

## Práticas de cuidado hospitalares no final de vida: revisão integrativa

End-of-life hospital care practices: integrative review

Prácticas de atención hospitalaria al final de vida: revisión integrativa

Recebido: 22/01/2021 | Revisado: 24/01/2021 | Aceito: 25/01/2021 | Publicado: 01/02/2021

### **Carina Rabêlo Moscoso**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6976-2471>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [carina\\_moscoso@hotmail.com](mailto:carina_moscoso@hotmail.com)

### **Franciele Roberta Cordeiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [franciele.cordeiro@ufpel.edu.br](mailto:franciele.cordeiro@ufpel.edu.br)

### **Nataniele Kmentt da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [nat.kmentt.s@gmail.com](mailto:nat.kmentt.s@gmail.com)

### **Izadora Martins Corrêa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1945-4382>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [mizadora55@gmail.com](mailto:mizadora55@gmail.com)

### **Helena da Cruz Campelo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8207-1942>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [hccampelo98@gmail.com](mailto:hccampelo98@gmail.com)

### **Resumo**

Decisões sobre cuidados às pessoas em final de vida envolvem diversos aspectos, representando desafio e mobilizando médicos e enfermeiros, profissionais que se sobressaem na tomada de decisões. Esta revisão integrativa de literatura objetivou identificar práticas de cuidado de médicos e enfermeiros em final de vida no hospital. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2020 nas bases de dados Web of Science, Scopus e na Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE). 58 artigos foram selecionados com os seguintes temas: sedação paliativa, ordem de não reanimação cardiopulmonar, comunicação e tomada de decisão, eutanásia e suicídio assistido, retirada ou limitação de tratamentos mantenedores da vida, tratamentos oncológicos e cuidados terminais. Conclui-se que as práticas de cuidado em final de vida centralizam-se em sintomas físicos e possuem o intuito de aliviar sofrimento. Suspender ou limitar reanimação cardiopulmonar, hidratação, nutrição e hemodiálise, bem como realização de eutanásia ou suicídio assistido apresentam maior controvérsia.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Tomada de decisões; Cuidados de enfermagem; Cuidados médicos; Revisão.

### **Abstract**

Decisions about end-of-life care involve several aspects, representing challenges and mobilizing doctors and nurses, professionals who excel in decision-making. This integrative literature review aimed to identify care practices of doctors and nurses at the end of their lives in the hospital. Data collection took place between January and February 2020 in the Web of Science, Scopus and Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE) databases. 58 articles were selected with the following themes: palliative sedation, order of no cardiopulmonary resuscitation, communication and decision-making, euthanasia and assisted suicide, withdrawal or limitation of life-sustaining treatments, cancer treatments and terminal care. It is concluded that end-of-life care practices focus on physical symptoms and are intended to relieve suffering. Suspending or limiting cardiopulmonary resuscitation, hydration, nutrition and hemodialysis, as well as performing euthanasia or assisted suicide are more controversial.

**Keywords:** Palliative Care; Decision making; Nursing care; Medical care; Review.

### **Resumen**

Las decisiones sobre el cuidado de las personas al final de su vida implican varios aspectos, que representan un desafío y movilizan a médicos y enfermeras, profesionales que sobresalen en la toma de decisiones. Esta revisión integral de literatura tuvo como objetivo identificar prácticas de cuidado de médicos y enfermeros al final de su vida en el hospital. La recopilación de datos tuvo lugar entre enero y febrero de 2020 en las bases de datos Web of Science, Scopus y Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE). 58 artículos fueron seleccionados con los siguientes temas: sedación paliativa, orden de no reanimación cardiopulmonar, comunicación y toma de decisión,

eutanasia y suicidio asistido, retirada o limitación de tratamientos mantenedores de la vida, tratamientos oncológicos y cuidados terminales. Se concluye que las prácticas de cuidado al final de la vida se centran en los síntomas físicos y tienen la intención de aliviar el sufrimiento. Suspender o limitar reanimación cardiopulmonar, hidratación, nutrición y hemodiálisis, así como realización de eutanasia o suicidio asistido presentan mayor controversia.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; Toma de decisiones; Atención de enfermería; Atención médica; Revisión.

## 1. Introdução

Práticas de cuidado são um conjunto de ações elaboradas em dado momento histórico, por um indivíduo ou grupo, com vistas a manutenção da existência. Elas dependem de aspectos culturais, valores, simbologia, saberes da ciência, saberes populares, religião, crenças e tecnologia (Zillmer et al., 2012). Tais práticas, na área da saúde, são desenvolvidas para garantir a vitalidade e funcionalidade dos corpos na sociedade, do nascimento à morte (Abbagnano, 2012).

Quando se trata de final de vida, práticas de cuidado se referem à adoção ou abandono de condutas das equipes de saúde em relação a procedimentos, medicamentos, dispositivos e tecnologias, que podem repercutir em obstinação, sofrimento e dilemas éticos. Decisões sobre tratamentos que, além de clinicamente, cultural e historicamente, estão atrelados à manutenção da vida, causam desconforto em equipes e familiares, por acreditarem que sua interrupção aumentará o sofrimento do doente (Dev et al., 2012).

Nesse contexto, o hospital possui papel central no final de vida, por ser instituição que detém aparato tecnológico e recursos humanos, os quais propiciam alívio de sintomas e conforto ao doente, além de diminuir a sobrecarga da família (Cordeiro & Kruse, 2019). É este local que, na contemporaneidade, abriga o final da vida e a morte, expropriando-os de pacientes e familiares, colocando-os sob responsabilidade de profissionais de saúde (Cordeiro & Kruse, 2019).

Médicos e enfermeiros são profissionais diretamente envolvidos no processo de tomada de decisão em relação às práticas de cuidado às pessoas com doenças que não respondem mais ao tratamento modificador. Nesta perspectiva, estudos realizados com pessoas em final de vida (Kruser et al., 2017; Pugh et al., 2009; Reid et al., 2015) apontam que intervenções de saúde consideradas potencialmente inadequadas são implementadas devido à insegurança e à falta de comunicação entre profissionais de saúde, que ainda seguem o modelo biomédico e curativista. Essas decisões são atravessadas por aspectos éticos, morais, clínicos e pessoais.

Dessa forma, este estudo emerge da necessidade problematizar os elementos envolvidos na tomada de decisões e as práticas de cuidado ofertadas no final de vida no hospital. Assim, questiona-se: Quais práticas de cuidado têm sido ofertadas no final de vida de pessoas hospitalizadas? Para responder esta questão, delimitou-se como objetivo identificar práticas de cuidado de médicos e enfermeiros em final de vida no hospital.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura norteada pela questão: Quais práticas de cuidado de médicos e enfermeiros direcionadas às pessoas em final de vida hospitalizadas evidenciadas na literatura internacional?

Esse tipo de revisão objetiva agrupar e sintetizar os achados de estudos sobre determinada temática, visando o aprofundamento do tema, permitindo conclusões gerais sobre a área específica de estudo e incorporando as evidências na prática clínica. Para a realização da revisão, foram seguidas as seis etapas definidas por Mendes, Silveira e Galvão (2019), que são: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e, por fim, apresentação da síntese do conhecimento (Mendes et al., 2019).

O levantamento dos estudos se deu entre 01 janeiro e 29 fevereiro de 2020 nas bases de dados eletrônicas Web of

Science, Scopus e Medical Literature and Retrival System Online (MEDLINE). As estratégias de busca utilizadas estão descritas no Quadro 1.

**Quadro 1 - Estratégias de busca.**

Base de Dados	Estratégia de Busca
<p><b>PubMed</b></p>	<p>((("clinical medicine"[MeSH Terms] OR ("clinical"[All Fields] AND "medicine"[All Fields]) OR "clinical medicine"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]))) AND ("terminal care"[MeSH Terms] OR ("terminal"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "terminal care"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]) <b>AND</b> (("clinical decision-making"[MeSH Terms] OR ("clinical"[All Fields] AND "decision-making"[All Fields]) OR "clinical decision-making"[All Fields] OR ("clinical"[All Fields] AND "decision"[All Fields] AND "making"[All Fields]) OR "clinical decision making"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND ("hospital medicine"[MeSH Terms] OR ("hospital"[All Fields] AND "medicine"[All Fields]) OR "hospital medicine"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]))</p>
<p><b>Web of Science</b></p>	<p>TÓPICO: (Clinical medicine) AND TÓPICO: (nursing care) AND TÓPICO: (terminal care) <b>AND</b> TÓPICO: (Clinical Decision-Making) AND TÓPICO: (Palliative care) AND TÓPICO: (hospital medicine)</p>
<p><b>Scopus</b></p>	<p>(TITLE-ABS-KEY ( clinical AND medicine ) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND care ) AND TITLE-ABS-KEY (terminal AND care)) <b>AND</b> (TITLE-ABS-KEY (clinical AND decision-making) AND TITLE-ABS-KEY (palliative AND care) AND TITLE-ABS-KEY (hospital AND medicine))</p>

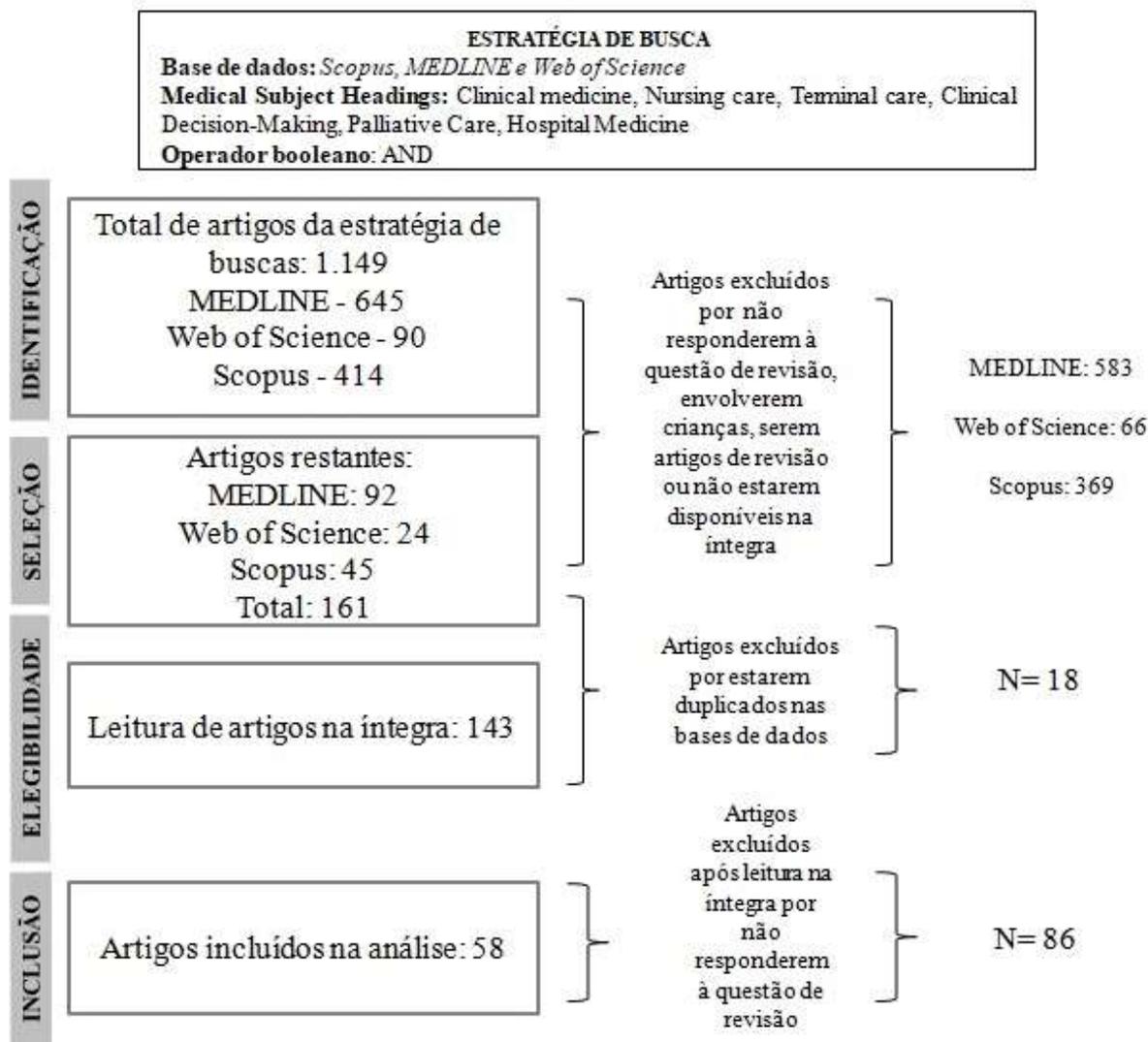
Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme exposto no quadro, nas busca nas bases de dados Pubmed, Web of Science e Scopus foram utilizados como estratégias de busca os Medical Subject Heanding (Mesh) Terms “Clinical Medicine”, “Nursing Care”, “Terminal Care”, “Clinical Decision Making”, “Palliative Care” e “Hospital Medicine”, combinados pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, escritos nos idiomas inglês e espanhol, e população do estudo ser composta por pacientes maiores de 19 anos ou profissionais de saúde. Foram excluídos artigos de revisão, relatos de

experiência e trabalhos completos publicados em conferências. Na Figura 1 está representado o fluxograma da seleção dos estudos.

**Figura 1** - Fluxograma das buscas e seleção.



Fonte: Autoras (2020).

Após a associação dos Mesh terms, identificaram-se 645 artigos na MEDLINE, 90 na Web of Science e 414 na Scopus. Duas revisoras realizaram leitura independente de títulos e resumos, resultando em 92 estudos na MEDLINE, 24 na Web of Science e 45 na Scopus. (Re)aplicando os critérios de inclusão e eliminando os duplicados entre as bases de dados, obteve-se 143 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes, 58 compuseram o corpus de análise da revisão por, efetivamente, responderem à questão de pesquisa.

Os dados foram organizados em planilha no Programa Excel, a partir das seguintes informações: autores, título, ano, país, revista, objetivos, referencial teórico, desenho metodológico, tipo de amostragem, intervenção, participantes, técnica, organização e análise de coleta de dados, aspectos éticos, fator de impacto das revistas, nível de evidência, práticas de cuidado, principais conclusões e limitações. O nível de evidência foi atribuído conforme a proposta de Melnyk & Fineout-Overholt (2019).

A análise ocorreu de forma descritiva, com base na síntese dos achados e na aproximação temática por similaridade,

resultando na formação das categorias (Polit & Cheryl, 2019).

### 3. Resultados

Em relação à caracterização dos estudos, quanto ao desenho metodológico, 38 eram de abordagem quantitativa (Årestedt et al., 2018; Axelsson et al., 2018; Beauverd et al., 2014; Bedell et al., 1986; Camhi et al., 2009; Chang & Brass, 2014; H.-C. Chou et al., 2018; Clarke et al., 2014; Cook et al., 1995; Courtwright et al., 2015; DeMartino et al., 2017; Economos et al., 2019; Farrington et al., 2014; Fu et al., 2018; Gilbar et al., 2019; Hamano et al., 2018; Hiramoto et al., 2019; Koff et al., 2017; Liu et al., 2015; Moffat et al., 2016; Montagnini et al., 2018; Mori et al., 2019; Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017; Parpa et al., 2010; Penders et al., 2020; Penrod et al., 2012; Piili et al., 2018; Pugh et al., 2009; Seale, 2010; Steindal et al., 2015; Syed et al., 2017; Taniguchi et al., 2016; Thomas et al., 2014; Tsai et al., 2018; Verhofstede et al., 2017; Wang et al., 2019; Ziegler et al., 2018), 13 qualitativa (Bélanger et al., 2014; W.-Y. S. Chou et al., 2017; De Bal et al., 2006; De Witt Jansen et al., 2017; Guardia-Mancilla et al., 2017; Philip et al., 2019; Reid et al., 2015; L. Robijn et al., 2017; Lenzo Robijn et al., 2018; Robinson et al., 2007; Scott et al., 2018; Sellars et al., 2017; Wagemans et al., 2017) e sete com métodos mistos (Anderson et al., 2011; Barnato et al., 2008; Kruser et al., 2017; Kryworuchko et al., 2016; Le & Watt, 2010; McIlvennan et al., 2017). O período de publicação dos estudos variou entre 1986 e 2020, sendo os anos com maior publicação 2017 (W.-Y. S. Chou et al., 2017; De Bal et al., 2006; De Witt Jansen et al., 2017; DeMartino et al., 2017; Guardia-Mancilla et al., 2017; Koff et al., 2017; Kruser et al., 2017; Opstelten et al., 2017; L. Robijn et al., 2017; Sellars et al., 2017; Syed et al., 2017; Verhofstede et al., 2017; Wagemans et al., 2017), 2018 (Årestedt et al., 2018; Axelsson et al., 2018; H.-C. Chou et al., 2018; Fu et al., 2018; Hamano et al., 2018; Montagnini et al., 2018; Piili et al., 2018; Lenzo Robijn et al., 2018; Scott et al., 2018; Tsai et al., 2018; Ziegler et al., 2018) e 2019 (Díez-Manglano et al., 2019; Economos et al., 2019; Gilbar et al., 2019; Hiramoto et al., 2019; Mori et al., 2019; Mroueh et al., 2019; Wang et al., 2019), respectivamente.

As revistas *Palliative Medicine* (De Witt Jansen et al., 2017; Pugh et al., 2009; Lenzo Robijn et al., 2018; Robinson et al., 2007; Syed et al., 2017), *Journal of Pain and Symptom Management* (Axelsson et al., 2018; Hamano et al., 2018; Kruser et al., 2017; Tsai et al., 2018; Verhofstede et al., 2017), *Journal of General Internal Medicine* (Anderson et al., 2011; Chang & Brass, 2014; Penders et al., 2020; Thomas et al., 2014; Ziegler et al., 2018) e *Critical Care Medicine* (Barnato et al., 2008; Camhi et al., 2009; Koff et al., 2017; Penrod et al., 2012) e os países Estados Unidos da América (Anderson et al., 2011; Bedell et al., 1986; Camhi et al., 2009; Chang & Brass, 2014; W.-Y. S. Chou et al., 2017; Courtwright et al., 2015; DeMartino et al., 2017; Koff et al., 2017; Kruser et al., 2017; McIlvennan et al., 2017; Montagnini et al., 2018; Penrod et al., 2012; Lenzo Robijn et al., 2018; Thomas et al., 2014; Wagemans et al., 2017) e Inglaterra (Clarke et al., 2014; Farrington et al., 2014; Pugh et al., 2009; Reid et al., 2015; Wang et al., 2019) se destacaram entre os que mais publicam sobre a temática. Quanto ao nível de evidência, destaca-se o nível VI, presente em 46 estudos (Anderson et al., 2011; Årestedt et al., 2018; Axelsson et al., 2018; Barnato et al., 2008; Beauverd et al., 2014; Bedell et al., 1986; Bélanger et al., 2014; Chang & Brass, 2014; W.-Y. S. Chou et al., 2017; Clarke et al., 2014; Cook et al., 1995, 1995; De Bal et al., 2006; De Witt Jansen et al., 2017; DeMartino et al., 2017; Díez-Manglano et al., 2019; Farrington et al., 2014; Gilbar et al., 2019; Guardia-Mancilla et al., 2017; Hamano et al., 2018; Hiramoto et al., 2019; Kruser et al., 2017; Kryworuchko et al., 2016; Le & Watt, 2010; Liu et al., 2015; McIlvennan et al., 2017; Montagnini et al., 2018; Mori et al., 2019; Parpa et al., 2010; Penders et al., 2020; Philip et al., 2019; Piili et al., 2018; Pugh et al., 2009; Reid et al., 2015; L. Robijn et al., 2017; Lenzo Robijn et al., 2018; Robinson et al., 2007; Scott et al., 2018; Seale, 2010; Sellars et al., 2017; Steindal et al., 2015; Syed et al., 2017; Taniguchi et al., 2016; Thomas et al., 2014; Verhofstede et al., 2017; Wagemans et al., 2017; Ziegler et al., 2018), seguido pelo nível IV, identificado em 10 estudos (Camhi et al., 2009; H.-C. Chou et al., 2018; Economos et al., 2019; Fu et al., 2018; Koff et al., 2017; Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017; Penrod et al., 2012; Tsai et al., 2018; Wang et al., 2019). Outros níveis de evidência identificados foram

o nível II e o nível V, ambos presentes em um estudo (Courtwright et al., 2015; Moffat et al., 2016).

Após a interpretação dos resultados, estabeleceram-se sete categorias: Sedação paliativa, Ordem de não reanimação cardiopulmonar, Comunicação e tomada de decisão, Eutanásia e suicídio assistido, Tratamentos mantenedores da vida, Tratamentos oncológicos e Cuidados terminais.

### **Sedação paliativa**

A sedação paliativa foi discutida em quatro artigos (Beauverd et al., 2014; Hamano et al., 2018; L. Robijn et al., 2017; Lenzo Robijn et al., 2018), tendo sido comum entre eles, a percepção de que a opinião do paciente e de seus familiares é o principal fator a ser considerado. Estudos (Beauverd et al., 2014; L. Robijn et al., 2017) relatam que a tomada de decisão acerca dessa prática é guiada, principalmente, pelo aparecimento ou agravamento de sintomas, especialmente aqueles de ordem física. A tomada de decisão é comumente estipulada de maneira tardia, pela dificuldade em determinar o quão tolerável é o sofrimento do paciente e o nível de experiência da equipe.

Em estudo multicêntrico (Lenzo Robijn et al., 2018), realizado na Bélgica, Holanda e Reino Unido, foram analisadas diferentes percepções sobre o papel do médico na sedação paliativa. Para belgas e holandeses, esse papel era majoritariamente informativo, através da comunicação ao paciente sobre a necessidade e circunstâncias do uso da sedação paliativa. No Reino Unido o papel era de liderança e conciliador junto aos demais profissionais de saúde na tomada de decisão. O mesmo estudo relata que a tomada de decisão se dá em quatro passos: início da conversa para a possibilidade de sedação; troca de informações necessárias; decisão de usar sedação contínua e de realmente iniciá-la.

Por sua vez, estudo japonês (Hamano et al., 2018) indica que a principal intenção de médicos paliativistas ao usar a sedação contínua como tratamento é reduzir sintomas e o nível de consciência. Os principais fatores que orientam a tomada de decisão são: expectativa de vida, vontade do paciente e refratariedade aos tratamentos prescritos.

### **Ordem de não reanimação cardiopulmonar**

Estudo realizado com pacientes hospitalizados constatou que poucos possuem ordem de não reanimação cardiopulmonar e que há divergência na escolha do momento certo para não reanimar (Chang & Brass, 2014). Dentre esses, poucos são reconhecidos pelos médicos com doença avançada e em estágio terminal (Fu et al., 2018). Essa prática é mais comum em pacientes idosos, que frequentam serviços de emergência, recebem menos tratamentos invasivos e apresentam acelerado declínio da função pulmonar (Fu et al., 2018).

A decisão de não reanimação é tomada primordialmente por médicos, seguida da família, enfermeiros e paciente (Bedell et al., 1986). Em alguns casos não há participação do paciente nem da família (Courtwright et al., 2015). Em casos em que há consentimento por um desses, o familiar tende a ser mais consultado e o responsável pela decisão (Bedell et al., 1986; Fu et al., 2018). Médicos preferem escutar familiares ao invés dos pacientes (Bedell et al., 1986; Robinson et al., 2007; Syed et al., 2017) e apontam como dificuldades o desconforto em relação ao tema, o desconhecimento do paciente e da família sobre o prognóstico (Syed et al., 2017) e pacientes com comprometimento intelectual, devido à ausência de plano de cuidados e legislação para tais casos (Wagemans et al., 2017).

Nesse cenário, equipes de cuidados paliativos podem compartilhar responsabilidade com as equipes assistenciais na tomada de decisões quanto à não reanimação cardiopulmonar. Entretanto, alguns enfermeiros acreditam que existe hierarquia profissional, o que limita o acesso e solicitação destas equipes pelos médicos assistentes (Robinson et al., 2007).

Enfermeiros e médicos consideram desfibrilação e ventilação manual diferentes de reanimação cardiopulmonar (Moffat et al., 2016) e julgam necessário maior treinamento sobre não reanimação com situações reais e conhecimento sobre questões éticas (Robinson et al., 2007). Assim, estudo indica que pacientes que decidem pela não reanimação recebem menos

intervenções invasivas por parte dos enfermeiros (Moffat et al., 2016; Syed et al., 2017). Contudo, estes pacientes parecem receber maiores doses de opioides do que outros. E, dentre os que manifestam o desejo por escrito parece haver administração de doses ainda maiores se comparados àqueles pelos quais a família decide (Wang et al., 2019).

Em situações em que há reanimação, mesmo sem recomendação, discute-se sobre ela em casos de emergência, especialmente quando aplicada a pacientes idosos ou graves (Anderson et al., 2011). Na presença de uma diretiva para não reanimar, nem sempre esta é considerada, mesmo com evidências de que poucos pacientes sobrevivem após o procedimento (Camhi et al., 2009).

### **Comunicação e tomada de decisão**

Estudo (Kryworuchko et al., 2016) realizado com médicos e enfermeiras indicou que o nível de compreensão da situação de saúde por parte de familiares e pacientes, o nível de comunicação entre profissionais e pacientes/familiares, influenciam na tomada de decisão e delimitação de objetivos de cuidado.

Equipes de saúde, de maneira geral, demonstram dificuldade para perceber quando o paciente está em fase agônica, também denominada fase ativa de morte. Médicos acreditam que essa percepção deve partir das enfermeiras, enquanto as enfermeiras acreditam ser esta uma percepção médica (Reid et al., 2015). Estudo realizado nos Estados Unidos aponta médicos a frente de enfermeiros nas tomadas de decisão (Montagnini et al., 2018).

Alguns profissionais preferem discutir o prognóstico em linguagem que reduz o impacto da discussão e aumenta a esperança (W.-Y. S. Chou et al., 2017), evitando rótulos que possam remeter ao final de vida, como “cuidados paliativos” (Bélanger et al., 2014). Outros reconhecem a necessidade de sinceridade e esclarecimento acerca das limitações dos tratamentos médicos e prováveis resultados clínicos, facilitando o processo de tomada de decisão (Sellars et al., 2017). Os profissionais acreditam que iniciar precocemente discussões prognósticas possibilita aos pacientes participar da tomada de decisão (Bélanger et al., 2014). Em estudo (Kruser et al., 2017) realizado nos Estados Unidos, a conduta adotada pelos médicos foi a de não opinar acerca do tratamento, apontando as opções para pacientes e familiares e deixando que eles tomem a decisão final.

### **Eutanásia, suicídio assistido**

Médicos tendem a ser mais favoráveis à prática da eutanásia e do suicídio assistido aos pacientes com doenças terminais se comparado a familiares e enfermeiros (Parpa et al., 2010; Pugh et al., 2009). Em países que autorizam essas práticas, a decisão sobre elas pode variar conforme a especialidade médica, gênero e crença, ou não, em Deus. Por exemplo, oncologistas, mulheres e pessoas que creem em Deus se opõem mais a eutanásia (Piili et al., 2018).

Ao comparar a disposição de médicos assistentes e residentes quanto à prescrição de uma dose letal de medicamento, mesmo sendo ilegal, estudo (Koff et al., 2017) demonstra que não há diferença entre as categorias. No entanto, quando questionados, caso fosse legal, os residentes mostraram-se mais propensos a prescrever e administrar medicações letais quando comparados aos médicos assistentes. Em relação à prática da extubação, médicos recém formados tendem a ser mais adeptos de tal prática se comparados àqueles com mais de 40 anos de formação.

Estudo com enfermeiras (De Bal et al., 2006), realizado na Bélgica, aponta que essas profissionais sentem-se impotentes e frustradas frente às demandas de eutanásia, por acreditarem que tal pedido pode resultar da falta de tempo para acompanhar pacientes e familiares, limitando a oferta de cuidados paliativos. O desenvolvimento da escuta qualificada é uma estratégia para auxiliar os profissionais de enfermagem na compreensão e respeito às escolhas dos pacientes pela eutanásia.

### **Tratamentos mantenedoras da vida**

Estudo (Cook et al., 1995) realizado no Canadá aponta que, em geral, médicos e enfermeiros com mais tempo de formação e maior experiência de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tendem a preferir tratamentos menos agressivos. Também influenciam na decisão fatores como local preferido para morrer e percepção de conclusão de vida (Mori et al., 2019). Ainda, médicos que dizem não ter crenças religiosas se mostram mais abertos à retirada de tratamentos e à implementação de sedação profunda no final da vida (Seale, 2010).

A hidratação e a nutrição artificial foram mais propensas a retirada em pacientes oncológicos, idosos, mulheres e naqueles que faleceram no domicílio (Penders et al., 2020; Pugh et al., 2009). Médicos com maior tempo de formação e especialistas possuem maior dificuldade em limitá-las ou retirá-las (Penders et al., 2020). A hidratação artificial tende a ser suspensa mais tardiamente do que outros tratamentos, variando o tempo entre sua suspensão e o óbito, em média, três dias (Camhi et al., 2009; Pugh et al., 2009).

Em relação à suspensão de tratamento medicamentoso, drogas vasopressoras e antibióticos geram mais dúvidas nos médicos. Pacientes não oncológicos recebem drogas vasopressoras por mais tempo que os demais (Koff et al., 2017). Entretanto, em pacientes com doenças pulmonares a suspensão do tratamento com vasopressores está entre as práticas mais recorrentes no final da vida (Camhi et al., 2009). Antibióticos parecem ser mais facilmente suspensos, gerando menos controvérsias (Penders et al., 2020).

A ventilação mecânica tende a ser mantida em pacientes não oncológicos (Pugh et al., 2009) e, quando suspensa, o tempo até o óbito varia, em média, três dias (Camhi et al., 2009; Koff et al., 2017; Penders et al., 2020). Dois estudos (DeMartino et al., 2017; McIlvennan et al., 2017) apontaram que médicos possuem menos dificuldades em desligar dispositivos como “coração totalmente artificial (total artificial heart)” e dispositivo de assistência ventricular esquerda, embora tais práticas possam motivar questionamentos éticos.

A manutenção da hemodiálise sustenta-se na qualidade e expectativa de vida, no interesse do paciente e familiares, não sendo recomendada, devido à invasividade, a pacientes com tempo limitado de vida, especialmente com doença oncológica (Koff et al., 2017; Kryworuchko et al., 2016; Scott et al., 2018). Quando a prática é iniciada na fase final da vida, tende a não ser suspensa (Pugh et al., 2009). O tempo médio entre sua suspensão e o óbito variou em sete dias (Camhi et al., 2009).

### **Tratamento oncológico**

O tratamento oncológico dispensado às pessoas em final de vida varia de acordo com dados clínicos, estágio da doença e instituição de saúde (Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017). Foram citadas intervenções como radioterapia, cirurgia e quimioterapia paliativa (Hiramoto et al., 2019; Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017). Aos pacientes oncológicos, fumantes e em final de vida também orienta-se o controle de sinais de abstinência de nicotina (Taniguchi et al., 2016).

Estudo (Opstelten et al., 2017) realizado com pacientes com câncer esofágico elegeu uma política de Best Supportive Care (BSC), como tratamento inicial. “Best Supportive Care”, em uma tradução livre: “melhores cuidados de suporte”, é uma abordagem utilizada quando não há mais possibilidade de cura, ou seja, visa o controle sintomas decorrentes do tratamento oncológico e da própria doença. Quando adotada, seguiu-se de colocação de stent, quimioterapia e radioterapia. No estudo, a quimioterapia foi administrada mais frequentemente em pacientes com metástase.

Quimioterapia convencional (Gilbar et al., 2019; Hiramoto et al., 2019) e terapias direcionadas com inibidores da tirosina quinase do receptor do fator de crescimento epidérmico também foram citadas. Com relação a esta última, existe indicação para ser utilizada em pacientes com câncer de pulmão avançado de células não pequenas. Estudo (Tsai et al., 2018)

aponta que pacientes que recebem terapia direcionada no último mês de vida apresentam maior probabilidade de receber, pelo menos, uma intervenção agressiva no final da vida em comparação àqueles que não recebem.

Estudo (Liu et al., 2015) realizado em Taiwan aponta que 36,11% dos pacientes oncológicos receberam pelo menos uma modalidade de exame de imagem de alta tecnologia e alto custo em seu último mês de vida, sendo eles Ressonância Magnética, Tomografia computadorizada e Tomografia por emissão de pósitrons.

### **Cuidados terminais**

No final da vida, o controle de sintomas físicos são priorizados, principalmente nos pacientes oncológicos (Guardia-Mancilla et al., 2017; Philip et al., 2019). Médicos tem facilidade em estabelecer prognóstico quando a doença é oncológica e dificuldade com outras doenças crônicas (Díez-Manglano et al., 2019).

Nas 48 horas que antecedem a morte, os cuidados elencados por enfermeiros como prioritários são aqueles com a boca, aferição de temperatura e higiene corporal. Além destes, redução na frequência da aferição de sinais vitais, da higiene corporal e de curativos em lesões cutâneas. Médicos priorizam prescrição de oxigenoterapia, tendo dificuldades de suspender antibioticoterapia, fluidos intravenosos, nutrição e coletas de amostra de sangue para exames (Verhofstede et al., 2017).

No final da vida, escalas validadas para avaliar sintomas ainda são pouco utilizadas, consultas com especialistas externos também são pouco solicitadas (Årestedt et al., 2018). Prescrições individuais para aliviar sintomas como dor, náuseas, ansiedade e secreção respiratória são mais frequentes (Axelsson et al., 2018).

Estudo (Le & Watt, 2010) australiano constatou que pacientes não acompanhados por equipes de cuidados paliativos são mais propensos a receberem tratamentos potencialmente inadequados, tais como: exames de sangue, aferição de sinais vitais, antibioticoterapia e fluidos intravenosos. Aqueles acompanhados por equipe de cuidados paliativos recebem mais prescrições de anticolinérgicos, antieméticos e sedativos. Morfina e paracetamol associados ou não à escopolamina foram os tratamentos analgésicos mais utilizados (Steindal et al., 2015).

Na fase agônica de doenças em estágio avançado, ou seja, as últimas 72 ou 48 horas de vida, é considerado inapropriado o uso de cateter venoso periférico ou central, hidratação com mais de 500ml por cristaloides, antibióticos, reanimação cardiopulmonar, nutrição artificial e aspiração traqueal. Em termos farmacológicos, nesta fase, indica-se a prescrição de analgésicos, escopolamina, hipnóticos e ansiolíticos (Economos et al., 2019). Vasopressores não são indicados, exceto em situações que o médico considere que a droga tem efeito benéfico ao paciente (H.-C. Chou et al., 2018). A via subcutânea e a transdérmica são as recomendadas para a administração de medicamentos (De Witt Jansen et al., 2017).

Em estudo realizado com médicos simulando situações de final de vida, 30% deles se mostraram a favor da internação do paciente em UTI. Destes, menos da metade iniciou cuidados paliativos para dispneia. Entre os médicos que não indicariam a internação em UTI, mais da metade iniciou cuidados paliativos para dispneia (Barnato et al., 2008).

A gastrostomia endoscópica percutânea em final de vida é mais indicada a pacientes oncológicos ou com acidente vascular hemorrágico (Clarke et al., 2014). O cateter vesical de demora tende a ser mantido pelos médicos até o momento do óbito, mesmo não havendo mais utilidade para seu uso e causando desconforto ao paciente (Farrington et al., 2014).

## **4. Discussão**

Nesta revisão, foi possível constatar que médicos apresentam dificuldade em compartilhar as decisões sobre as práticas de cuidado a serem adotadas no final da vida, e que o debate sobre a limitação ou retirada de tratamentos ocorre majoritariamente nos Estados Unidos da América e na Inglaterra. Tal situação pode estar associada ao aspecto econômico atrelado à oferta de serviços e cuidados de saúde no país Americano e ao fato de os cuidados em final de vida estarem contemplados há décadas no Sistema Nacional de Saúde Inglês.

Os artigos com maior nível de evidência foram classificados como N2 (Moffat et al., 2016) e como N4 (Camhi et al., 2009; H.-C. Chou et al., 2018, 2018; Economos et al., 2019; Fu et al., 2018; Koff et al., 2017; Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017; Penrod et al., 2012; Tsai et al., 2018). A partir da conclusão de tais estudos recomenda-se que pacientes hospitalizados com ordem de não reanimação recebam maior atenção da equipe de enfermagem, por meio de cuidados centrados no conforto (Moffat et al., 2016). Deve-se evitar procedimentos invasivos (Fu et al., 2018), avaliar e controlar a dor, especialmente com opioides, utilizar hipnóticos, ansiolíticos, ofertar apoio espiritual e limitar ou suspender medicamentos vasopressores (Camhi et al., 2009; H.-C. Chou et al., 2018; Economos et al., 2019; Penrod et al., 2012; Wang et al., 2019). Em oncologia, considera-se apropriado o uso da radioterapia, da cirurgia e da quimioterapia com finalidade paliativa, visando o controle de sinais e sintomas (Koff et al., 2017; Mroueh et al., 2019; Opstelten et al., 2017).

A sedação paliativa tem por objetivo minimizar sintomas refratários, sejam eles físicos ou psicológicos, através da redução do nível de consciência, podendo ser ou não reversível (Rehme & Galli, 2017). Essa prática, ainda que bem aceita pelos profissionais de saúde, gera incertezas, devido à dificuldade em estabelecer o momento adequado para iniciá-la. Ela deve ser iniciada após discussões entre os profissionais de saúde, pacientes e/ou familiares, quando o sofrimento for intolerável (Menezes et al., 2019). Não deve interferir na temporalidade do processo de morrer, sendo essa a diferença de outras práticas de cuidado, como a eutanásia e o suicídio assistido (Eich et al., 2018).

A ordem de não reanimação cardiopulmonar caracteriza-se pela decisão de não reanimar pacientes com doença em estágio avançado, em fase final de vida, que tenham perdido a consciência irreversivelmente ou que apresentem parada cardíaca impossível de ser revertida. Profissionais de saúde apresentam dificuldades com essa prática em virtude de falhas na comunicação, oriundas principalmente do desconhecimento do paciente sobre seu prognóstico de saúde e, desta forma, optar por limitar tal prática tende a causar apreensão e dilemas éticos (Cogo et al., 2020; Putzel et al., 2016). Equipes de consultoria em cuidados paliativos podem facilitar a tomada de decisão dos profissionais frente a esta conduta. Essa equipe pode aumentar a adesão à ordem de não reanimar, uma vez que possuem melhor comunicação com o paciente e a família (Ramos et al., 2018).

Quanto à tomada de decisão, por vezes, médicos prolongam a vida de pacientes por terem a percepção de que seu papel é curar. Tal conduta converge com a aversão cultural à morte, somada à inexperiência com situações de fim de vida e insegurança (Willmott et al., 2016). Quando a tomada de decisão é feita de maneira compartilhada, envolvendo pacientes, familiares e equipe assistencial, o respeito ao princípio da autonomia e da não maleficência tendem a ser considerados (Martins Pereira et al., 2018).

Nesse sentido, ao retirar tratamentos mantenedores da vida, deve-se considerar os desejos do paciente com doença em estágio terminal e/ou de sua família (Salins et al., 2018). Trata-se de uma decisão influenciada pela especialidade do médico e, inclusive, como demonstrado nesta revisão, pela idade e sexo dos pacientes. Em relação à idade, estudo francês (Nessler et al., 2018) converge com os achados desta revisão, indicando relação entre idade avançada e limitação de tratamentos mantenedores da vida. Já estudo realizado em UTI's na Polônia encontrou resultados divergentes, não evidenciando relação significativa entre idade e a suspensão de uso de vasopressores (Siewiera et al., 2019). Igualmente, constatou que médicos possuem maior propensão em limitar tratamentos como coleta de gasometria, prescrição de vasopressores ou correção sérica de sódio e potássio, do que retirá-los por completo.

No que tange ao processo decisório, estudo brasileiro (Dos Anjos et al., 2020) realizado com 31 médicos de diferentes especialidades constatou prevalência de condutas invasivas, como prescrição de nutrição artificial, punção de acesso venoso e reanimação cardiopulmonar, em médicos sem religião se comparado com aqueles que relataram seguir alguma doutrina. Ainda, estudo francês (Douplat et al., 2020) aponta que médicos de família pouco participam das decisões finais sobre tratamentos mantenedores da vida quando os pacientes são encaminhados aos serviços de emergência, embora desejassem participar. Quando ocorre a transferência aos serviços de emergência, devido a complicações, muito pacientes são submetidos

a tratamentos invasivos, como ventilação mecânica, mesmo tendo manifestado previamente o desejo de não receber esse tipo de intervenção. Dessa forma, é mister a integração dos médicos de família na participação das decisões sobre limitação ou retirada de tratamentos mantenedores da vida, seja por meio de discussões prévias com o paciente e a família, seja por meio do registro documental e comunicação com os profissionais que atuam nos serviços de emergência e internação hospitalar.

Quanto à suspensão da hemodiálise existem divergências entre os médicos que, por vezes, consideram-na como tratamento e, por outras, como cuidado. A hemodiálise pode melhorar complicações decorrentes da falência renal. Entretanto, pode agravar problemas cardiovasculares e a fadiga nos pacientes. No Japão, por exemplo, sua suspensão é temida pelos médicos devido à falta de legislação e proteção legal em torno da tomada de decisão, que pode resultar em processos por parte da família, ou pacientes, contra os profissionais de saúde (Tanaka & Kodama, 2020).

Deliberar sobre eutanásia e suicídio assistido é, por vezes, um momento de divergência, com base nos artigos analisados, os médicos são os mais favoráveis a tais práticas. Estudo brasileiro aponta que enfermeiros que assistem às pessoas em final de vida se deparam com dilemas éticos no que tange à eutanásia, principalmente no cenário das Unidades de Terapia Intensiva, devido às tecnologias duras envolvidas no processo de cuidado do ambiente (Cogo et al., 2020). Corroborando com os achados desta revisão, pesquisa realizada na Finlândia (Terkamo-Moisio et al., 2019), com enfermeiros, mostrou que os mais jovens concordam mais com a participação ativa na tomada de decisão acerca da eutanásia do que enfermeiros mais velhos. Observa-se, assim, que a idade e tempo de atuação e formação são fatores que influenciam tanto médicos quanto enfermeiros.

Ouvir os pacientes que desejam acelerar a morte (pedidos de eutanásia e suicídio assistido) faz parte do acolhimento e respeito aos desejos das pessoas no final da vida. Porém, em muitas situações, os profissionais identificam através do diálogo e da escuta que tais desejos não são reais e que a pessoa pode estar em um momento de depressão ou suas necessidades não estão sendo abordadas integralmente. Portanto, devem estar preparados para reconhecer e diferenciar, mediante comunicação efetiva, os reais desejos dos pacientes, atentando para a resolutividade das intervenções sobre o sofrimento, nas suas diferentes dimensões (De Lima et al., 2017).

Quanto aos cuidados oncológicos às pessoas em final de vida, a quimioterapia é o tratamento paliativo mais utilizado. Resultados de um estudo de coorte realizado na Itália com pacientes com câncer metastático demonstram que pacientes com idade igual ou inferior a 70 anos têm maior probabilidade de receber esse tratamento em uma abordagem mais agressiva e, embora esse comportamento possa ser aceitável do viés psicológico, ele não é de fato apoiado por nenhuma base científica (Massa et al., 2018).

Estudo (Jang et al., 2018) enfatiza o aumento da realização exames de imagem e na frequência de procedimentos invasivos nos últimos três meses de vida de pacientes com câncer ginecológico em estágio final. Na Arábia Saudita, verificou-se que pacientes que receberam quimioterapia dentro de 60 dias anteriores à morte tinham maior probabilidade de morrer em uma UTI por complicações deste tratamento. Tal intervenção nos últimos dias de vida não foi considerada benéfica (Karim et al., 2015).

Em relação aos cuidados em final de vida, estudo espanhol (Campos-Calderón et al., 2016) identificou que a intervenção mais utilizada em pacientes em final de vida hospitalizados foi a prescrição de opioides, seguida por sedação paliativa e ordem de não reanimar. O mesmo estudo aponta que as intervenções mais registradas nos últimos dias de vida foram hidratação parenteral, punção venosa periférica e oxigenioterapia. Ainda de acordo com os resultados deste estudo e corroborando com resultado encontrado nesta revisão, não há diferença significativa quanto à realização de intervenções como cateterismo urinário, gástrico ou cateterismo intravenoso em pessoas categorizadas como em final de vida quando comparadas àquelas acometidas por doença com perspectiva de cura.

Estudo norueguês (Sørbye et al., 2019) verificou que mais da metade dos pacientes em final de vida utilizaram

opioides para dor ou dispneia. A morfina foi utilizada pela via subcutânea, corroborando com os achados anteriormente apresentados. Entretanto, o estudo (Sørbye et al., 2019) concluiu que raramente foi prescrita nutrição parenteral ou hidratação intravenosa no final da vida, o que vai de encontro ao evidenciado na presente revisão.

A via subcutânea tendo sido recomendada para a administração de medicamentos em pacientes no final da vida, além da via transdérmica, devido à diminuição significativa da via oral quando a morte se aproxima (Masman et al., 2015).

## 5. Considerações Finais

Conclui-se que as práticas de cuidado recomendadas às pessoas em final de vida devem priorizar o conforto e alívio sofrimento, sendo elas: utilização de fármacos como analgésicos opioides, sedativos, escopolamina, hipnóticos e ansiolíticos e redução de procedimentos invasivos. A via recomendada para administração de fármacos nesta etapa é a subcutânea. Às pessoas com doença oncológica recomenda-se quimioterapia, radioterapia e cirurgia paliativa, verificando-se até que momento tais terapias repercutem positivamente no controle de sintomas. A suspensão ou limitação da reanimação cardiopulmonar, hidratação, nutrição e hemodiálise, bem como a realização de eutanásia ou suicídio assistido apresentaram maiores divergências entre médicos e enfermeiros.

Os cuidados às pessoas em final de vida ainda centralizam-se em sintomas físicos, fato que vai de encontro à avaliação holística preconizada pela filosofia dos cuidados paliativos. Embora se perceba que os desejos do paciente devam ser considerados, médicos apresentam dificuldade em compartilhar as decisões em final de vida, centralizando a tomada de decisões. Destaca-se como limitação deste estudo a inclusão de artigos somente nos idiomas inglês e espanhol, escolha que reduz o número de artigos sobre o tema e impede a generalização dos achados. Além disso, os estudos tiveram, em sua maioria, fraco nível de evidência, limitando o potencial de recomendação das práticas de cuidado para os profissionais de saúde.

Frente ao exposto, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de legislações específicas sobre os direitos dos pacientes, especialmente no final da vida, bem como sua divulgação entre a população. Dessa forma, médicos e enfermeiros podem atuar de maneira mais segura, oferecendo cuidados que considerem os desejos da pessoa e atendam as dimensões físicas, emocionais, psicológicas e sociais. Recomenda-se a realização de estudos com maior nível de evidência para avaliação das práticas mais apropriadas às pessoas em final da vida, atentando para os princípios dos cuidados paliativos e à dignidade no final da vida.

## Referências

- Abbagnano, N. (2012). *Dicionário de filosofia* (6o ed). WMF Martins Fontes.
- Anderson, W. G., Chase, R., Pantilat, S. Z., Tulskey, J. A., & Auerbach, A. D. (2011). Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 26(4), 359–366. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1568-6>
- Årestedt, K., Alvariza, A., Boman, K., Öhlén, J., Goliath, I., Håkanson, C., Fürst, C. J., & Brännström, M. (2018). Symptom Relief and Palliative Care during the Last Week of Life among Patients with Heart Failure: A National Register Study. *Journal of Palliative Medicine*, 21(3), 361–367. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0125>
- Axelsson, L., Alvariza, A., Lindberg, J., Öhlén, J., Håkanson, C., Reimertz, H., Fürst, C.-J., & Årestedt, K. (2018). Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.015>
- Barnato, A. E., Hsu, H. E., Bryce, C. L., Lave, J. R., Emler, L. L., Angus, D. C., & Arnold, R. M. (2008). Using simulation to isolate physician variation in intensive care unit admission decision making for critically ill elders with end-stage cancer: A pilot feasibility study. *Critical Care Medicine*, 36(12), 3156–3163. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31818f40d2>
- Beauverd, M., Bernard, M., Currat, T., Ducret, S., Foley, R. A., Borasio, G. D., Blondeau, D., & Dumont, S. (2014). French Swiss physicians' attitude toward palliative sedation: Influence of prognosis and type of suffering. *Palliative & Supportive Care*, 12(5), 345–350. <https://doi.org/10.1017/S147895151300027>

- Bedell, S. E., Pelle, D., Maher, P. L., & Cleary, P. D. (1986). Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. How are they used and what is their impact? *JAMA*, 256(2), 233–237
- Bélanger, E., Rodríguez, C., Groleau, D., Légaré, F., Macdonald, M. E., & Marchand, R. (2014). Initiating decision-making conversations in palliative care: An ethnographic discourse analysis. *BMC Palliative Care*, 13, 63. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-6>
- Camhi, S. L., Mercado, A. F., Morrison, R. S., Du, Q., Platt, D. M., August, G. I., & Nelson, J. E. (2009). Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Critical Care Medicine*, 37(3), 919–925. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819613c>
- Campos-Calderón, C., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., Hernández-López, E., Ojeda-Virto, F., & García-Caro, M. P. (2016). Interventions and decision-making at the end of life: The effect of establishing the terminal illness situation. *BMC Palliative Care*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0162-z>
- Chang, D. W., & Brass, E. P. (2014). Patient and hospital-level characteristics associated with the use of do-not-resuscitate orders in patients hospitalized for sepsis. *Journal of General Internal Medicine*, 29(9), 1256–1262. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2906-x>
- Chou, H.-C., Huang, H.-L., Chen, C.-Y., Wang, C.-L., Shu, C.-C., Hsu, N.-C., Lin, Y.-F., Chen, J.-S., & Sheng, W.-H. (2018). Receipt of Vasopressors Is Positively Associated With the Length of the Actively Dying Process in Hospitalization. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(8), 1043–1049. <https://doi.org/10.1177/1049909117754040>
- Chou, W.-Y. S., Hamel, L. M., Thai, C. L., Debono, D., Chapman, R. A., Albrecht, T. L., Penner, L. A., & Eggly, S. (2017). Discussing prognosis and treatment goals with patients with advanced cancer: A qualitative analysis of oncologists' language. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(5), 1073–1080. <https://doi.org/10.1111/hex.12549>
- Clarke, G., Galbraith, S., Woodward, J., Holland, A., & Barclay, S. (2014). Should they have a percutaneous endoscopic gastrostomy? The importance of assessing decision-making capacity and the central role of a multidisciplinary team. *Clinical Medicine (London, England)*, 14(3), 245–249. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-3-245>
- Cogo, SB, Silva, KR, Sehnem, GD, Reisdorfer, AP, Ilha, AG, Malheiros, LCS, Boff, NK, Nietzsche, EA, Antunes, AP, Packaeser, MS&Badke, MR.(2020).The Nursing professional before the process of death and dying of the patient in the end of life. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-20, e764974752. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4752>
- Cook, D. J., Guyatt, G. H., Jaeschke, R., Reeve, J., Spanier, A., King, D., Molloy, D. W., Willan, A., & Streiner, D. L. (1995). Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. *Canadian Critical Care Trials Group. JAMA*, 273(9), 703–708.
- Cordeiro, F. R., & Kruse, M. H. L. (2019). É Possível Morrer No Domicílio? Análise Dos Cenários Brasileiro E Francês. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0602>
- Cordeiro, F. R., & Kruse, M. H. L. (2019). (End of) Life spaces: An ethnographic study in Brazilian and French homes and medical-social institutions. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190065>
- Courtwright, A. M., Brackett, S., Cadge, W., Krakauer, E. L., & Robinson, E. M. (2015). Experience with a hospital policy on not offering cardiopulmonary resuscitation when believed more harmful than beneficial. *Journal of Critical Care*, 30(1), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.003>
- De Bal, N., Dierckx de Casterlé, B., De Beer, T., & Gastmans, C. (2006). Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 589–599. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.08.003>
- De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., Venkateswaran, C., Bhatnagar, S., & Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 8–14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). “There’s a Catch-22” - The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians’ perspectives. *Palliative Medicine*, 31(8), 734–742. <https://doi.org/10.1177/0269216316673549>
- DeMartino, E. S., Wordingham, S. E., Stulak, J. M., Boilson, B. A., Fuechtman, K. R., Singh, N., Sulmasy, D. P., Pajaro, O. E., & Mueller, P. S. (2017). Ethical Analysis of Withdrawing Total Artificial Heart Support. *Mayo Clinic proceedings*, 92(5), 719–725. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.021>
- Dev, R., Dalal, S., & Bruera, E. (2012). Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6(3), 365–370. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328356ab4a>
- Díez-Manglano, J., Isasi de Isasmendi Pérez, S., Rubio Gómez, M., Formiga, F., Sánchez Muñoz, L. Á., Castiella Herrero, J., Casariego Vales, E., Torres Bonafonte, O. H., y los investigadores del estudio UDVIMI, del Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna, & Investigadores del estudio UDVIMI. (2019). End-of-life care for patients hospitalised in internal medicine departments. *Revista Clinica Espanola*, 219(3), 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.06.010>
- Dos Anjos, C. S., Borges, R. M. C., Chaves, A. C., de Souza Lima, A. C., Pereira, M. B. M., Gasparoto, M. L., Barrioso, P. D. C., & Fuzita, W. H. (2020). Religion as a determining factor for invasive care among physicians in end-of-life patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(2), 525–529. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04846-6>
- Douplat, M., Daoud, K., Berthiller, J., Schott, A.-M., Potinet, V., Le Coz, P., Tazarourte, K., & Jacquin, L. (2020). Poor Involvement of General Practitioners in Decisions of Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment in Emergency Departments. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 177–181. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05464-y>
- Economos, G., Cavalli, P., Guérin, T., Filbet, M., & Perceau-Chambard, E. (2019). Quality of end-of-life care in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 141–145. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.09.003>

- Eich, M., Verdi, M. I. M., Finkler, M., Martins, P. P. S., Eich, M., Verdi, M. I. M., Finkler, M., & Martins, P. P. S. (2018). Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 733–744. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0853>
- Farrington, N., Fader, M., Richardson, A., Prieto, J., & Bush, H. (2014). Indwelling urinary catheter use at the end of life: A retrospective audit. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(9), S4, S6-10. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup9.S4>
- Fu, P.-K., Tung, Y.-C., Wang, C.-Y., Hwang, S.-F., Lin, S.-P., Hsu, C.-Y., & Chen, D.-R. (2018). Early and late do-not-resuscitate (DNR) decisions in patients with terminal COPD: A retrospective study in the last year of life. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2447. <https://doi.org/10.2147/COPD.S168049>
- Gilbar, P. J., McPherson, I., Aisthorpe, G. G., & Kondalsamy-Chennakes, S. (2019). Systemic anticancer therapy in the last 30 days of life: Retrospective audit from an Australian Regional Cancer Centre. *Journal of Oncology Pharmacy Practice: Official Publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*, 25(3), 599–606. <https://doi.org/10.1177/1078155217752077>
- Guardia-Mancilla, P., Montoya-Juárez, R., Expósito-Ruiz, M., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M. P., & Cruz-Quintana, F. (2017). Variability in professional practice among departments explains the type of end-of-life care but not the difficulty of professionals with decision-making / La variabilidad de la práctica profesional entre los departamentos explica el tipo de cuidados sanitarios al final de la vida, pero no las dificultades que afrontan los profesionales respecto de la toma de decisiones. *Studies in Psychology*, 38(3), 707–733. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1328845>
- Hamano, J., Morita, T., Ikenaga, M., Abo, H., Kizawa, Y., & Tunetou, S. (2018). A Nationwide Survey About Palliative Sedation Involving Japanese Palliative Care Specialists: Intentions and Key Factors Used to Determine Sedation as Proportionally Appropriate. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 785–791. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.006>
- Hiramoto, S., Tamaki, T., Nagashima, K., Horii, T., Kikuchi, A., Yoshioka, A., & Inoue, A. (2019). Prognostic factors in patients who received end-of-life chemotherapy for advanced cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 454–459. <https://doi.org/10.1007/s10147-018-1363-7>
- Jang, T.-K., Kim, D.-Y., Lee, S.-W., Park, J.-Y., Suh, D.-S., Kim, J.-H., Kim, Y.-M., Kim, Y.-T., & Nam, J.-H. (2018). Trends in treatment during the last stages of life in end-stage gynecologic cancer patients who received active palliative chemotherapy: A comparative analysis of 10-year data in a single institution. *BMC Palliative Care*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0348-7>
- Karim, S. M., Zekri, J., Abdelghany, E., Dada, R., Munsoor, H., & Ahmad, I. (2015). Time from last chemotherapy to death and its correlation with the end of life care in a referral hospital. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology: Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 36(1), 55–59. <https://doi.org/10.4103/0971-5851.151792>
- Koff, G., Vaid, U., Len, E., Crawford, A., & Oxman, D. A. (2017). Differences in Utilization of Life Support and End-of-Life Care for Medical ICU Patients With Versus Without Cancer. *Critical Care Medicine*, 45(4), e379–e383. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002260>
- Kruser, J. M., Taylor, L. J., Campbell, T. C., Zelenski, A., Johnson, S. K., Nabozny, M. J., Steffens, N. M., Tucholka, J. L., Kwekkeboom, K. L., & Schwarze, M. L. (2017). “Best Case/Worst Case”: Training surgeons to use a novel communication tool for high-risk acute surgical problems. *Journal of pain and symptom management*, 53(4), 711-719.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.014>
- Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2016). Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(5), e010451. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451>
- Le, B. H. C., & Watt, J. N. (2010). Care of the dying in Australia’s busiest hospital: Benefits of palliative care consultation and methods to enhance access. *Journal of Palliative Medicine*, 13(7), 855–860. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0339>
- Liu, T.-W., Hung, Y.-N., Soong, T. C., & Tang, S. T. (2015). Increasing Receipt of High-Tech/High-Cost Imaging and Its Determinants in the Last Month of Taiwanese Patients With Metastatic Cancer, 2001-2010: A Retrospective Cohort Study. *Medicine*, 94(32), e1354. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001354>
- Martins Pereira, S., Fradique, E., & Hernández-Marrero, P. (2018). End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes. *Journal of Palliative Medicine*, 21(5), 604–615. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0403>
- Masman, A. D., van Dijk, M., Tibboel, D., Baar, F. P. M., & Mathôt, R. A. A. (2015). Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(5), 767–775. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0094-3>
- Massa, I., Nanni, O., Foca, F., Maltoni, M., Derni, S., Gentili, N., Frassinetti, G. L., Casadei Gardini, A., Valgiusti, M., Amadori, D., Prati, E., Altini, M., Gallegati, D., & Sansoni, E. (2018). Chemotherapy and palliative care near end-of life: Examining the appropriateness at a cancer institute for colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*, 17(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0339-8>
- McIlvennan, C. K., Wordingham, S. E., Allen, L. A., Matlock, D. D., Jones, J., Dunlay, S. M., & Swetz, K. M. (2017). Deactivation of Left Ventricular Assist Devices: Differing Perspectives of Cardiology and Hospice/Palliative Medicine Clinicians. *Journal of Cardiac Failure*, 23(9), 708–712. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.12.001>
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. (2019) Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2019). Uso De Gerenciador De Referências Bibliográficas Na Seleção Dos Estudos Primários Em Revisão Integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>
- Menezes, M. S., Figueiredo, M. das G. M. da C. de A., Menezes, M. S., & Figueiredo, M. das G. M. da C. de A. (2019). The role of end-of-life palliative sedation: Medical and ethical aspects - Review. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>

- Moffat, S., Skinner, J., & Fritz, Z. (2016). Does resuscitation status affect decision making in a deteriorating patient? Results from a randomised vignette study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(6), 917–923. <https://doi.org/10.1111/jep.12559>
- Montagnini, M., Smith, H. M., Price, D. M., Ghosh, B., & Strodman, L. (2018). Self-Perceived End-of-Life Care Competencies of Health-Care Providers at a Large Academic Medical Center. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(11), 1409–1416. <https://doi.org/10.1177/1049909118779917>
- Mori, M., Shimizu, C., Ogawa, A., Okusaka, T., Yoshida, S., & Morita, T. (2019). What determines the timing of discussions on forgoing anticancer treatment? A national survey of medical oncologists. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1375–1382. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4423-7>
- Mroueh, R., Haapaniemi, A., Saarto, T., Grönholm, L., Grénman, R., Salo, T., & Mäkitie, A. A. (2019). Non-curative treatment of patients with oral tongue squamous-cell carcinoma. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 276(7), 2039–2045. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05456-y>
- Nessler, N., Roquilly, A., Lasocki, S., Dahyot-Fizelier, C., Launey, Y., Raphaël, C., Hubert, M., Isslame, S., Perrigault, P.-F., Geeraerts, T., Mimos, O., Marhar, F., Mallédant, Y., Feuillet, F., Asehnoune, K., Seguin, P., BIVILI investigators, & ATLANREA group. (2018). Patient factors and outcomes associated with the withdrawal or withholding of life-sustaining therapies in mechanically ventilated brain-injured patients: An observational multicentre study. *European Journal of Anaesthesiology*, 35(7), 511–518. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000783>
- Opstelten, J. L., de Wijkerslooth, L. R. H., Leenders, M., Bac, D. J., Brink, M. A., Loffeld, B. C. A. J., Meijnen-Bult, M. J. F., Minderhoud, I. M., Verhagen, M. A. M. T., van Oijen, M. G. H., & Siersema, P. D. (2017). Variation in palliative care of esophageal cancer in clinical practice: Factors associated with treatment decisions. *Diseases of the Esophagus: Official Journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 30(2), 1–7. <https://doi.org/10.1111/dote.12478>
- Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-Gombaki, K., Govina, O., Panagiotou, I., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2010). Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 97(2–3), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.04.008>
- Penders, Y. W. H., Bopp, M., Zellweger, U., Bosshard, G., & Swiss Medical End-of-Life Decisions Study Group. (2020). Continuing, Withdrawing, and Withholding Medical Treatment at the End of Life and Associated Characteristics: A Mortality Follow-back Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 126–132. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05344-5>
- Penrod, J. D., Pronovost, P. J., Livote, E. E., Puntillo, K. A., Walker, A. S., Wallenstein, S., Mercado, A. F., Swoboda, S. M., Ilaoa, D., Thompson, D. A., & Nelson, J. E. (2012). Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: Clinical performance and predictors. *Critical Care Medicine*, 40(4), 1105–1112. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182374a50>
- Philip, J., Russell, B., Collins, A., Brand, C., Le, B., Hudson, P., & Sundararajan, V. (2019). The Ethics of Prioritizing Access to Palliative Care: A Qualitative Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 36(7), 577–582. <https://doi.org/10.1177/1049909119833333>
- Piili, R., Metsänoja, R., Hinkka, H., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., & Lehto, J. (2018). Changes in attitudes towards hastened death among Finnish physicians over the past sixteen years. *BMC Medical Ethics*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0290-5>
- Polit, D. F., & Cheryl, T. (2019). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem (9o ed). Artmed.
- Pugh, E. J., Song, R., Whittaker, V., & Blenkinsopp, J. (2009). A profile of the belief system and attitudes to end-of-life decisions of senior clinicians working in a National Health Service Hospital in the United Kingdom. *Palliative Medicine*, 23(2), 158–164. <https://doi.org/10.1177/0269216308100248>
- Putzel, E. L., Hilleshein, K. D., Bonamigo, E. L., Putzel, E. L., Hilleshein, K. D., & Bonamigo, E. L. (2016). Terminally ill patients' do not resuscitate orders from the doctors' perspective. *Revista Bioética*, 24(3), 596–602. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243159>
- Ramos, J. G. R., Tourinho, F. C., Borrione, P., Azi, P., Andrade, T., Costa, V., Reis, Z., Batista, P. B. P., Mendes, A. V., Ramos, J. G. R., Tourinho, F. C., Borrione, P., Azi, P., Andrade, T., Costa, V., Reis, Z., Batista, P. B. P., & Mendes, A. V. (2018). Effect of a palliative care program on trends in intensive care unit utilization and do-not-resuscitate orders during terminal hospitalizations. An interrupted time series analysis. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(3), 308–316. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20180042>
- Rehme, B. B., & Galli, N. B. (2017). Sedação Paliativa do paciente terminal: Revisão de literatura a propósito de um caso. *Revista Médica Da UFPR*, 4(1), 31–34.
- Reid, C., Gibbins, J., Bloor, S., Burcombe, M., McCoubrie, R., & Forbes, K. (2015). Healthcare professionals' perspectives on delivering end-of-life care within acute hospital trusts: A qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(5), 490–495. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000468>
- Robijn, L., Chambaere, K., Raus, K., Rietjens, J., & Deliens, L. (2017). Reasons for continuous sedation until death in cancer patients: A qualitative interview study. *European Journal of Cancer Care*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12405>
- Robijn, L., Seymour, J., Deliens, L., Korff, I., Brown, J., Pype, P., Van Der Heide, A., Chambaere, K., Rietjens, J., & UNBIASED consortium. (2018). The involvement of cancer patients in the four stages of decision-making preceding continuous sedation until death: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(7), 1198–1207. <https://doi.org/10.1177/0269216318770342>
- Robinson, F., Cupples, M., & Corrigan, M. (2007). Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: Qualitative study. *Palliative Medicine*, 21(4), 305–312. <https://doi.org/10.1177/0269216307077817>
- Salins, N., Gursahani, R., Mathur, R., Iyer, S., Macaden, S., Simha, N., Mani, R. K., & Rajagopal, M. R. (2018). Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 22(4), 249–262. [https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM\\_165\\_18](https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_165_18)

- Scott, J., Owen-Smith, A., Tonkin-Crine, S., Rayner, H., Roderick, P., Okamoto, I., Leydon, G., Caskey, F., & Methven, S. (2018). Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: A secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study. *BMJ Open*, 8(11), e022385. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022385>
- Seale, C. (2010). The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *Journal of Medical Ethics*, 36(11), 677–682. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.036194>
- Sellars, M., Tong, A., Luckett, T., Morton, R. L., Pollock, C. A., Spencer, L., Silvester, W., & Clayton, J. M. (2017). Clinicians' Perspectives on Advance Care Planning for Patients With CKD in Australia: An Interview Study. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 70(3), 315–323. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.11.023>
- Siewiera, J., Tomaszewski, D., Piechocki, J., & Kübler, A. (2019). Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: Experiences in limiting futile therapy from three Polish intensive care departments. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 28(4), 541–546. <https://doi.org/10.17219/acem/78775>
- Sørbye, W. L., Steindal, S. A., Kalfoss, M. H., & Vibe, O. E. (2019). Opioids, Pain Management, and Palliative Care in a Norwegian Nursing Home From 2013 to 2018. *Health Services Insights*, 12. <https://doi.org/10.1177/1178632919834318>
- Steindal, S. A., Bredal, I. S., Ranhoff, A. H., Sørbye, L. W., & Lerdal, A. (2015). The last three days of life: A comparison of pain management in the young old and the oldest old hospitalised patients using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *International Journal of Older People Nursing*, 10(4), 263–272. <https://doi.org/10.1111/opn.12076>
- Syed, A. A., Almas, A., Naeem, Q., Malik, U. F., & Muhammad, T. (2017). Barriers and perceptions regarding code status discussion with families of critically ill patients in a tertiary care hospital of a developing country: A cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 31(2), 147–157. <https://doi.org/10.1177/0269216316650789>
- Tanaka, M., & Kodama, S. (2020). Ethical Issues Around the Withdrawal of Dialysis Treatment in Japan. *Asian Bioethics Review*, 12(1), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00109-3>
- Taniguchi, C., Sakakibara, H., Saka, H., Oze, I., & Tanaka, H. (2016). Japanese Nurses' Perceptions Toward Tobacco Use Intervention for Hospitalized Cancer Patients Who Entered End of Life. *Cancer Nursing*, 39(6), E45–E51. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000336>
- Terkamo-Moisio, A., Gastmans, C., Rynänen, O.-P., & Pietilä, A.-M. (2019). Finnish nurses' attitudes towards their role in the euthanasia process. *Nursing Ethics*, 26(3), 700–714. <https://doi.org/10.1177/0969733017720850>
- Thomas, J. M., O'Leary, J. R., & Fried, T. R. (2014). A Comparison of the Willingness of Resident and Attending Physicians to Comply with the Requests of Patients at the End of Life. *Journal of General Internal Medicine*, 29(7), 1048–1054. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2830-0>
- Tsai, H.-Y., Chung, K.-P., & Kuo, R. N.-C. (2018). Impact of Targeted Therapy on the Quality of End-of-Life Care for Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: A Population-Based Study in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 798–807.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.009>
- Verhofstede, R., Smets, T., Cohen, J., Eecloo, K., Costantini, M., Van Den Noortgate, N., & Deliens, L. (2017). End-of-Life Care and Quality of Dying in 23 Acute Geriatric Hospital Wards in Flanders, Belgium. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 693–702. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.363>
- Wagemans, A. M. A., van Schroyen Lantman-de Valk, H. M. J., Proot, I. M., Bressers, A. M., Metsemakers, J., Tuffrey-Wijne, I., Groot, M., & Curfs, L. M. G. (2017). Do-Not-Attempt-Resuscitation orders for people with intellectual disabilities: Dilemmas and uncertainties for ID physicians and trainees. The importance of the deliberation process. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 61(3), 245–254. <https://doi.org/10.1111/jir.12333>
- Wang, C.-L., Lin, C.-Y., Huang, C.-C., Lin, C.-S., Hu, C.-C., Hwang, S.-F., Yen, T.-T., Liou, Y.-S., & Lee, L.-C. (2019). Do-not-resuscitate status is correlated with the prescribed use of systemic strong opioid analgesics in patients with terminal cancer: An observational study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4507–4513. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04765-6>
- Willmott, L., White, B., Gallois, C., Parker, M., Graves, N., Winch, S., Callaway, L. K., Shepherd, N., & Close, E. (2016). Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: A qualitative study. *Journal of Medical Ethics*, 42(8), 496–503. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103370>
- Ziegler, S., Schmid, M., Bopp, M., Bosshard, G., & Puhon, M. A. (2018). Continuous Deep Sedation Until Death—a Swiss Death Certificate Study. *Journal of General Internal Medicine*, 33(7), 1052–1059. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4401-2>
- Zillmer, J. G. V., Schwartz, E., & Muniz, R. M. (2012). O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1371–1378. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600013>