com o corpo, fiquei muito triste porque o paciente era um homem jovem, sua família era bastante presente em seu cuidado e questionava muito a equipe sobre os cuidados que lhe eram prestados. Ele foi a óbito na hora em que seus familiares tinham saído do quarto para o pátio. Quando estavam retornando, o corpo já estava sendo preparado e então foi comunicado aos familiares o óbito. Estes permaneceram no corredor a pedido da enfermagem, enquanto o corpo estava sendo preparado. Naquele mês tinham sido contratados alguns novos técnicos em enfermagem, que não tinham participado do preparo do corpo pós-morte e ainda tinham alguns estagiários. Eram muitas pessoas envolvidas e isso tornou o momento muito doloroso para a família, eles não entendiam o que acontecia e porque o entra e sai do quarto.

A maneira como foi conduzida a situação, me fez perceber um despreparo da equipe de enfermagem, pois ocorreram muitas falhas. O corpo ficou exposto na enfermaria onde permaneciam pacientes lúcidos e observando o desfecho. Não houve uma preocupação com a privacidade e dor da família. Poderia ter-se colocado um biombo, mas este não foi usado. Eu receava que, a qualquer momento, os familiares abrissem a porta e vissem o que estava sendo feito, ou seja, o preparo do corpo rodeado de observadores. Toda esta situação deve ter sido muito difícil para a família, que já esperava a morte do seu familiar, mas se sentia muito triste pelo descaso e frieza como a situação estava ocorrendo. Pode-se perceber que a comunicação do óbito para a família foi muito distante, tornando o processo precário em questões de humanização e sem empatia.

### **3 A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR E HUMANIZAÇÃO**

A morte faz parte do desenvolvimento humano e nos acompanha durante o nosso ciclo de vida. Preparar as pessoas para a morte é um grande desafio e conviver com a morte no contexto diário torna os profissionais de saúde mais suscetíveis, porém alguns destes desenvolvem como mecanismo de defesa uma barreira emocional a fim de mantê-lo distante do sofrimento do paciente e da família. A importância de focar o tema da morte está ligada ao fato de que, ao falar desta, estamos falando de vida e, ao falar de vida, a qualidade da mesma acaba sendo revista. Durante a formação dos profissionais de saúde deve-se discutir a significação e ressignificação da vida, e também preparar para seu fim, a morte. Porém o que se vê é que esta última continua um tema tabu, sobre o qual se fala muito pouco, pois pode provocar sofrimento e até constrangimento.

A morte é o evento no qual se encerra a vida, situação esta capaz de trazer aos humanos ,reações emocionais, seja no indivíduo que está morrendo ou na família. Dessa forma, não se pode considerar a morte somente como fato biológico, mas sim um processo de relações culturais que está presente no cotidiano, independentemente de suas causas ou formas, e geralmente relacionado a hospitais e instituições de saúde (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

O desenvolvimento da tecnologia médica, os diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados trouxeram o prolongamento da vida, embora nem sempre tenhamos garantia da qualidade desta. Os profissionais de saúde que se empenham numa luta de vida e morte contra as doenças, e que, muitas vezes, veem seus empenhos frustrados, e não sabem o que e como falar com seus pacientes e familiares sobre o porquê da não melhora do estado de saúde e sobre a possível morte. Por outro lado, o prolongamento da vida e do tempo da doença faz com que haja maior tempo de convívio entre pacientes gravemente enfermos, familiares e equipe de cuidados, principalmente da enfermagem, o que gera um aumento da carga de estresse para estes profissionais.

Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe da saúde seja percebido como frustrante desmotivador e sem significado. Essa percepção pode ser agravada quando os procedimentos médicos a serem realizados com pacientes, fora de possibilidade de cura, não são compartilhados

com toda a equipe, sendo esse fato apontado como uma das razões principais para o estresse. Por outro lado, não conseguir evitar adiar a morte ou não poder aliviar o sofrimento, pode trazer ao profissional a vivência dos seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso (Kovács, 2003)

Segundo Millani (2008), quando a família está esclarecida sobre o que irá acontecer, tudo caminha de forma mais harmônica, e com certeza no seu relacionamento com o paciente internado mostra-se mais segura e menos ansiosa e angustiante. Por isso é válido lembrar que a equipe interdisciplinar deve sempre ter um bom nível de comunicação e, sobretudo reforçando um trabalho mais sistematizado, para que haja adaptação desses familiares ao enfrentamento desse momento de crise, já que o próprio momento do paciente hospitalizado, já é uma crise propriamente dita, e com isso causa ruptura daquilo que é esperado na dinâmica familiar. Não somente o paciente, mas também o paciente precisa sentir nos profissionais certa segurança e acima de tudo receber um cuidado individualizado e humanizado.

## 4 CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos (CP) compreendem uma abordagem de assistência ao paciente sem possibilidades de cura e sua família, com o objetivo de proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida a partir de, essencialmente, uma boa comunicação. Os CP foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 e atualizado em 2002 como:

Uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

As necessidades do familiar e do paciente em fase terminal são: comunicação, relação de confiança e segurança; reconhecimento e operacionalização de desejos, preparação para o luto, necessidades de informação; envolvimento nos cuidados; necessidades emocionais; necessidades espirituais e necessidades de descanso. Concluiu-se que a família apresenta diferentes necessidades que requerem uma intervenção personalizada da equipe de palição, através do estabelecimento de uma relação de confiança.

Segundo Quadros (2013) a equipe de palição tem como foco a pessoa não a doença. É indicada a toda a pessoa que têm sua vida ameaçada por uma doença, idoso fragilizado por declínio funcional e orgânico. Deve ser ampliada e pode ser utilizados em hospitais, clínicas, asilos e domicílios. Mesmo na fase terminal de uma doença, a qualidade de vida dos pacientes pode ser mantida em níveis satisfatórios, utilizando-se adequadamente as técnicas da palição.

Conforme Zoroza(2004) os profissionais de enfermagem estão necessitando de suporte emocional e educacional para lidarem com a morte de forma mais harmoniosa e assistirem às reais necessidades principalmente nos que diz respeito das crianças e adolescentes que estão em iminência de morte, pois isso sensibiliza mais os profissionais de enfermagem. Com isso deveria ser incluído nos currículos o tema da morte e que as instituições hospitalares busquem a educação permanente como estratégia para promover mudanças de posturas dos profissionais junto ao paciente que está morrendo.

Conforme ANCP (Agência Nacional de Cuidados Paliativos) há uma lacuna

na formação de médicos e profissionais de saúde em CP, essencial para o atendimento adequado, devido à ausência de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. Ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa. No Brasil, as atividades relacionadas a CP ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Ainda imperam no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado a estes cuidados, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário. Ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor.

Pela ANCP o tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. Para este trabalho ser realizado é necessário uma equipe mínima, composta por: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente). Todos devidamente treinados na filosofia e prática da palição. Para os familiares, as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto. Um programa adequado inclui ainda medidas de sustentação espiritual e de psicoterapia para os profissionais da equipe, além de educação continuada.

Conseqüentemente, as instituições de saúde e os profissionais que nelas atuam geralmente encontram-se despreparados para tratar e cuidar do sofrimento dos pacientes e seus familiares quando os problemas de saúde por eles enfrentados têm como desfecho inevitável a morte (Maciel et al, 2006). Ou seja, os pacientes que estão na fase final da vida, lidando com uma doença incurável e com o sofrimento que decorre desta circunstância, geralmente não recebem uma assistência adequada às suas necessidades, integral e de qualidade, negligenciando inclusive a diretriz constitucional da integralidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada por mim como estagiária do curso técnico em enfermagem mostra que os técnicos em enfermagem daquela unidade de internação, apesar de lidar no dia-a-dia com a morte, não conseguiram atuar adequadamente utilizando as premissas da humanização e de uma equipe de palição.

Cuidar de um paciente terminal vai muito além de se aplicar medicamentos. Implica em, mais ainda do que nos demais pacientes, olhá-lo como um todo, completo, sem negligenciar seus medos e angústias. Requer também entender e auxiliar a família nesta fase difícil de perda e luto.

Também pude concluir que é de extrema importância para o técnico em enfermagem participar efetivamente das orientações ao paciente e seus familiares, facilitando a convivência e tentando minimizar a dor, assegurando privacidade e dignidade do processo da morte e o morrer.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- ARAÚJO, A. P.; BELLATO, R.; FERREIRA, H. F. A abordagem do processo morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **APE- Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 255-261, set. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa da Conceição, 2011. \_\_\_\_\_ . Quem somos. 2013. Disponível em: site do hospital. Acesso em: 21/02/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2008.
- BRETAS JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2006 [citado 2009 out. 6];40(4):477-83. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>
- KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003
- LIMA,V.R. **Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança**.Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-08042009-134438/pt-br.php> acessado em 02,/03/2014às 23h31mim.
- PESSINI L & BERTACHINI L (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. EDUNISC-Edições Loyola, 2004, p 319
- QUADROS, Alexander.Cuidados paliativos ao fim da vida. Finitude e morte. 2013. **Apresentação power point**.
- MACIEL, M. G. S.; RODRIGUES, L. F.; NAYLOR, C.; BETTEGA, R.; BARBOSA, S. M.; BURLÁ, C.; MELO, I. T. V. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil: documento elaborado pela **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.
- MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008. p. 15-32
- MILLANI,H.F.B; VALENTE,M.L.L.C.. A família e a internação em UTI: a doença e a morte no Hospital Regional de **Assis – SP.Nursing**, v120, n: 11 p.235-242, maio 2008.
- ZOROZO,J.C.C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07072004-114012/pt-br.php> acessado em20/02/2014 às 23h40mim