



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR –
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTE H)

**PROTOCOLO ORIENTADOR PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER EM CUIDADOS AO FIM DE VIDA**

**GUIDELINES FOR THE NURSING PROCESS FOR CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH CANCER IN END-OF-LIFE CARE**

Autores:

Edina Rodrigues São Pedro; Antonio Rodrigues de Andrade; Roberta Leite Dantas.

O produto técnico-tecnológico apresentado no presente documento é resultado do Trabalho de Conclusão de Curso “Construção de um protocolo orientador do processo de enfermagem para crianças e adolescentes com câncer em cuidados ao fim de vida”, apresentado e aprovado em 06/07/26 como requisito para conclusão do curso de Mestrado Profissional do Programa de Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTE H/UNIRIO).

RIO DE JANEIRO
2026

RESUMO

Objetivo: Construir um protocolo orientador para a assistência de enfermagem à criança e ao adolescente com câncer em cuidados paliativos em fim de vida, visando melhorar a qualidade do cuidado, o conforto do paciente e o suporte à família. **Tipologia/Estratificação do produto:** A elaboração deste produto está inserida no eixo de produção técnica do tipo desenvolvimento de produto *Manual* ou protocolo, com estratificação T1 = 100. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, conduzido conforme o Guia do COREN-SP (2015). A elaboração do protocolo fundamentou-se em revisão da literatura, diretrizes nacionais e institucionais, contribuições de especialistas, taxonomias NANDA-I, NIC e NOC e nas teorias de Jean Watson e Wanda Aguiar Horta, sendo organizado pelas etapas do Processo de Enfermagem. **Resultados:** Foram definidas categorias relacionadas ao manejo da dor, promoção do conforto, comunicação terapêutica, apoio emocional e espiritual e organização do cuidado no fim de vida. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O Protocolo constitui uma ferramenta que fortalece a autonomia da enfermagem e subsidia a organização e a qualificação da assistência à criança e ao adolescente em cuidados paliativos no fim de vida, bem como à sua família. Sua aplicação tem potencial para padronizar as condutas assistenciais e subsidiar a operacionalização do Processo de Enfermagem, contribuindo para a prática clínica, a educação permanente e a gestão dos serviços. Como impacto, espera-se favorecer a tomada de decisão clínica, qualificar a assistência de enfermagem, contribuir para o aprimoramento dos processos institucionais e promover maior eficiência no uso dos recursos, com potencial para redução de custos assistenciais.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Pediatria; Assistência Terminal; Neoplasias; Processo de Enfermagem; Guia como Assunto.

ABSTRACT

Objective: To build a guiding protocol for nursing care for children and adolescents with cancer in palliative care at the end of life, aiming to improve the quality of care, patient comfort and family support. **Product Typology/Stratification:** The elaboration of this product is inserted in the technical production axis of the manual or protocol product development type, with stratification T1 = 100. **Method:** A descriptive, exploratory study with a quantitative-qualitative approach, conducted according to the COREN-SP Guide (2015). The elaboration of the protocol was based on a review of the literature, national and institutional guidelines, contributions from specialists, NANDA-I, NIC and NOC taxonomies and on the theories of Jean Watson and Wanda Aguiar Horta, being organized by the stages of the Nursing Process.

Results: Categories related to pain management, comfort promotion, therapeutic communication, emotional and spiritual support, and end-of-life care organization were defined. **Conclusion, applicability and impact:** The Protocol is a tool that strengthens the autonomy of nursing and subsidizes the organization and qualification of care for children and adolescents in palliative care at the end of life, as well as for their families. Its application has the potential to standardize care conducts and support the operationalization of the Nursing Process, contributing to clinical practice, continuing education and service management. As an impact, it is expected to favor clinical decision-making, qualify nursing care, contribute to the improvement of institutional processes and promote greater efficiency in the use of resources, with the potential to reduce care costs.

Keywords: Palliative Care; Pediatrics; Terminal Assistance; Neoplasms; Nursing Process; Guide as Topic.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CA	Câncer
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior
CP	Cuidados Paliativos
CPP	Cuidados Paliativos Pediátricos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doença
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CVC	Cateter venoso central
EAPC	Associação Europeia de Cuidados Paliativos
EOL	End-of-life
FV	Fim de Vida
HCI	Hospital do Câncer I
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se aplica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONR	Ordem de Não Reanimar
PA	Parcialmente adequado
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPSGSTEH	Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar
QV	Qualidade de vida
PTT	Produção técnica e tecnológica
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>
<i>WHPCA</i>	Aliança Mundial de Cuidados Paliativos em <i>Hospice</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
Simbolismo da Borboleta	7
Aspectos legais e éticos da prática de enfermagem	7
2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	8
Critérios de elegibilidade	10
Escala de avaliação de funcionalidade	10
Processo do fim da vida	11
Assistência multiprofissional	12
Cuidados de fim de vida e nutrição	13
Dor total	13
Escala de avaliação de dor	13
Tratamento farmacológico	16
Hipodermóclise	16
Locais de punção	17
Tratamento não-farmacológico	20
Princípios da comunicação em cuidados paliativos pediátricos	21
Comunicação de más notícias	21
A integração da família	21
Indicadores de avaliação de resultados (NOC)	31
Assistência de enfermagem após morte	35
Indicadores de avaliação de resultado	36
Perspectivas futuras	38
Referências	40

1. INTRODUÇÃO

Diante da crescente complexidade do cuidado em saúde, torna-se necessária a adoção de estratégias que qualifiquem e organizem a assistência. O Protocolo Assistencial de Enfermagem é um instrumento técnico-legal essencial para organizar a assistência em saúde. Baseado na Resolução Cofen n.º 736/2024 e na Prática Baseada em Evidências, ele visa padronizar condutas, reduzir falhas clínicas e aumentar a segurança de pacientes e profissionais, integrando o rigor científico à experiência clínica e às necessidades do paciente (INCA, 2022; OMS, 2023).

Este protocolo fundamenta-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, que orienta a prática de enfermagem na identificação e no atendimento das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, visando ao cuidado integral, à redução do sofrimento e à preservação da dignidade (Araújo, 2022; Moritz *et al.*, 2023).

De forma complementar, a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, amplia essa perspectiva ao enfatizar a dimensão humanística e relacional do cuidado por meio dos Processos Clinical Caritas, promovendo um cuidado transpessoal centrado na criança e na família. A articulação dessas teorias contribui para a organização sistematizada do cuidado de enfermagem, associada a uma prática assistencial ética, humanizada e sensível às necessidades presentes no contexto dos cuidados paliativos pediátricos (Watson, 2011; Evans, 2024).

Sua execução é regida conforme os preceitos éticos e legais da Enfermagem, conforme o Código de Ética Profissional, assegurando a continuidade da assistência, o respeito à autonomia, o acesso à informação e a tomada de decisões livres e esclarecidas, promovendo um cuidado seguro, humano e tecnicamente qualificado (COFEN, 2017).

A Resolução COFEN n.º 736/2024 organiza o Processo de Enfermagem em cinco etapas cíclicas: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução, permitindo a análise contínua dos resultados e o ajuste do cuidado. Essa estrutura é reforçada pela Resolução COFEN n.º 735/2024, que atribui ao enfermeiro especialista a gestão dos protocolos assistenciais, com caráter preditivo e prescritivo fundamentado em evidências científicas. A implementação do Processo de Enfermagem é obrigatória em todos os cenários de cuidado, com respaldo nas atribuições privativas do enfermeiro previstas na Lei n.º 7.498/1986 e no Decreto n.º 94.406/1987, assegurando assistência segura, eficaz e centrada nas necessidades do paciente e de sua família.

Simbolismo da Borboleta:

No contexto deste protocolo, a imagem da borboleta é utilizada como representação simbólica do processo de finitude vivenciado por crianças e adolescentes em cuidados paliativos e por suas famílias. A metamorfose da borboleta, marcada pela transformação do casulo em liberdade, representa profundas mudanças na existência humana, nas quais a morte pode ser compreendida como uma passagem e uma possibilidade de renovação (Costa; Soares, 2015).

Nessa perspectiva, sua adoção como símbolo fundamenta-se em seu significado cultural e espiritual, tradicionalmente associado à transformação, à transição da vida e à renovação. Estudos sobre simbolismo em cuidados paliativos indicam que imagens e elementos simbólicos favorecem a elaboração subjetiva do sofrimento, da espiritualidade e do processo de morrer (Costa; Diniz; Santos, 2025).

Aspectos Legais e Éticos da Prática de Enfermagem:

A enfermagem é uma profissão regulamentada pela Lei Federal nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, exercida com autonomia e em conformidade com os princípios éticos e legais da profissão. Seu exercício é privativo de profissionais legalmente habilitados e devidamente inscritos no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição de atuação.

Quadro 1 - Atribuições Privativas do Enfermeiro.

- Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- Consulta de Enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Fonte: Decreto nº 94.406/1987

Para a efetiva operacionalização das funções privativas do enfermeiro nos Cuidados Paliativos Pediátricos, são necessárias competências que sustentem o julgamento clínico e a tomada de decisão. Tais competências, essenciais e específicas à execução deste protocolo, são definidas pela ANCP (2022) e categorizadas a seguir:

Quadro 2 - Competência do Enfermeiro em Cuidados Paliativos:

- Competências relacionadas ao papel do enfermeiro na liderança e gestão;
- Competências psicossociais e espirituais;
- Competências nos cuidados de fim de vida, perda e luto;
- Competências ético-legais;
- Competências em comunicação e questões socioculturais;
- Competências clínicas;
- Competências relacionadas ao papel do enfermeiro como educador;
- Competências para uma Prática Baseada em Evidência;
- Competências para a pesquisa em Cuidados Paliativos.

Fonte: ANCP (2022)

2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Marco Legal dos Cuidados Paliativos Pediátricos:

A Lei n.º 8.069/1990 assegura à criança e ao adolescente o direito à dignidade, e a Resolução n.º 41/1995 do CONANDA garante, quando esgotados os recursos terapêuticos, o direito a uma morte digna, preferencialmente junto à família, o que implica a não adoção de intervenções desproporcionais ou fúteis e a priorização do conforto e do cuidado integral. Nesse contexto, os cuidados paliativos constituem uma abordagem eticamente orientada, voltada ao controle de sintomas e ao suporte psicossocial e espiritual, devendo ser incorporados de forma precoce e progressiva, inclusive de modo concomitante às terapias curativas, com foco na dignidade e na qualidade de vida (INCA, 2022).

Figura 1 – Inserção dos cuidados paliativos ao longo da trajetória da doença.



Fonte: Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos DF, (2018)

Os cuidados paliativos pediátricos devem ser realizados por equipe multiprofissional, com foco no cuidado integral da criança e no apoio à família, priorizando o controle de sintomas e o suporte psicossocial e espiritual (INCA, 2022).

Quadro 3 – Princípios dos cuidados Paliativos em Pediatria.

Princípios dos Cuidados Paliativos pediátricos
Cuidados destinados à criança ou adolescente, orientados para a família e baseados na parceria;
Foco no alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida;
São elegíveis todas as crianças ou adolescentes que sofram de doenças crônicas, terminais ou que ameacem a sobrevivência;
Devem ser adequados à criança e/ou à sua família de forma integrada;
A presença de uma proposta terapêutica curativa não se contrapõe à introdução de cuidados paliativos;
Não objetivam abreviar a vida;
Podem ser coordenados em qualquer local (hospital, ambulatório, <i>hospice</i> , domicílio);
Devem ser respeitosos com as crenças e valores da criança ou adolescente e de seus familiares;
A abordagem por grupo multidisciplinar é encorajada;
A participação dos pacientes e dos familiares nas tomadas de decisão é obrigatória;
A assistência ao paciente e à sua família deve estar disponível durante todo o tempo necessário;
Determinações expressas de não ressuscitar não são necessárias;
A presença de uma proposta terapêutica curativa não se contrapõe à introdução de cuidados paliativos;

Fonte: Adaptado de INCA, 2022.

CrITÉRIOS de Elegibilidade:

Os critérios de elegibilidade para cuidados paliativos exclusivos baseiam-se na presença de doença grave, progressiva e ameaçadora da vida. Esta deve ser associada à elevada carga de sintomas e à complexidade das necessidades do paciente e da família, independentemente da sobrevida estimada, tendo como finalidade o alívio do sofrimento e a oferta de cuidado acolhedor e protetivo. (INCA, 2022; ANCP, 2012).

Quadro 4 – Critérios de elegibilidades para cuidados Paliativos Pediátricos.

São Critérios Elegíveis para Cuidados Paliativos:
Doença progressiva, incurável e avançada, (Doenças oncológicas progressivas, cardiopatias congênitas complexas).
Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas, ou quando as complicações causadas por essas são inaceitáveis.
Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades, como dor de difícil controle.
Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado, de maneira explícita ou não, com a proximidade da morte.
Prognóstico de vida estimado em menos de seis meses.
Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica.
Internação prolongada, sem evidência de melhora.
Doenças com morte prematura esperada, mas com tratamento para prolongar a vida com qualidade: (Fibrose cística, HIV/SIDA, distrofias musculares, doenças crônicas graves).
Doenças progressivas e incuráveis, com tratamento exclusivamente paliativo: doenças de depósito <u>mucopolissacaridose</u> , anomalias cromossômicas.
Condições que causem sofrimento físico, psicológico, social ou espiritual significativo, mesmo que a doença não seja terminal ou que haja tratamento concomitante.
Doença progressiva, incurável e avançada, (Doenças oncológicas progressivas, cardiopatias congênitas complexas).

Fonte: Adaptado de INCA, 2022.

Escala de avaliação de funcionalidade:

A Escala de Lansky, também denominada Play-Performance Scale for Children (PPSC), é um instrumento utilizado para avaliar o estado funcional e o nível de atividade de crianças e adolescentes com câncer. Seu escore varia de 0 a 100 pontos, em intervalos de dez, sendo que 100 corresponde à melhor condição funcional e 0 à pior, permitindo aos profissionais de saúde monitorar a evolução clínica, a resposta ao tratamento, o prognóstico e a qualidade de vida. Desenvolvida em 1985 e validada em 1987 por Lansky e colaboradores, a escala foi baseada nos princípios do crescimento e desenvolvimento infantil e na escala de funcionalidade de Karnofsky, adaptada para o público pediátrico (Carmo *et al.*, 2024)

A seguir, apresenta-se a Escala de Lansky (PPSC), que descreve os níveis de desempenho funcional de acordo com a capacidade da criança ou do adolescente de realizar atividades e brincadeiras compatíveis com sua faixa etária, traduzida, adaptada transculturalmente para o português brasileiro e validada.

Figura 2 – Play-performance Scale for Children traduzida, adaptada transculturalmente para o português brasileiro e validada.

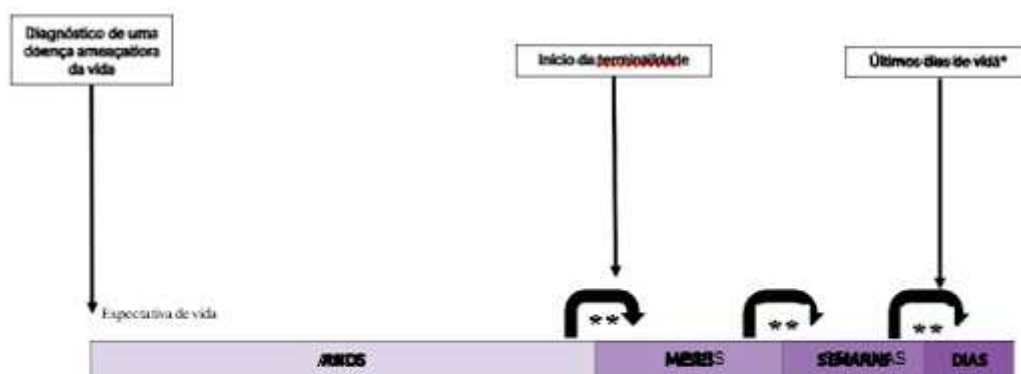
score	Escala de desempenho de crianças no brincar/brincadeiras
100	Totalmente ativo ou normal.
90	Poucas restrições em atividade fisicamente exaustiva
80	Ativo, porém, cansa-se mais rapidamente.
70	Maior restrição e menos tempo gasto em brincadeiras ativas.
60	Acorda com disposição, mas realiza poucas brincadeiras ativas, mantém-se minimamente, ocupado com brincadeiras ativas.
50	Veste-se, mas fica deitado a maior parte do dia, sem participar de brincadeiras ativas. Porém, é capaz de participar de todas as brincadeiras e atividades tranquilas.
40	Permanece a maior parte do tempo na cama; participa de atividades tranquilas.
30	Na cama; necessita de assistência, mesmo para brincadeiras tranquilas.
20	Dorme frequentemente; brincadeiras inteiramente limitadas às atividades muito passivas.
10	Não brinca e não sai da cama.
0	Sem resposta.

Fonte: Carmo *et al.* (2024).

Processo do Fim de Vida:

O processo do fim de vida corresponde ao período da doença marcado pela progressão irreversível da doença, aumento da carga sintomática e maior necessidade de cuidados. Nessa fase, a restauração da saúde não é mais possível. Nessa fase, a restauração da saúde não é mais possível; as intervenções não alteram a evolução da doença nem melhoram as condições de vida, apenas prolongando o processo de morrer e aumentando o sofrimento do paciente e da família (INCA, 2023; 2022). O reconhecimento precoce desses indicadores permite o redirecionamento oportuno das condutas para o conforto e o alívio do sofrimento, considerando que esse período, que antecede a morte, é de difícil previsão e pode durar dias ou apenas horas (OPAS, 2022).

Figura 3 – Ilustração da aplicabilidade clínica dos conceitos, de acordo com a expectativa de vida de paciente em cuidados paliativos.



Fonte: INCA, 2023.

Legenda: * Momento no qual devem ser instituídos os cuidados de fim de vida.

*** Momentos de transição do cuidado e da adequação terapêutica.

Quadro 5 - Principais sinais clínicos que evidenciam a fase final de vida.

Principais sinais clínicos que evidenciam a fase de Fim de Vida
Dentre os principais sinais clínicos que evidenciam essa fase, destacam-se:
Aumento progressivo do tempo de sono;
Redução da conexão com o ambiente;
Mudança na forma de respirar;
Ruídos respiratórios devido ao acúmulo de secreções;
Olhos semiabertos, com incapacidade de piscar devido à diminuição da resposta a estímulos;
Perda do apetite que evolui gradualmente ou repentino;
Acentuada perda de peso ou ganho por edema;
Dificuldade para ingerir líquidos;
Diminuição da interação social;
Presença de confusão ou alucinações;
Perda de consciência e permanência contínua no leito.

Fonte: Adaptado de INCA, 2023.

Assistência Multiprofissional:

É fundamentada na interdependência e na complementaridade dos diferentes saberes, especialmente no contexto da finitude. O cuidado direcionado ao paciente, à família e ao cuidador exige uma atuação integrada e articulada de todos os membros da equipe. Embora

haja divisão de responsabilidades conforme as especificidades profissionais, essa organização não resulta em fragmentação do cuidado, mas sustenta-se na cooperação contínua e na coordenação das ações assistenciais, visando à integralidade da atenção (INCA, 2023).

Cuidados do fim e Vida e Nutrição:

O controle de sintomas como dor, náuseas, dispneia e fadiga deve visar o alívio do sofrimento integral. No processo de finitude, a nutrição é outro plano de cuidado que é um aliado fundamental para o conforto e prazer do paciente, sobrepondo-se às metas nutricionais convencionais. Este plano deve ser individualizado e construído por meio de decisão compartilhada, respeitando a autonomia da criança/adolescente e família, pactuando inclusive a aceitação de riscos em favor da qualidade de vida (INCA, 2022; Anderson *et al.*, 2021).

É importante esclarecer que pacientes em cuidados de fim de vida frequentemente não apresentam sensação de fome, sendo que pequenas quantidades de alimentos, especialmente aqueles de sua preferência, podem proporcionar conforto e bem-estar (Camargo; Santos; Costa, 2026).

Dor Total:

Baseado no conceito de Dor Total de Cicely Saunders, o manejo oncológico deve ser multiprofissional e biopsicossocial, integrando as dimensões física, emocional, social e espiritual (Conceição, 2022; D'Alessandro *et al.*, 2023). Na pediatria, a dor é predominantemente nociceptiva e neuropática, causada pela progressão tumoral, toxicidade do tratamento ou comorbidades (caquexia e imobilidade), exigindo um plano terapêutico personalizado (Fuller; Thienprayoon, 2022).

A avaliação contínua em crianças e adolescentes é um desafio que requer do enfermeiro métodos adequados ao nível de desenvolvimento para garantir a precisão (Duffy *et al.*, 2019).

O enfermeiro é central na implementação da abordagem multimodal, associando fármacos a estratégias não farmacológicas, como a musicoterapia, que reduz a ansiedade e a fadiga, otimizando o conforto e o bem-estar (Franco *et al.*, 2021).

Escalas de Avaliação de Dor

Os instrumentos de avaliação da dor incluem o autorrelato para pacientes comunicativos e escalas baseadas em comportamentos e sinais fisiológicos para os não comunicativos. Essas ferramentas permitem identificar e monitorar a dor de forma padronizada, auxiliando no ajuste

adequado do tratamento e na melhoria da qualidade da assistência, especialmente em crianças e adolescentes em fim de vida, conforme o contexto clínico (Farias, 2024).

Escala de Face:

A avaliação da dor em crianças deve considerar a idade e o nível de desenvolvimento, sendo que, entre 3 e 8 anos, recomenda-se o uso de escalas visuais baseadas em faces, que representam gradualmente a intensidade da dor, da ausência à dor intensa, com orientação prévia sobre o significado de cada expressão (MS, 2022). Desenvolvida para esse público, a escala de faces utiliza representações faciais codificadas que permitem ao enfermeiro identificar a intensidade da dor por meio da observação das manifestações da criança, configurando-se como uma estratégia prática e acessível, especialmente para aquelas com habilidades verbais ainda imaturas (Stivanin, 2024).

Figura 4 – Escala de faces



Fonte: INCA, 2022

Escala de FLACC:

Para crianças que não verbalizam e com limitações cognitivas ou incapazes de relatar a dor de forma confiável, recomenda-se a utilização da Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), que mensura a intensidade da dor por meio de indicadores comportamentais. Indicada especialmente para crianças pré-verbais ou não comunicativas, essa escala avalia cinco critérios: expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e capacidade de consolação, atribuindo uma pontuação global que permite ao enfermeiro uma avaliação objetiva e sistematizada da dor (Stivanin, 2024).

Quadro 6 - Escala Flacc (de 1 mês a 3 anos): para uso desta escala, deve-se somar as pontuações de cada categoria

Categoria:	0	1	2
Expressão facial (Face)	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Ocasionalmente caretas, face franzina ou desinteressado	Tremor no queixo; mandíbula tensa
Pernas (Legs)	Posição normal, relaxadas	Inquietas, rígidas e tensas	Chutando ou pernas levantadas
Atividade (Activity)	Tranquilo, posição normal, movimento fácil	Retorcido, girando de cá para lá, tenso	Arqueado, rígido com tremores
Choro (Cry)	Não chora (acordado ou dormindo)	Gemer ou choramingar ocasional	Choro contínuo
Consolabilidade (Consolability)	Feliz relaxado (dormindo ou acordado)	Tranquilo momentaneamente, quando acariciado, abraçado ou ao conversar	Dificuldade para consolá-lo ou controlá-lo

Fonte: Módulos de cuidados Paliativos Pediátricos, (OPAS, 2022)

Escala visual analógica (EVA)

Em crianças a partir de 8 anos, a avaliação da dor pode ser realizada por meio de escalas numéricas ou analógicas, como a escala de 0 a 10, permitindo que a própria criança quantifique a intensidade do desconforto conforme sua percepção (MS, 2022). Nesse contexto, a escala analógica visual (VAS) possibilita que a criança indique a dor ao marcar um ponto em uma linha contínua, cujas extremidades representam sem dor e dor insuportável, oferecendo uma medida visual e subjetiva do nível de dor (Stivanin, 2024).

Figura 5 – Escala visual analógica.



Fonte: MS, de D'Alessandro, 2023

Tratamento Farmacológico:

O enfermeiro é responsável pela avaliação sistemática da dor e pelo manejo multimodal dos sintomas, por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e do adolescente. Em situações de dor moderada a intensa, recomenda-se a associação de opioides e fármacos adjuvantes, com o objetivo de

potencializar a analgesia e minimizar efeitos adversos (Servilha, 2023; Duffy *et al.*, 2019; MS, 2022).

Figura 6 – Escada Analgésica.

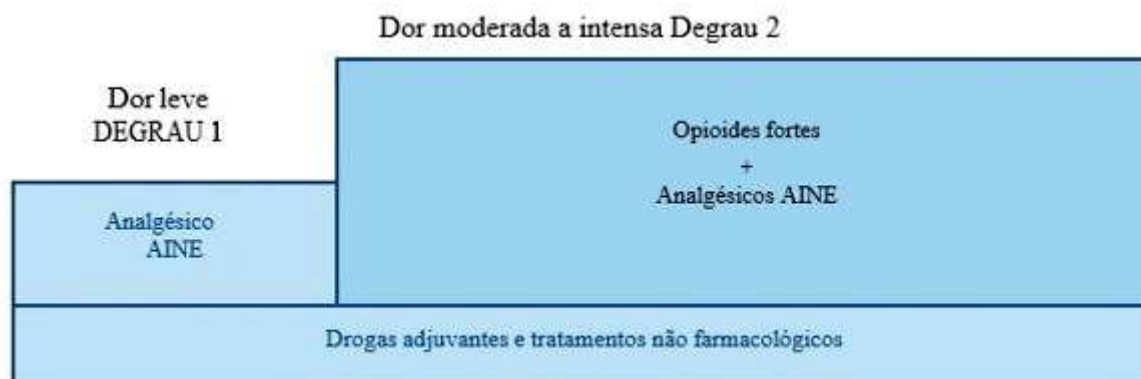


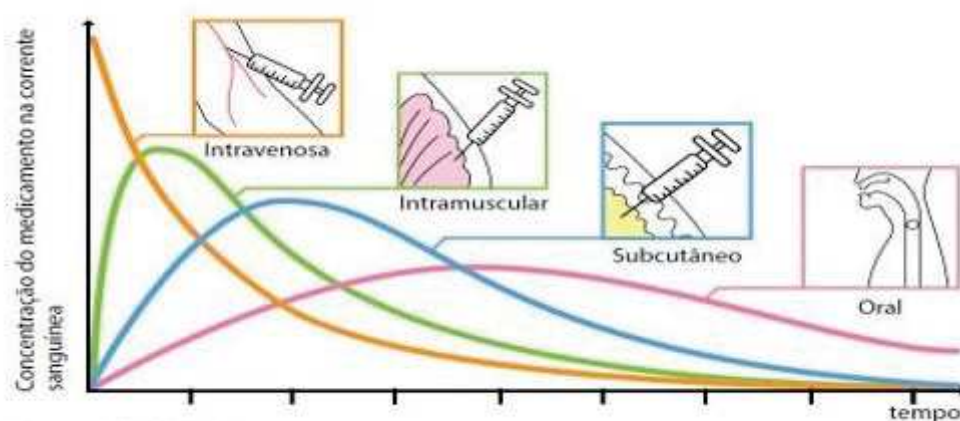
Figura – INCA. (2020).

Hipodermóclise:

Refere-se à infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos pela via subcutânea (SC), sendo um procedimento mais simples que a punção venosa periférica e indicado em cuidados paliativos quando o acesso intravenoso está comprometido, especialmente para o manejo da dor e a promoção do conforto, destacando-se por sua segurança, eficácia e baixo risco de complicações, sobretudo em crianças e adolescentes em fim de vida (Bolela, 2022).

A via subcutânea favorece a manutenção de níveis plasmáticos estáveis, assemelhando-se a um sistema de infusão contínua, o que otimiza o manejo de sintomas e reduz picos de concentração sérica. (ANCP, 2022).

Figura 7 – Via subcutânea

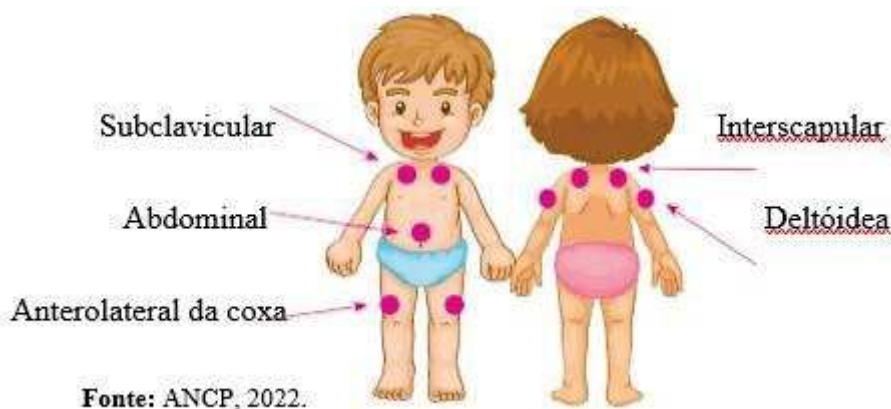


Fonte – ANCP, 2022.

Locais de punção:

Ao selecionar o sítio de inserção, devem ser levados em conta o conforto e a mobilidade da criança, evitando regiões próximas a articulações ou locais de fácil acesso para retirada do dispositivo, como mostrado na figura abaixo:

Figura 8 – Locais de punção



O cateter deve ser posicionado seguindo a direção da drenagem linfática, do ponto distal para próximo do tronco, de modo a favorecer a redução de edemas.

A hipodermóclise pode ser realizada por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, conforme o Parecer Técnico COREN-SP n.º 031/2014, desde que devidamente treinados, capacitados e com habilidades validadas por programas de educação permanente. O cateter subcutâneo é indicado para infusão de soluções e administração frequente de medicamentos, sendo fundamental a escolha adequada do dispositivo e da fixação, especialmente em pediatria, para reduzir punções, minimizar o estresse e manter a viabilidade do acesso (ANCP, 2022).

Quadro 7 - Cuidados de enfermagem na Instalação da Hipodermóclise:

Cuidados de Enfermagem com a Hipodermóclise
Avaliar sítio de punção, principalmente nas primeiras 4 horas após a punção;
Atentar para as soluções e medicamentos que serão administrados pela via subcutânea;
Observar sinais de irritação ou prurido local;
Avaliar sinais inflamatórios como: edema, calor, rubor e dor no local;
Avaliar presença de hematomas;
Atentar para sinais de hiperemia ou necrose tecidual, como complicação tardia;
Monitorar presença de febre, calafrios e dor;
Avaliar cefaleia, inquietação ou ansiedade ou fadiga;

Monitorar sobrecarga cardiovascular, como taquipneia, dispneia acompanhada de tosse, turgência jugular, aumento da pressão arterial, respeitando as particularidades da faixa etária.
Realizar rodízio de sítio de punção a cada 96 horas, mantendo distância mínima de 5 cm do local já utilizado, sempre considerando o conforto da criança;
Considerar as condições clínicas, o estágio da doença e o ambiente, respeitando a individualidade e as necessidades da criança e de sua família;
Após a administração de medicamentos, injetar 1 ml de soro fisiológico a 0,9%, assegurando que todo o conteúdo do dispositivo seja administrado adequadamente na punção subcutânea.

Fonte: Adaptado de D'Alessandro, 2023.

Quadro 8 - Material e técnica adequada para punção do cateter subcutâneo:

Material para punção em via de administração subcutânea
Bandeja;
Recipiente com bolas de algodão ou gaze estéril;
Almotolia com clorexidina alcoólica ou álcool a 70%;
Cateter sobre agulha;
Seringa previamente preparada com 3 ml de soro fisiológico a 0,9%;
Extensor de duas vias;
Filme transparente estéril para fixação e estabilização do cateter;
Fita hipoalergênica para fixar o circuito intermediário e identificação.
Técnica de punção subcutânea
Higienizar as mãos conforme a técnica-padrão;
Verificar o fármaco ou solução em relação à prescrição médica, conferindo dosagem, estabilidade e velocidade de infusão;
Escolha áreas ricas em tecido subcutâneo, como abdômen, flancos, coxas ou braços, evitando locais com edema ou sinais de infecção;
Identificar a criança/adolescente mediante confirmação do nome completo e prontuário, validando os dados com a pulseira e a placa de identificação do leito;
Acomodar a criança/adolescente confortavelmente e explicar o procedimento de forma lúdica à criança e clara aos responsáveis.
Reunir o material necessário em bandeja higienizada e realizar a inspeção rigorosa do sítio de punção escolhido;
Calçar luvas de procedimento;
Realizar o preenchimento (<i>prime</i>) do extensor do cateter com 1 ml de soro fisiológico 0,9%;
Efetuar a antisepsia da pele com álcool a 70% com movimentos unidirecionais;
Realizar a prega cutânea e introduzir o cateter com o bisel voltado para cima, em ângulo de 30° a 45°;
Certifique-se de que não há retorno sanguíneo, confirmando a posição correta no tecido subcutâneo.
Remover o dispositivo de segurança da agulha guia/mandril;

Aspirar para garantir a ausência de retorno sanguíneo. Caso ocorra refluxo de sangue, retirar o dispositivo e realizar nova punção em local distinto, respeitando a distância adequada à estatura da criança;
Testar o cateter com 1 ml de soro fisiológico; observar se há resistência ou extravasamento;
Fixar o dispositivo com filme transparente estéril ou fita hipoalergênica. Conectar o equipo da solução ao extensor do cateter.
Identificar o curativo com data, hora, nome do profissional e indicação de uso exclusivo se houver;
Descartar perfurocortantes e resíduos em locais apropriados;
Retirar as luvas e higienizar as mãos;
Realizar a anotação de enfermagem detalhada no prontuário, incluindo o local da punção, intercorrências e a tolerância da criança/adolescente ao procedimento.

Fonte: Adaptado de D'Alessandro, 2023.

Quadro 9 – Compatibilidade de medicamentos utilizados na administração por hipodermóclise.

Medicamentos	Cefepime	Ceftriaxona	Clopromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomopromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Cefepime		○	○	✗	✗	●	✗	●	●	●	●	✗	●	●	●	✗	●
Ceftriaxona	○		✗	✗	✗	○	✗	●	✗	○	●	●	●	●	✗	✗	○
Clopromazina	○	✗		✗	✗	○	✗	✗	●	○	●	●	●	●	○	●	○
Dexametasona	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Dipirona	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Escopolamina	●	○	○	✗	✗		✗	○	●	○	●	●	●	●	●	○	●
Fenobarbital	✗	✗	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Furosemida	●	●	✗	✗	✗	○	✗		✗	○	✗	✗	✗	○	✗	○	○
Haloperidol	●	✗	●	✗	✗	●	✗	✗		●	●	●	●	○	○	✗	●
Levomopromazina	●	○	○	✗	✗	○	✗	○	●		●	●	●	○	○	✗	○
Metoclopramida	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●		●	●	●	●	●	●
Midazolam	✗	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●		●	○	●	✗	✗
Morfina	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●	●		●	●	●	✗
Octreotida	●	●	●	✗	✗	●	✗	○	○	○	●	○	●		●	○	○
Ondansetrona	●	✗	○	✗	✗	●	✗	✗	○	○	●	●	●	●		○	○
Ranitidina	✗	✗	●	✗	✗	○	✗	○	✗	✗	●	✗	●	○	○		○
Tramadol	●	○	○	✗	✗	●	✗	○	●	○	●	✗	✗	○	○	○	

Tabela 2 - Tabela de compatibilidade por hipodermóclise. Fonte: adaptado de Azevedo (2017)*.

Legenda: ○ Não Testado ✗ Incompatível ● Compatível

Fonte: MS, de D'Alessandro, 2023

Quadro 10 - Controle da dor e outros sintomas:

Ações de Enfermagem farmacológica, no controle da dor e outros sintomas;
Garantir analgesia contínua, conforme prescrição médica atualizada;
Administrar medicações conforme a necessidade do paciente, observando a prescrição médica;
Verificar bomba de infusão, ml/h, dose e diluição;
Observar se há reações adversas dos fármacos;
Avaliar a necessidade da hipodermoclise;
Avaliar queixas e o limiar de dor;
Garantir analgesia contínua, conforme prescrição médica atualizada;
Observar se apresenta reações adversas aos fármacos;
Avaliar náuseas ou vômitos;
Observar dispneia ou fadiga, ofertar oxigênio se necessário; monitorar resposta à analgesia a cada 30 min a 1 h ;
Solicitar a presença do médico, se houver necessidade de sedação.

Fonte: Adaptado de D'Alessandro, 2023.

Tratamento Não Farmacológico:

O manejo da dor é um eixo central do Processo de Enfermagem que, fundamentado na Teoria de Wanda Horta e em resoluções do COFEN 736/24, utiliza instrumentos validados para sistematizar intervenções autônomas voltadas ao bem-estar integral. Por meio de escalas que permitem a individualização terapêutica, o enfermeiro integra a monitorização clínica a medidas não farmacológicas e ao suporte espiritual, estratégias de baixo custo que ampliam a tolerância à dor e reduzem sintomas como náuseas e vômitos (Horta, 1979; MS, 2022; Naseri *et al.*, 2023).

Quadro 11 - Controle da dor e outros sintomas:

Ações de Enfermagem não farmacológica, no controle da dor e outros sintomas;
Avaliar a prescrição de Enfermagem;
Utilizar escalas de dor, avaliar o limiar da dor.
Avaliar dispneia, náuseas e vômitos;
Posicionar o paciente de forma confortável;
Manter cabeceira elevada entre 30 e 45 graus;
Estimular técnicas de relaxamento e respiração lenta e profunda;
Aplicar calor ou frio conforme indicação clínica;

Realizar massagens leves para ajudá-lo com a dor;
Musicoterapia e relaxamento;
Utilizar terapias complementares, acupuntura, terapias integrativas;
Incentivar períodos adequados de repouso e sono;
Manter o controle do ambiente como: ruído, luz, temperatura;
Promover apoio emocional durante procedimentos;
Integrar o cuidado multiprofissional;
Integrar a família nos cuidados

Fonte: Adaptado de D'Alessandro, 2023.

Princípios da Comunicação em Cuidados Paliativos Pediátricos:

O cuidado de crianças/adolescentes com condições limitantes exige competências de comunicação clara, empática e colaborativa, garantindo o acolhimento em todas as etapas, do diagnóstico ao enfrentamento da finitude e suporte ao luto familiar (D'alessandro *et al.*, 2023).

Comunicação de más notícias:

A comunicação de notícias difíceis exige ética e sensibilidade para acolher as emoções de pacientes e familiares. Na oncologia pediátrica, o enfermeiro é peça-chave na integração precoce dos cuidados paliativos, utilizando o vínculo e a escuta qualificada para suprir as necessidades biopsicossociais e espirituais, priorizando sempre a dignidade e a qualidade de vida (D' Alessandro *et al.*, 2023; INCA, 2022).

A Integração da Família:

A integração da família e de cuidadores no cenário de cuidados paliativos é essencial para qualificar a hospitalização e aumentar a segurança do paciente. Na oncologia pediátrica, o enfermeiro desempenha um papel estratégico ao estabelecer vínculos de confiança e escuta qualificada. Essa abordagem possibilita um suporte abrangente às dimensões biopsicossociais e espirituais, assegurando uma assistência terapêutica orientada à dignidade e à qualidade de vida (INCA, 2022; 2023).

Quadro 12 - Principais métodos de Abordagem Humanizada e o Acolhimento a Família.

Abordagem Humanizada e Escuta Qualificada no Acolhimento Familiar:
Atentar para a comunicação verbal e a não verbal, durante a fase de avaliação de enfermagem;
Atentar para a comunicação verbal e a não verbal, durante a fase de avaliação de enfermagem.

Manter-se presente e disponível para elucidar dúvidas, reduzindo as incertezas;
Utilizar perguntas abertas, permitindo que o outro possa expressar o que está sentindo e pensando.
Promover a tomada de decisão compartilhada, relacionada às intervenções;
Construir uma relação de confiança e empática com o familiar e paciente, na tentativa de identificar as demandas para o alívio possível do sofrimento e o preparo para a perda inevitável.
Encorajar a família a planejar e a participar dos cuidados em fim de vida, com o propósito de amenizar o sofrimento.
Oferecer apoio compassivo e acolhimento do sofrimento no período de fim de vida, auxiliando na elaboração da perda;
Respeitar a preferência do familiar quanto ao local do falecimento e facilitar a permanência ininterrupta junto ao ente querido;
Encorajar a família, planejar os momentos de finitude e acolhê-la no momento da perda.

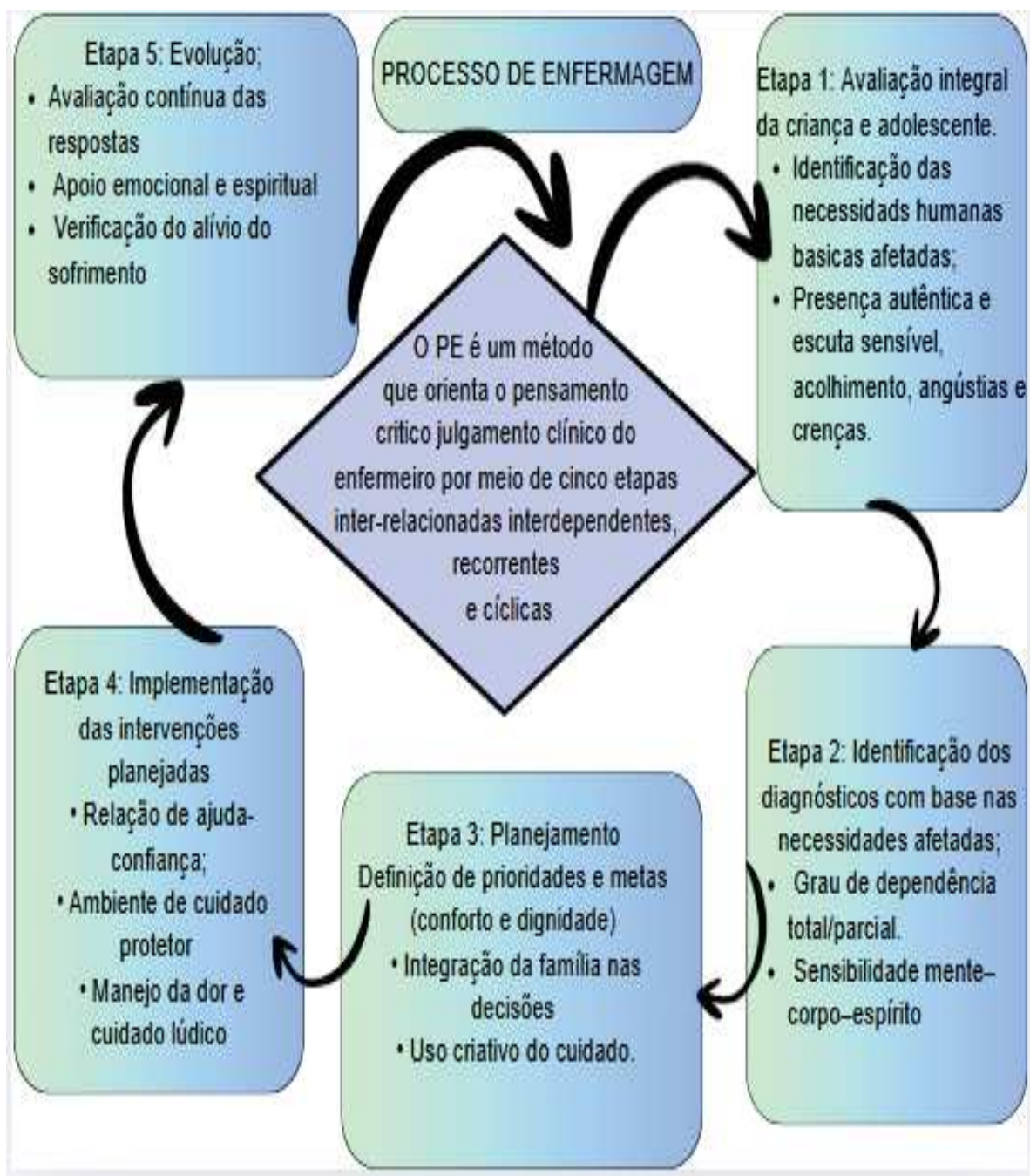
Fonte: Adaptado de D'Alessandro, 2023.

Figura 9 – Borboletas



O *Fluxograma* a seguir apresenta o *Processo de Enfermagem* conforme a Resolução COFEN n.º 736/2024, estruturado nas etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, aplicado aos cuidados paliativos pediátricos. Fundamenta-se nas Necessidades Humanas Básicas de Horta e nos Processos Caritas de Watson, orientando a identificação das necessidades da criança e de sua família e a implementação de cuidados voltados ao alívio do sofrimento, conforto e dignidade, com avaliação contínua para garantir uma assistência integral e humanizada no processo de finitude.

Figura 10 – Processo de enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Horta, 1979; Watson, 2011, (2025).

A seguir, apresenta-se um quadro sinótico que integra as taxonomias NANDA-I (2024–2026), NIC e NOC (2020) às bases teóricas das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, direcionado ao cuidado de crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos em fim de vida, fundamentado na literatura científica (Dias *et al.*, 2023). Este plano visa o equilíbrio dinâmico do ser humano e a harmonia entre mente, corpo e espírito, utilizando o Processo Clínico Caritas para garantir que a

assistência técnica seja permeada pela sensibilidade ética e presença autêntica (Afonso *et al.*, 2024).

Quadro 13 - Plano de Cuidados Integrado: Pediatria Oncológica e Finitude:

Foco nas NHB; (Wanda Horta)	Alinhamento com Jean Watson	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I).	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Psicobiológica (Repouso integralidade física)	Caritas 9: atender às necessidades humanas básicas com cuidado intencional Alívio do sofrimento e cuidado compassivo	Dor Aguda. (00132)	Avaliação sistemática da dor (EVA, Faces ou FLACC); administração de analgesia prescrita; aplicação de medidas não farmacológicas, brincar terapêutico	Controle da dor; (Código 1605), conforto físico
Psicobiológica Conforto	Caritas 1 e 9: cuidado compassivo e atenção às necessidades humanas	Dor Crônica (00133)	Monitorar intensidade da dor; administrar analgesia contínua conforme prescrição; promover medidas de conforto	Estado de conforto físico, (Código 2010)
Psicobiológico, bem-estar	Caritas 8: promoção de ambiente de cuidado e cura e as necessidades básicas	Conforto físico Prejudicado (00380)	Posicionamento terapêutico; cuidados de higiene; controle ambiental: ruído, luz, temperatura.	Controle dos Sintomas, (Código 1608), promoção de conforto
Psicobiológico, conforto	Caritas 10: Abertura a forças existenciais e espirituais na finitude.	Síndrome do conforto prejudicado no fim da vida. (00342)	Cuidados paliativos; Assistência na morte digna, manejo da dor e massagem de conforto.	Morte confortável (Código 2007)
Psicobiológica integridade cutânea	Caritas 8: criar ambiente de cuidado físico e emocional protetor	Risco de lesão por pressão na criança (00286)	Avaliar pele sistematicamente; reposicionamento periódico; uso de superfícies de alívio de pressão; cuidados com hidratação da pele.	Integridade tissular preservada, (Código 1101)
Psicossocial segurança emocional	Caritas 5: apoio à expressão de sentimentos positivos e negativos	Conforto psicológico prejudicado	Oferecer apoio emocional; estimular expressão de sentimentos; comunicação terapêutica	Bem-estar pessoal, (Código 2002)

Psicobiológica oxigenação	Caritas 8: O plano de cuidados deve prever um espaço que maximize o conforto físico e a dignidade, garantindo que o ambiente hospitalar atue de forma sustentadora e protetora nas dimensões físicas e espirituais	Padrão respiratório ineficaz / dispneia	Monitorização respiratória; posicionamento para facilitar ventilação; oxigenoterapia conforme prescrição	Estado respiratório, (Código 0415)
Psicobiológicas (Nutrição/Hidratação)	Caritas 9: atender às necessidades humanas básicas com cuidado intencional	Deglutição prejudicada 00103	Avaliar deglutição; adaptar consistência alimentar; posicionamento adequado durante alimentação.	Estado da deglutição segura, (Código 1010)
Psicobiológica (Atividade/Repouso)	Caritas 6: Uso da criatividade para manter a autonomia funcional.	Tolerância à atividade diminuída (00298)	Paciente aumenta a resistência para completar as atividades diárias.	Tolerância à atividade (Código 0005)
Psicobiológica (Eliminação)	Caritas 9: Cuidado com a dignidade nas necessidades fisiológicas.	Eliminação intestinal prejudicada (00344) ou Constipação (00235)	Manejo da eliminação intestinal/ Constipação	Eliminação intestinal, (Código 0501)
Psicossocial (Comunicação)	Caritas 3: Cultivo da sensibilidade para si e para os outros através da conexão transpessoal	Risco de comunicação verbal prejudicada	Melhora da comunicação, uso de tecnologias leves (diálogos)	Capacidade de comunicação, (Código 0902).
Psicossocial (Amor/Aceitação/Segurança)	Caritas 3: Cultivo da sensibilidade para si e para os outros.	Risco de comportamentos parentais prejudicados (00437)	Apoio ao cuidador; Orientação antecipada.	Desempenho do papel dos pais, (Código 1901)
Psicossocial (Amor/Aceitação/Segurança)	Caritas 2: Instalação de fé e esperança no processo.	Ansiedade excessiva relacionada à morte. (00399)	Apoio espiritual; Redução da ansiedade.	Autocontrole da ansiedade; (Código 1402)
Psicoespiritual Espiritualidade e valores	Caritas: 2 e 10; Fé e esperança, respeitar o sistema de Crença, existenciais e espirituais.	Bem-estar espiritual prejudicado (00454)	Facilitação da prática religiosa	Estado de Conforto: Psicoespiritual: (Código 2011)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2025

Quadro 14 – Principais Diagnósticos de Enfermagem, para crianças e adolescentes em Cuidados Paliativos em Fim de Vida. (NANDA – I, 2024-2025).

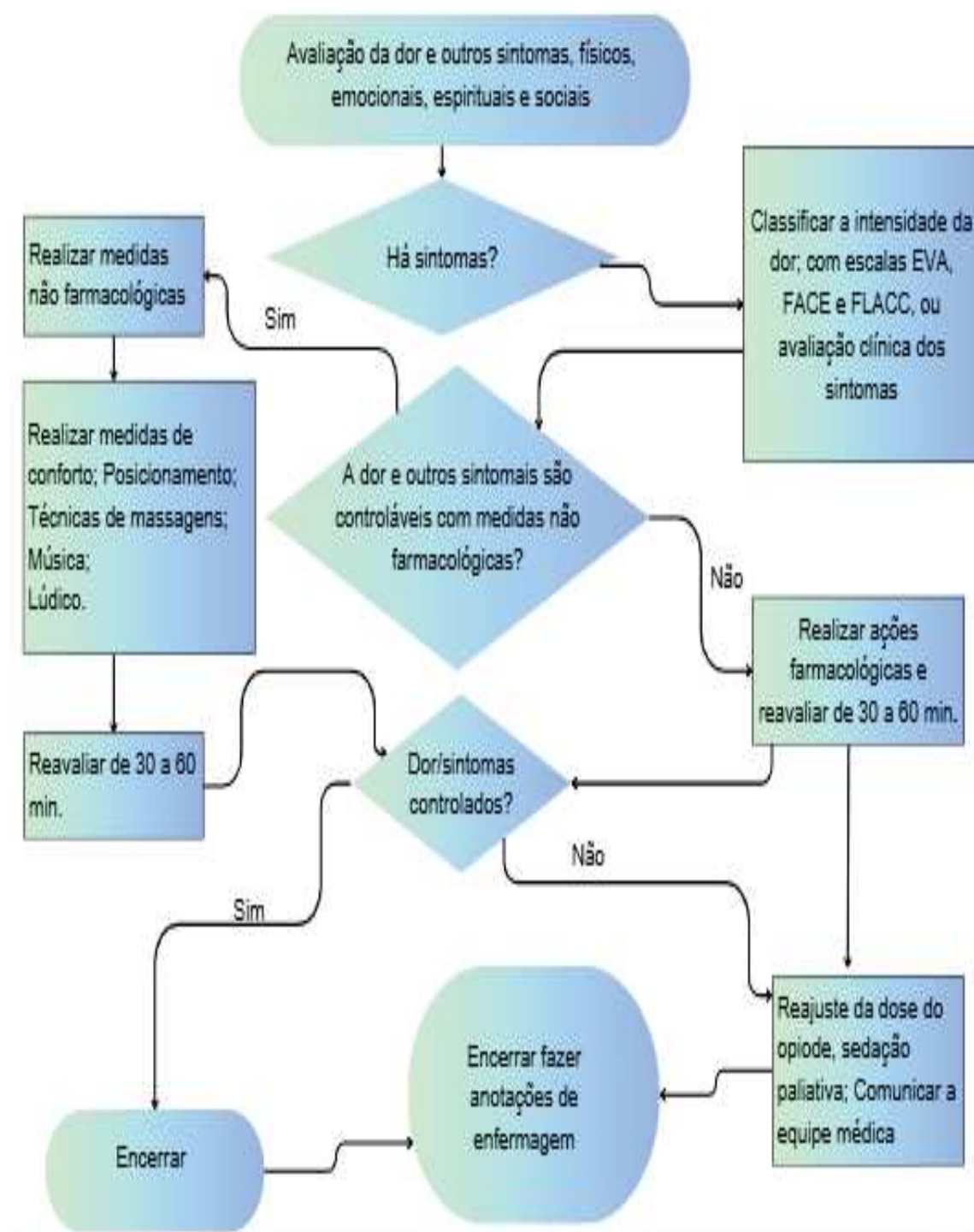
DOMÍNIO (TAXONOMIA NANDA-I, 2025)	Código	CLASSE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Domínio 2. Nutrição	00359	Classe 1 • Ingestão	Ingestão nutricional proteico-calórica inadequada
Domínio 2. Nutrição	00343	Classe 1. Ingestão	Ingestão nutricional inadequada
Domínio. 2 Nutrição	00103	Classe 1. Ingestão	Deglutição prejudicada
Domínio 2. Nutrição	00421	Classe.5. Hidratação	Volume de líquidos inadequado
Domínio 3. Eliminação e troca	00344	Classe 2. Função gastrointestinal	Eliminação intestinal prejudicada
Domínio 3. Eliminação e troca	00016	Classe 1. Função urinária	Eliminação urinária prejudicada
Domínio 3. Eliminação e troca	00235	Classe 2. Função gastrointestinal	Constipação funcional crônica
Domínio 3. Eliminação e troca	00322	Classe 1. Função urinária	Risco de retenção urinária
Domínio 3. Eliminação e troca	00030	Classe 4. Função respiratória	Troca de gases prejudicada
Domínio 4. Atividade /Repouso	00477	Classe 3. Equilíbrio de energia	Carga excessiva de fadiga
Domínio 4. Atividade /Repouso	00298	Classe 3. Equilíbrio de energia	Tolerância à atividade diminuída
Domínio 4. Atividade /Repouso	00085	Classe 2. Atividade/exercício	Mobilidade física prejudicada
Domínio 5. Percepção/cognição	000434	Classe 5. Comunicação	Risco de comunicação verbal prejudicada
Domínio 7. Papéis e relacionamentos	00436	Classe 1. Papéis do cuidador	Comportamentos parentais prejudicados
Domínio 7. Papéis e relacionamentos	00437	Classe 1. Papéis do cuidador	Risco de comportamentos parentais prejudicados
Domínio 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	00399	Classe 2 • Respostas de enfrentamento	Ansiedade excessiva relacionada à morte
Domínio 10. Princípios da vida	00171	Classe 3. Coerência entre valores/crenças/atos	Disposição para religiosidade melhorada
Domínio 10: Princípios da vida	00454	Classe 3. Coerência entre valores/crenças/atos	Bem-estar espiritual prejudicado
Domínio - 11. Segurança/Proteção	00286	Classe 2. Lesão física	Risco de lesão por pressão na criança
Domínio 11. Segurança/proteção	00250	Classe 2. Lesão física	Risco de lesão do trato urinário
Domínio 11. Segurança/proteção	00248	Classe 2. Lesão física	Risco de integridade tissular prejudicada

Domínio 11. Segurança/proteção	00044	Classe 2. Lesão física	Integridade tissular prejudicada
Domínio 11. Segurança/proteção	00247	Classe 2. Lesão física	Risco de integridade da mucosa oral prejudicada
Domínio 11. Segurança/proteção	00306	Classe 2. Lesão física	Risco de quedas na criança
Domínio 11. Segurança/proteção	00036	Classe 2. Lesão física	Risco de aspiração
Domínio 11. Segurança/proteção	00031	Classe 2. Lesão física	Desobstrução ineficaz das vias aéreas
Domínio 11. Segurança/proteção	00374	Classe 2. Lesão física	Risco de sangramento excessivo
Domínio 12: Conforto	00342	Classe – 1 conforto físico	Síndrome do conforto prejudicado no fim da vida
Domínio 12: Conforto	00132	Classe – 1 Conforto físico	Dor aguda
Domínio 12: Conforto	00133	Classe – 1 Conforto físico	Dor Crônica
Domínio 12: Conforto	00380	Classe -1 Conforto físico	Conforto físico prejudicado
Domínio 12: Conforto	00335	Classe -3 Risco de solidão	Risco de solidão excessiva
Domínio 12: Conforto	00379	Classe - 4 Conforto psicológico	Conforto psicológico prejudicado

Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado de NANDA I, NIC, NOC, 2025

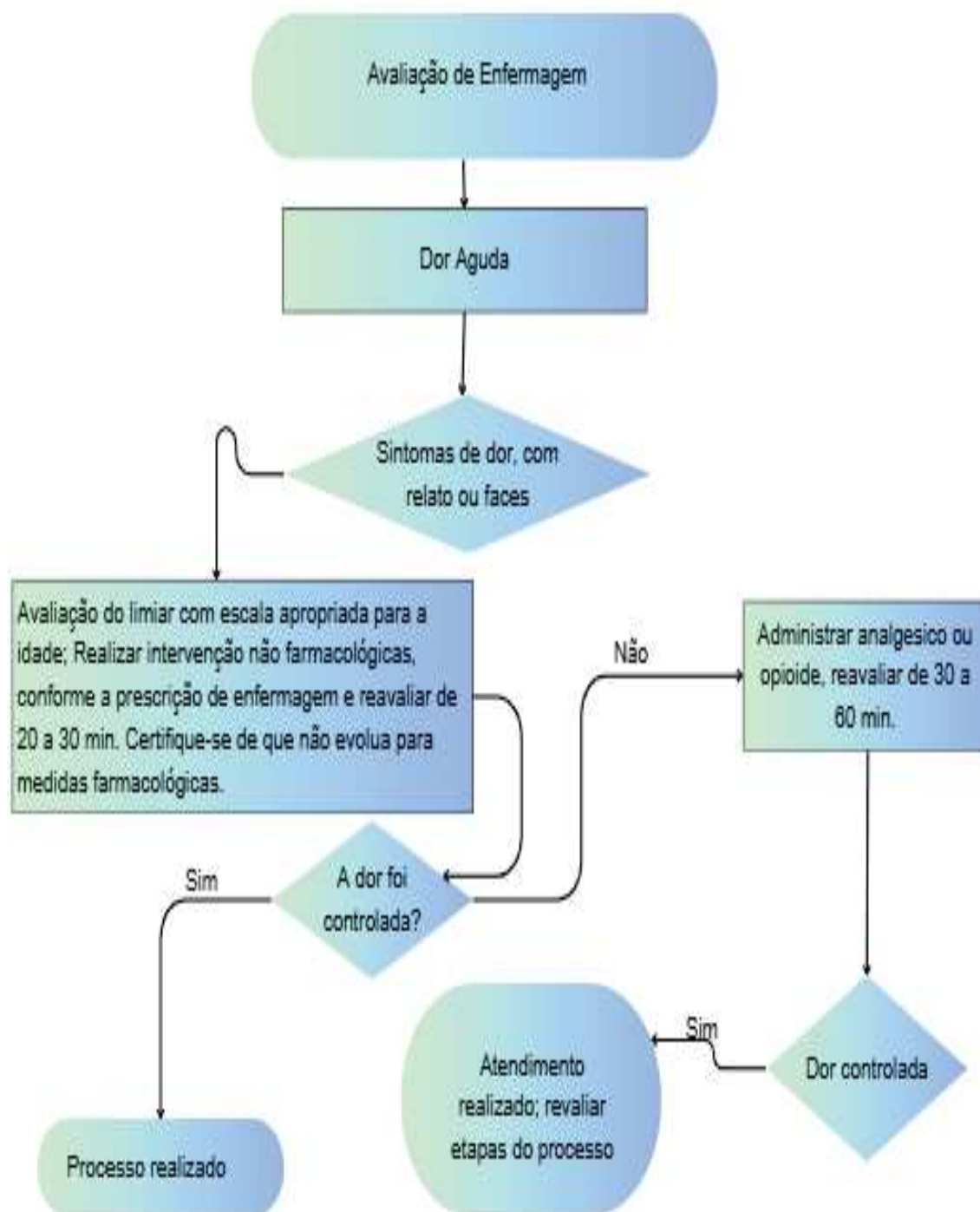
A seguir, são apresentados fluxogramas sistematizados elaborados para facilitar a aplicação da Assistência de Enfermagem em cuidados paliativos pediátricos no fim de vida, permitindo a visualização sequencial das etapas inter-relações do Processo de Enfermagem (PIMENTA et al., 2015). Em consonância com a Resolução COFEN n.º 736/2024, todas as fases do processo devem ser registradas de forma clara, completa e fidedigna no prontuário do paciente, competindo ao enfermeiro a documentação das etapas do Processo de Enfermagem e à equipe de enfermagem o registro dos cuidados realizados, assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade da assistência prestada.

Figura 11 - Fluxograma de Avaliação e Manejo da dor e outros sintomas em Cuidados Paliativos Pediátricos.



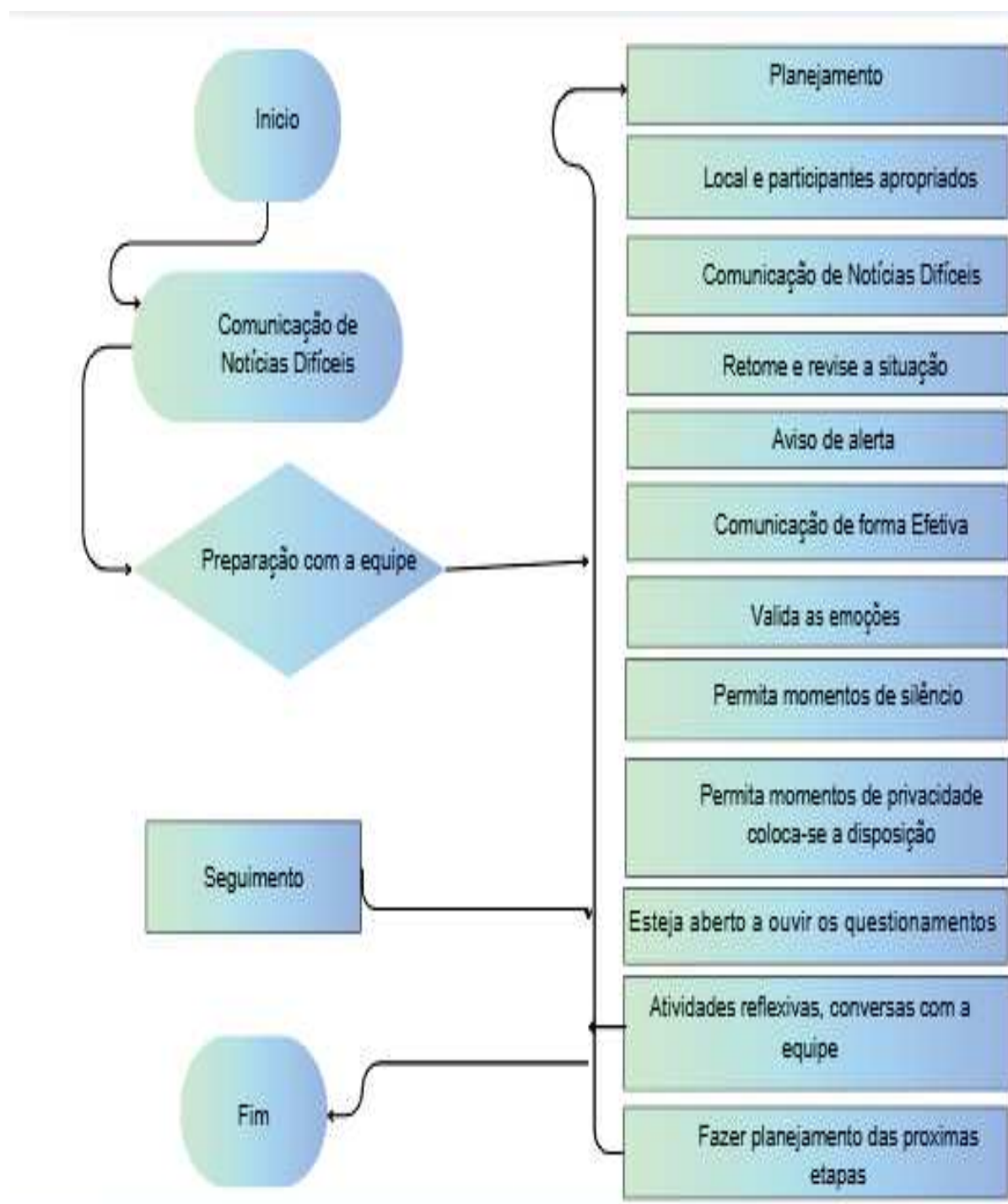
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2025.

Figura 12 - Fluxograma de Cuidados de Enfermagem para Dor Aguda em Crianças e Adolescentes em Fim de Vida.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Figura 13 - Fluxograma de Notícias Difíceis: Conceitos e Especialidades dos Cuidados Paliativos pediátricos



Fonte: Adaptado de MS, 2022

INDICADORES DE AVALIAÇÕES DE RESULTADOS (NOC)

A Nursing Outcomes Classification (NOC) utiliza escalas Likert de cinco pontos para mensurar os resultados de enfermagem, permitindo avaliar o estado do paciente ou indicadores específicos em um *continuum* do menos ao mais desejável, quando clinicamente possível, busca-se aumentar o escore, o que representa melhora do estado avaliado, conforme a escala Likert de 1 a 5.

Quadro 15 – Resultado de Enfermagem (NOC - 1608): Controle dos Sintomas

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matricula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação geral do Resultado: Nunca demonstrado (1); Raramente demonstrado (2); Algumas vezes demonstrado (3); Frequentemente demonstrado (4); Consistentemente demonstrado (5).						
Indicadores						
Monitora o início dos sintomas.	1	2	3	4	5	NA
Monitora a persistência, frequência e gravidade dos sintomas.	1	2	3	4	5	NA
Monitorar a variação dos sintomas.	1	2	3	4	5	NA
Utiliza medidas preventivas e de alívio.	1	2	3	4	5	NA
Controle de dispneia e fadiga.	1	2	3	4	5	NA
Relata sintomas controlados.	1	2	3	4	5	NA
Obtém cuidados de saúde diante de sinais de alerta.	1	2	3	4	5	NA
Utiliza os recursos disponíveis.	1	2	3	4	5	NA
Controle de náuseas e vômitos.	1	2	3	4	5	NA
Controle de secreções.	1	2	3	4	5	NA
Relata sintomas controlado	1	2	3	4	5	NA
Uso do diário para controlar os sintomas.	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Quadro 16 - Resultado de Enfermagem (NOC - 1605): Controle da Dor.

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação Geral de Resultado: Nunca demonstrado (1); Raramente demonstrado (2); Algumas vezes demonstrado (3); Frequentemente demonstrado (4); Consistentemente demonstrado (5);						
Indicadores:						
Reconhecer o início da dor.	1	2	3	4	5	NA
Descrever fatores causadores.	1	2	3	4	5	NA
Utilizar medidas preventivas e de alívio não farmacológico	1	2	3	4	5	NA
Utilizar analgésicos conforme recomendado.	1	2	3	4	5	NA
Relatar alterações nos sintomas ou dor não controlada ao profissional de saúde.	1	2	3	4	5	NA
Reconhecer sintomas associados à dor.	1	2	3	4	5	NA
Relatar a dor como controlada	1	2	3	4	5	NA
Reconhecer o início da dor.	1	2	3	4	5	NA
Descrever fatores causadores.	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Quadro 17 - Resultado de Enfermagem (NOC - 2101): Dor Efeitos Nocivos.

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação geral do Resultado: Grave (1); Substancial (2); Moderado (3); Leve (4); Nenhum (5)						
Indicadores:						
Desconforto	1	2	3	4	5	NA
Comprometimento das relações interpessoais	1	2	3	4	5	NA
Humor prejudicado	1	2	3	4	5	NA
Sono interrompido	1	2	3	4	5	NA
Perturbação da rotina	1	2	3	4	5	NA
Mobilidade física prejudicada.	1	2	3	4	5	NA
Interferência nas atividades da vida diária	1	2	3	4	5	NA
Perda do apetite	1	2	3	4	5	NA
Desesperança	1	2	3	4	5	NA
Comprometimento da atividade física	1	2	3	4	5	NA
Concentração prejudicada	1	2	3	4	5	NA
Falta de paciência	1	2	3	4	5	NA
Eliminação urinária prejudicada	1	2	3	4	5	NA
Eliminação intestinal prejudicada	1	2	3	4	5	NA
Interferência nas atividades da vida diária	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Quadro 18 - Resultado de Enfermagem (NOC - 2600) Enfrentamento Familiar.

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para _____						
Classificação geral do Resultado: Nunca demonstrado (1); Raramente demonstrado (2); Algumas vezes demonstrado (3); Frequentemente demonstrado (4); Consistentemente demonstrado (5).						
Indicadores:						
Estabelece flexibilidade nos papéis de seus membros;	1	2	3	4	5	NA
Confronta e maneja problemas familiares de forma direta;	1	2	3	4	5	NA
Envolve os membros da família na tomada de decisões	1	2	3	4	5	NA
Expressa sentimentos e emoções abertamente entre os membros	1	2	3	4	5	NA
Utiliza estratégias para manejar conflitos e reduzir o estresse centrado na família	1	2	3	4	5	NA
Estabelece prioridades familiares e planeja para emergências	1	2	3	4	5	NA
Obtém assistência comunitária ou familiar disponível	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Quadro 19 - Resultado de Enfermagem (NOC - 2007) Morte Confortável.

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação geral do Resultado: Gravemente comprometido (1); Substancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3); Levemente comprometido (4); Não comprometido (5).						
Indicadores:						
Afeto calmo	1	2	3	4	5	NA
Ambiente físico	1	2	3	4	5	NA
Temperatura do ambiente	1	2	3	4	5	NA
Bem-estar psicológico	1	2	3	4	5	NA
Permeabilidade da via aérea	1	2	3	4	5	NA
Temperatura do corpo	1	2	3	4	5	NA
Posição confortável e Relaxamento muscular	1	2	3	4	5	NA
Apoio da família e dos amigos	1	2	3	4	5	NA
Vida espiritual	1	2	3	4	5	NA
Higiene pessoal e Higiene oral	1	2	3	4	5	NA
Ingestão de líquidos e alimentos como desejado	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Figura 29 - Borboletas



Quadro 20 - Resultado de Enfermagem (NOC - 3001) Satisfação do Cliente: Cuidados

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação geral do Resultado: Não muito satisfeito (1); Pouco satisfeito(2) Moderadamente satisfeito (3); Muito satisfeito (4); Completamente satisfeito (5).						
Indicadores:						
Cortesia, compaixão, bondade e respeito evidenciados pela equipe	1	2	3	4	5	NA
Consideração pelos sentimentos e opiniões do cliente	1	2	3	4	5	NA
Preocupação evidenciada com as necessidades individuais	1	2	3	4	5	NA
Relacionamento com a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	NA
Frequência com que é verificado pela equipe e rapidez na resposta a chamados	1	2	3	4	5	NA
Presteza para responder às perguntas e atendimento aos pedidos do cliente	1	2	3	4	5	NA
Apoio emocional e assistência às necessidades espirituais	1	2	3	4	5	NA
Uso apropriado do toque e orientação quanto ao ambiente e rotinas	1	2	3	4	5	NA
Acolhimento de familiares e amigos, incluindo providências quanto a visitas	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Figura 31 - Borboletas



Quadro 21 - Resultado de Enfermagem (NOC - 3002) Satisfação do Cliente: Comunicação

Identificação:						
Nome:			Idade:			
Matrícula:			Diagnóstico:			
Data: / /			Enfermeiro:			
Classificação da Meta do Resultado: Manter em: _____ Aumentar para: _____						
Classificação geral do Resultado: Não muito satisfeito (1); Pouco satisfeito(2) Moderadamente satisfeito (3); Muito satisfeito (4); Completamente satisfeito (5).						
Indicadores:						
A equipe se apresenta	1	2	3	4	5	NA
Uso do nome preferido pelo cliente	1	2	3	4	5	NA
A equipe fala com clareza	1	2	3	4	5	NA
A equipe escuta o cliente	1	2	3	4	5	NA
A equipe encoraja perguntas	1	2	3	4	5	NA
A equipe repete informações com a frequência necessária	1	2	3	4	5	NA
A equipe disponibiliza seu tempo ao se comunicar	1	2	3	4	5	NA
A equipe apresenta as informações de maneira compreensível	1	2	3	4	5	NA
A equipe certifica-se de que as informações foram compreendidas	1	2	3	4	5	NA
A equipe utiliza comunicação sem julgamento	1	2	3	4	5	NA
As perguntas são respondidas com clareza	1	2	3	4	5	NA
As perguntas são completamente respondidas	1	2	3	4	5	NA
As perguntas são respondidas em período de tempo razoável	1	2	3	4	5	NA
As informações dadas pela equipe de enfermagem são consistentes	1	2	3	4	5	NA
Os valores pessoais são considerados na comunicação	1	2	3	4	5	NA
As preferências pessoais são consideradas	1	2	3	4	5	NA
Discrepâncias nas informações são resolvidas em tempo hábil	1	2	3	4	5	NA
Métodos alternativos de comunicação são usados quando necessário	1	2	3	4	5	NA

Fonte: Adaptada de (NOC 2020)

Assistência de Enfermagem após a morte:

A morte constitui a etapa final e irreversível do ciclo vital humano. Como desfecho natural da vida, sua inevitabilidade suscita reflexões fundamentais nos âmbitos pessoal e social, configurando-se como um fenômeno inerente à condição humana. Diante dessa realidade, após a constatação do óbito, cabe à equipe assistencial incentivar a permanência dos familiares junto ao paciente, garantindo o tempo necessário para as despedidas. É imprescindível que o desejo

de privacidade entre a família e o ente querido seja respeitado, fortalecendo o suporte emocional construído ao longo da assistência paliativa.

Quadro 22 - Cuidados de Enfermagem ao Luto.

Suporte ao luto:
Acolher o familiar após a constatação do óbito em local apropriado;
Incentivar que compartilhem a informação do falecimento com outros familiares.
Reforçar, se possível, a presença de familiar ou amigo de sua preferência;
Informar que rituais de despedida e homenagens devem acontecer, se assim o desejarem, junto à família e em local apropriado;
Oferecer um tempo para despedida, respeitando o momento de fragilidade emocional;
Solicitar que o familiar se ausente do quarto para que seja realizado o processo de preparo do corpo.
Orientar quanto à necessidade de ter em mãos um documento de identidade do paciente para preenchimento da Declaração de Óbito, a ser realizada pelo médico responsável, e recolhimento de pertences.
Disponibilizar o serviço de psicologia e serviço social da unidade hospitalar.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Indicadores de Avaliação de Resultado:

A utilização de indicadores de resultados permite à gestão de enfermagem e à equipe assistencial avaliar a qualidade do cuidado sob a perspectiva do usuário. Em cuidados paliativos ou em internações prolongadas, esses indicadores possibilitam o acompanhamento do atendimento às expectativas do paciente, especialmente quanto ao alívio do sofrimento, ao conforto, à comunicação e ao respeito à dignidade, subsidiando ajustes na prática assistencial (Lisboa, 2025). À luz do modelo de Donabedian, os indicadores constituem instrumentos fundamentais para a avaliação da qualidade, ao mensurarem as dimensões estrutura, processo e resultado; contudo, sua aplicação nos serviços de saúde ainda se concentra predominantemente na análise da estrutura e dos processos, com menor ênfase na avaliação dos resultados assistenciais (Tanure, 2022).

Quadro 23 – Indicadores de Resultado de Assistência de Enfermagem em CPP.

Dimensão Avaliada	Indicador de Resultado	Definição Operacional	Método de Avaliação/ Fonte de dados	Parâmetro Esperado
-------------------	------------------------	-----------------------	--	--------------------

Controle da dor	Dor adequadamente controlada	Percentual de crianças/adolescentes que apresentam dor leve ou ausência de dor nas últimas 24, 48 e 72 horas, conforme escala apropriada à faixa etária e condição clínica.	Escalas validadas EVA, Faces/Wong-Baker, FLACC; prontuário; registros de enfermagem.	≥ 80% dos pacientes com dor leve ou ausência de dor.
		Proporção de pacientes com dor controlada após intervenções de enfermagem	N.º de pacientes com dor ≤ nível aceitável, Total avaliados × 100	≥ 80% dos pacientes com dor leve ou ausência de dor
	Reavaliação sistemática da dor	Frequência de reavaliação da dor após intervenções farmacológicas ou não farmacológicas	Registros de enfermagem; prescrição e evolução	100% das intervenções com reavaliação documentada
Satisfação familiar	Satisfação da família com o cuidado de enfermagem	Grau de satisfação do familiar/cuidador quanto à atenção, comunicação, conforto e apoio oferecidos pela enfermagem no fim de vida	Questionário pós-óbito ou entrevista estruturada; escala Likert	≥ 80% de respostas satisfeito ou muito satisfeito
	Vínculo e Tomada de Decisão Compartilhada	Relato de satisfação quanto à inclusão nas decisões e clareza da comunicação terapêutica.	Entrevista ou formulário de avaliação familiar	≥ 85% de avaliação positiva
Preparação da equipe de enfermagem	Equipe capacitada em cuidados paliativos pediátricos, em fim de vida.	Percentual de profissionais de enfermagem capacitados ou treinados em CPP.	Registros Institucionais; Certificados; Listas de presença.	≥ 70–80% da equipe capacitada
	Segurança profissional no cuidado ao fim de vida	Autopercepção da equipe quanto à segurança para manejo de sintomas, comunicação e cuidado pós-óbito	Questionário aplicado à Equipe, escala Likert	≥ 75% relatam segurança moderada ou elevada
	Proporção de enfermeiros capacitados em CPP pediátrico	Certificados de capacitação	N.º de enfermeiros capacitados / N.º total de enfermeiros × 100	≥ 75% relatam segurança moderada ou elevada
Local do óbito versus preferência	Conformidade entre local do óbito e preferência registrada	Percentual de casos em que o local do óbito corresponde à preferência previamente expressa pela criança/adolescente ou familiar	Prontuário; plano de cuidados; Registro de preferências	≥ 70% de conformidade
	Registro de preferência de local de cuidado/óbito	Percentual de pacientes com registro formal da preferência de local de CFV.	Prontuário; plano terapêutico singular	≥ 80% dos pacientes com registro documentado

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 24 - Indicadores de Processo de Assistência de Enfermagem em CPP

Indicador de Processo	Métrica / Modo de Cálculo	Meta Sugerida / Periodicidade
Aplicação do Protocolo de CPP	Nº de pacientes com protocolo de CPP aplicado; Total de pacientes em fim de vida no serviço x 100.	100% / Mensal.
Tempo entre Identificação de Terminalidade e Início do CPP exclusivo.	Intervalo em horas/dias entre o diagnóstico de terminalidade em prontuário e a primeira intervenção paliativa documentada (ANARC, 2019).	Início imediato < 24h, o mais precocemente possível.
Frequência de Reuniões com Familiares	Média de reuniões multiprofissional estruturadas realizadas com a família por paciente.	Mínimo de uma reunião semanal ou conforme a necessidade do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Fórmula de cálculo:

Percentual de aplicação CPP = Total de pacientes em fim de vida no serviço

$$\frac{\text{Nº de pacientes com protocolo de CPP aplicado}}{\text{Total de pacientes em fim de vida no serviço}} \times 100$$

Indicador: Percentual de aplicação do Protocolo de CPP

Fórmula: N.º de pacientes com CPP aplicado, pelo Total de pacientes em fim de vida $\times 100$

Unidade de medida: Percentual (%)

Perspectivas Futuras:

Embora o protocolo assistencial de enfermagem tenha sido construído com base em evidências científicas, participação dos profissionais e diretrizes nacionais e internacionais, não foi possível realizar, no escopo deste estudo, a validação de conteúdo por especialistas nem sua aplicação na prática. Tal etapa configura-se como a principal limitação da pesquisa. Destaca-se que a validação por meio do Método Delphi encontra-se planejada para estudos futuros, sendo fundamental para o refinamento do instrumento, a obtenção de consenso entre especialistas e a ampliação de sua aplicabilidade no contexto dos cuidados paliativos pediátricos.

Figura 14 – Borboletas



designed by  freepik

REFERÊNCIAS:

AFONSO, S. R.; PADILHA, M. I.; NEVES, V. R.; ELIZONDO, N. R.; VIEIRA, R. Q. Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 2, e20230231, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>. Acesso em: 21 abr. 2026

ANDERSON, A. K.; BURKE, K.; BENDLE, L. *et al.* Nutrição e hidratação artificiais para crianças e jovens em fase terminal: diretrizes consensuais de quatro centros especializados em cuidados paliativos pediátricos. **BMJ Supportive & Palliative Care**, Londres, v. 11, p. 92–100, 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 121, 4 dez. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de cuidados paliativos**. Coordenação de Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte *et al.* São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers-ofinal.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2025.

BOLELA, F. *et al.* Pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: ocorrências relacionadas à punção venosa e hipodermóclise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e3623, 2022.

CAMARGO, N. R. P. de; SANTOS, R. de S.; COSTA, M. F. Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 2, p. e–153828, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3828. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3828>. Acesso em: 7 maio. 2026.

CARMO, S. A. *et al.* Functional performance assessment scale for children and adolescents with cancer: cross-cultural study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, p. e20230331, 2024.

CIANCIARULLO, T. I. Teoria das necessidades humanas básicas: um marco indelével na enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 100–107, 1987.

CONCEIÇÃO, M. F. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: dor crônica**. Brasília, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE GOIÁS (COREN-GO). **Parecer COREN/GO nº 001/CTAP/2020**, sobre a realização de hipodermóclise. Goiânia,

2020. Disponível em:

<https://www.corengo.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/Realiza%C3%A7%C3%A3o-de-Hipoderm%C3%B3clise.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2025.

COSTA, M. C.; SOARES, J. C. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 631-641, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14236>

COSTA, M. F.; DINIZ, B. C.; SANTOS, A. T. C. dos. Viver como um Girassol: Simbolismo e Cuidados Paliativos em Logotipos de Hospices. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.l.], v. 71, n. 2, p. e-194827, 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n2.4827. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4827>. Acesso em: 7 maio. 2026.

DE ARAÚJO NÓBREGA, T. M. *et al.* Diagnóstico de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 11, n. 4, e52411423300, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/23300>. Acesso em: 13 dez. 2025.

DIAS, T. K. C. *et al.* Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, p.:e20210512, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0512pt>

DUFFY, E. A. *et al.* Perspectives on cancer pain assessment and management in children. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 3, p. 261–273, 2019.

FARIAS, Suzi Maria Fernandes de. **Desenvolvimento de um protocolo de analgossedação voltado a pacientes internados em UTI**. 2020. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

FULLER, C.; HUANG, H.; THIENPRAYOON, R. Managing pain and discomfort in children with cancer. **Current Oncology Reports**, New York, v. 24, n. 8, p. 961–973, 2022. DOI: 10.1007/s11912-022-01277-1.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI**. Brasília, 2022.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

LOPES, M. Q.; GOMES, A. M. T.; ANDRADE, P. C. S. T. de; BRANDÃO, J. L. Os desafios que envolvem o vivenciar a morte: uma reflexão fundamentada nas descobertas de Elizabeth Kübler-Ross. **Revista Pró-UniverSUS**, [S.l.], 2023.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2. ed. Organização de Maria Perez Soares D'Alessandro *et al.* São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

MIRANDA, Â. M. **O trabalho de cuidados paliativos: uma socio-história a partir de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross**. 2020.

MORITZ, A. C.; DA SILVA, L. A. G. P.; ROSS, C.; DOS SANTOS, A.; MATOS, F. G. de O. A.; MARASCHIN, M. S. Necessidades humanas básicas afetadas e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I para pacientes graves com COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S.l.], v. 13, 2023. DOI: 10.19175/recom.v13i1.4670. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4670>. Acesso em: 10 dez. 2025.

MOURA, J. C. **Assistência de enfermagem às pessoas com feridas neoplásicas à luz de Wanda de Aguiar Horta: revisão integrativa**. 2019.

NASERI, Nayereh *et al.* Development of pain management nursing care program for children with cancer. **Palliative Medicine in Practice**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 19–28, 2023. DOI: 10.5603/PMPI.a2022.0024.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O.; SIQUEIRA, D. S. Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2072–2076, 2018.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Guia rápido: cuidados paliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. (Série F. Comunicação e educação em saúde; 1).

SANTOS, T. V.; MOREIRA, M. C. N.; SEVILHA, M. A ética do cuidado e cuidado paliativo pediátrico: um diálogo possível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1011–1019, 7 abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n4/1011-1019/>.

SEIFFERT, L. *et al.* Indicadores de efetividade da assistência de enfermagem na dimensão segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, p. 11221130, jul./ago. 2020. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 7 jan. 2026.

STIVANIN, J. B.; KEGLER, J. J.; DO NASCIMENTO, L. Diferentes escalas de avaliação da dor em pediatria. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1651–1664, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N1-089. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2817>. Acesso em: 2 mar. 2026.

TANNURE, M. C. **Indicadores de resultados com pacientes críticos obtidos com o Processo de Enfermagem em UTI**. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

