

MEDICINA PALIATIVA E ORTOTANÁSIA NUMA PACIENTE EM FASE TERMINAL DE CÂNCER DE PÂNCREAS - RELATO DE CASO

Suellen Alves Moreira¹

Luana Matos Santos²

Roberta Lara Napoleão³

Tiago Campos Ferreira Rocha⁴

Ana Letícia Barbosa⁵

Diogo Pena Moreira⁶

Ronny Francisco de Souza⁷

RESUMO

O câncer de pâncreas persiste como um dos mais agressivos tumores malignos do trato digestivo. Trata-se de uma moléstia com alta agressividade, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta. A manifestação clínica costuma ser inespecífica, sendo que na maioria dos casos o paciente se mantém assintomático até atingir estágios avançados de doença. As principais manifestações observadas são dor no andar superior do abdome que irradia para dorso,

perda peso e icterícia obstrutiva. O principal exame de imagem adjuvante ao diagnóstico é a tomografia computadorizada helicoidal com visualização da lesão e delimitação do avanço da doença. Devido ao prognóstico ruim em sua fase terminal, é de suma importância o emprego dos cuidados paliativos e uso da ortotanásia para o quadro algico, visando atenuar o sofrimento do paciente. O presente estudo trata-se de um relato de caso clínico, descritivo de cunho qualitativo, utilizando os registros documentais por meio do prontuário da paciente diagnosticada com Câncer de

¹ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

² Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

³ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

⁴ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

⁵ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

⁶ Médico Pediatra. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

⁷ Biólogo. D, pós doutor em Bioquímica em Biologia Molecular/UFV. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC.

Pâncreas em fase terminal, para receber os cuidados paliativos e ortotanásia.

Palavras-chave: neoplasia pancreática; câncer pancreático; pâncreas.

ABSTRACT

Pancreatic cancer persists as one of the most aggressive malignant tumors of the digestive tract. It is a disease with high aggressiveness, with only 15% to 20% of patients being able to undergo surgical resection and cure at diagnosis, mainly due to the late symptomatology presented. The clinical manifestation is usually non-specific, and in most cases the patient remains asymptomatic until reaching advanced stages of disease. The main manifestations observed are pain in the upper abdomen that radiates to the back, weight loss and obstructive jaundice. The main adjuvant ima-

ging test at diagnosis is helicoid computed tomography with lesion visualization and delimitation of disease progression. Due to the poor prognosis in the terminal phase, the use of palliative care and the use of orthothanasia to maintain pain is of paramount importance in order to alleviate the patient's suffering. The present study is a case report, qualitative descriptive, using the documentary records through the medical records of the patient diagnosed with End-Stage Pancreatic Cancer to receive palliative care and orthothanasia.

Keywords: pancreatic neoplasm; pancreatic cancer; pancreas.

INTRODUÇÃO

Segundo os estudos de Amico (2008), o câncer de pâncreas prossegue como um dos mais agressivos tumores malignos do trato digestivo. A maior evidência de tal fato pode ser confirmada pela estreita correlação entre o número de novos casos diagnosticados e a incidência de morte pela doença por ano nas diversas regiões do mundo.

Trata-se de uma doença com alta agressividade, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta (Instituto Nacional do Câncer, 2017).

A moléstia em questão possui taxa de incidência de mais de 42 mil casos novos diagnosticados a cada ano nos EUA, sendo esperado que a maioria destes venha a falecer da própria doença. No Brasil representa 2% de todos os tipos de câncer, sendo responsável por 4% do total de mortes por câncer, de acordo com a estimativa de 2008 de incidência de câncer no Brasil pelo Instituto Nacional do Câncer (Jemal *et al.*, 2014).

Esta neoplasia possui fatores de risco bem conhecidos, sendo mais comum em idosos entre a 7^a e a 8^a década de vida, no sexo masculino, etnia negra e descendentes judaicos asquenaze. Estima-se que aproximadamente 10% dos doentes com adenocarcinoma de pâncreas têm ou terão pelo menos um parente de primeiro ou de segundo grau acometido. Conclui-se que esta predisposição genética também está relacionada a casos de pancreatite autoimune, melanoma múltiplo atípico familiar, mutação do p16 e 25 e síndrome de Peutz-Jeghers (Ries *et al.*, 2010).

O tabagismo é outro fator bem documentado, mostrando que o risco para desenvolver câncer de pâncreas se eleva à medida que o número de cigarros consumidos aumenta, assim como a cessação deste hábito diminui o risco. Ademais, mostra-se forte correlação entre a obesidade e risco aumentado de desenvolvimento do tumor. Ainda está em investigação sua associação com dieta, consumo de álcool, alguns medicamentos (aspirina e antiinflamatórios não hormonais), diabetes mellitus, infecção por *Helicobacter pylori* e pancreatite crônica (Lal *et al.*, 2000).

O quadro clínico dessa doença costuma ser inespecífico, sendo que na maioria dos casos o paciente se mantém assintomático até atingir estágios avançados de doença. As principais manifestações observadas são dor no andar superior do abdome que irradia para dorso ("em faixa"), perda peso e icterícia obstrutiva. Na lesão da cabeça do

pâncreas é comum existir esteatorréia, perda ponderal, icterícia e Sinal de Courvoisier-Terrier, enquanto que no corpo e na cauda, há maior ocorrência de perda de peso e dor (Kalser, 1985).

O principal exame de imagem adjuvante ao diagnóstico é a tomografia computadorizada helicoidal com visualização da lesão e delimitação do avanço da doença (local e metástases). A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética abdominal são ineficazes para a detecção de tumores menores que 1-2 cm. A ultrassom endoscópica é método preciso na identificação de lesões menores que 3,0 cm. O meio mais seguro para diagnóstico de câncer é a biopsia (Ardengh & Nakao, 2010).

Estudos apontam que o prognóstico do câncer de pâncreas é reservado com sobrevida média de oito a doze meses para doença localmente avançada e até seis meses na doença metastática, independentemente da terapia de escolha. A pancreatectomia (intervenção cirúrgica) é o único tratamento com potencial de cura, embora apenas cerca de 20% dos pacientes diagnosticados são candidatos a cirurgia, com uma mortalidade de 1-4% em centros de referência da doença (Moore *et al.*, 2007).

O tratamento clínico indicado na moléstia em questão é a quimioterapia, mas o mesmo tem resposta variável e um padrão de resistência bastante preocupante. A droga atual de primeira linha é a gemcitabina sozinha ou em combinação com outros quimioterápicos – por exemplo, o erlotinibe (Moore *et al.*, 2007).

A ortotanásia é considerada a verdadeira boa morte, morte digna, pois esta irá ocorrer no momento correto, sem encurtar ou prolongar o processo de morte. Nessa perspectiva, será respeitado o curso de vida normal da pessoa, e a atenção será voltada para o conforto do paciente, visto que a ortotanásia só se aplica aos casos de doenças incuráveis e pacientes terminais como no caso de um prognóstico ruim de câncer de pâncreas. Nesse sentido, a morte do paciente ocorre dentro de uma situação de terminabilidade da vida, visto que não se inicia com uma ação médica, e sim, pela interrupção de medidas extraordinárias, com o objetivo de atenuar o sofrimento (Cabette, 2013).

O pâncreas, anatomicamente, é um órgão retroperitoneal, sua inervação sensitiva para dor é escassa. Desta forma, o câncer de pâncreas, geralmente, desenvolve-se de forma imperceptível, sem causar sintomas, o que torna sua detecção precoce praticamente impossível. Sua evolução é rápida e torna o câncer pancreático um dos tipos mais letais. Na maioria dos casos é reconhecido clinicamente em estágios muito avançados. São raros antes dos 30 anos e, muito comuns após os 60 anos. A incidência aumenta gradualmente conforme o avanço da idade. A maioria dos tumores pancreáticos se desenvolve na cabeça e colo do pâncreas (Ries *et al.*, 2010).

O adenocarcinoma ductal pancreático são os responsáveis por 90% das neoplasias pancreáticas, as alterações causadas por esse tipo histológico de tumor nos ductos principal e acessório do pâncreas são bem caracterizadas. Os cistoadenocarcinomas, em geral, se apresentam como grandes massas e têm um prognóstico melhor quando comparados com o adenocarcinoma (Li *et al.*, 2010).

A letalidade do câncer pancreático é atribuída devido a seu início muito insidioso e, portanto, quando é feito o diagnóstico seu estágio está avançado. Apenas os cânceres pulmonares, colos e mama causam mais morte que o câncer pancreático por ano. Os exames usados para diagnosticar o câncer de pâncreas são radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e biopsia (Ries *et al.*, 2010).

O câncer de pâncreas pode gerar um desconforto na sua fase inicial, parecido com uma dor abdominal vaga de pequena ou média intensidade, localizada na região epigástrica. Muitas vezes, não se dá importância clínica para este tipo de sintoma. Na maior parte dos casos, essa manifestação só começa a causar preocupação quando outros sinais ou sintomas aparecem como fraqueza, tontura, diarreia, perda de peso, de apetite e icterícia quando ocorre a obstrução do ducto colédoco (Solicia & Capella, 1995; Nobeschi, 2012).

Conforme apontam os estudos de Egawa *et al.*, (2004), para início da sintomatologia, os tumores precisam ser grandes ou se localizarem na periferia do órgão. Os tumores no adenocarcinoma ductal

pancreático aparecem menores que 1cm, e estão localizados no parênquima do órgão, fato que repercute na ausência da sintomatologia, dificultando o exame clínico.

As pesquisas de Greene *et al.*, (2002) confirmam que os adenocarcinomas ductais aparecem com maior frequência na cabeça do pâncreas, ocasionando a obstrução do ducto colédoco. Com isso, a bile reflua para o fígado e, em seguida, para a circulação sanguínea, causando desta forma, a icterícia. Ademais, quando os tumores se encontram avançados a dor passa a ser o sintoma mais importante. Ela pode ser de pequena intensidade, não obstante, normalmente é forte e se localiza no dorso, na região das costelas inferiores. Quando ocorre dificuldades na digestão de alimentos gordurosos, ou aumento de gordura nas fezes, é indicativo de obstrução da via biliar.

Um dos principais fatores de risco é o uso de derivados do tabaco. Pesquisas evidenciaram que os fumantes possuem cinco vezes mais chances de desenvolver a doença do que os não fumantes. Dependendo da quantidade e do tempo de consumo, o risco fica ainda maior. Outro fator de risco que contribui para a fisiopatologia da doença é o consumo excessivo de gordura, carnes e de bebidas alcoólica e a exposição a compostos químicos, como solventes e petróleo, durante um período prolongado (Rumancik *et al.*, 1984).

As pesquisas de Wang *et al.*, (2003) apontam que as diabetes ou intolerância à glicose foram observados em 80% dos pacientes com adenocarcinoma pancreático.

Os estudos realizados por Fennelly & Kelsen (1996), mostraram que os pacientes que sofrem de pancreatite crônica apresentam risco 14 vezes maior de desenvolver o adenocarcinoma pancreático. Participam também desse grupo, os pacientes que foram submetidos a cirurgias de úlceras gástrica ou duodenal, ou sofreram a colecistectomia.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome com múltiplos detectores é na atualidade o exame preferido para o diagnóstico e estadiamento clínico do adenocarcinoma de pâncreas. Este método permite exame rápido em um único evento de apneia, com fases arterial, portal e parenquimatosa, com cortes finos e reconstrução em

vários planos. Desta forma, é obtida precisa correlação do tumor com estruturas adjacentes como o tronco mesentérico-portal, artéria mesentérica superior e ainda órgãos distantes, como o fígado podem ser adequadamente avaliados pela TC de abdome (Alexakis *et al.*, 2004; Clark *et al.*, 2003; Parsons *et al.*, 2008; Royal *et al.*, 2008; Rodriguez *et al.*, 2008).

Conforme Michaud (2001), não existe uma forma conhecida de se evitar esse tipo de câncer. Porém, algumas medidas preventivas podem ser adotadas, como evitar uso do tabaco, evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e adotar uma dieta balanceada com vegetais e frutas.

Para indivíduos submetidos à cirurgia de úlcera gástrica ou duodenal, ou colecistectomia, recomenda-se à realização de exames regulares, como também para aqueles com histórico familiar de câncer. Pessoas que sofrem de pancreatite crônica ou de diabetes melitus devem também fazer exames periódicos (Rumancik *et al.*, 1984).

O adenocarcinoma de pâncreas pode ser curado se for descoberto na fase inicial. Nos casos onde a cirurgia é uma opção, o mais indicado é a ressecção, ou seja, a retirada cirúrgica do tumor. Ademais, os procedimentos de radioterapia e quimioterapia, associados ou não, que podem ser utilizados para redução do tamanho do tumor e alívio dos sintomas. Nos pacientes com metástases a alternativa paliativa é a colocação de endoprótese (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2017).

De acordo com as pesquisas de Ereno (2014), a prática da ortotanásia é considerada a morte digna do paciente, pois esta irá ocorrer no momento adequado, sem encurtar ou prolongar o processo de morte. Nessa perspectiva, será respeitado o curso de vida normal da pessoa, e o médico deverá voltar sua atenção para o conforto do paciente, visto que a ortotanásia só se aplica aos casos de doenças incuráveis e pacientes terminais.

Na ortotanásia, a morte do paciente ocorre dentro de uma situação de terminabilidade da vida, pois não se inicia com uma ação médica, e sim, pela interrupção de medidas extraordinárias, como o objetivo de atenuar o sofrimento do paciente (Cabette, 2013).

Segundo os estudos de Garcia (2007), o que caracteriza a ortotanásia é a escolha de terapias apropriadas ao caso em concreto, não importando no abandono do tratamento do doente. O médico não deverá insistir em determinadas formas de terapia como hidratações, utilização de aparelhos invasivos, cirurgias e outras, estas que podem causar maior sofrimento para o paciente, sem a garantia de sucesso na postergação do desfecho fatal, para fazer uso de outras, possibilitando o aumento no conforto do enfermo. O objetivo da ortotanásia é tratar um doente que sofre, e não a doença incurável.

Conforme os conceitos de Santoro (2012), enquanto o paciente tiver qualquer chance de cura, ainda que mínima, persiste o dever do médico de salvá-lo, assegurando o direito à vida sempre em primeiro lugar. Porém, quando a morte for iminente e inevitável, não podendo a vida mais ser preservada, o médico deverá adotar medidas que protejam e respeitem a dignidade, abstendo-se, dessa forma, de práticas que submetam o paciente à tratamento fútil e sem resultados para cura. Seguindo este raciocínio, deve haver proporcionalidade entre a relação meio e o fim, devendo ser essa adequada, necessária e vantajosa, de modo que de nada adiantam os tratamentos curativos e paliativos se a doença está em fase terminal.

Os estudos de Alvarenga (2005), concluíram que a função curadora da medicina engloba o curar e o cuidar, e a cura pode ser entendida em um sentido amplo, mesmo naqueles casos em que a medicina não pode curar. Efetivamente, a medicina pode curar ao ajudar efetivamente a pessoa a conviver com doenças permanentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde: Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio de prevenção e do alívio do sofrimento.

Os cuidados paliativos dão a possibilidade do máximo de bem-estar ao paciente em sua hora final, com isso, pode falar-se em saúde do doente crônico ou terminal. Para que o sofrimento do paciente seja controlado, esse necessita ter certeza de que não será abandonado, e que suas preocupações e ansiedades não serão ignoradas. A medicina

paliativa abrange cuidados com as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e, se necessário, prolonga-se essa atenção até o momento do luto, observada a assistência à família (Alvarenga, 2005).

A ortotanásia, frente à morte iminente e inevitável, se apresenta como o ato do médico suspender a realização de medidas para prolongar a vida do paciente, medidas consideradas inúteis, já que levariam o paciente a um sofrimento desnecessário. É uma conduta respeitosa por parte do médico perante a naturalidade do curso de vida do doente terminal. O médico passa a oferecer cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade, buscando atenuar a dor do paciente, pois o curso normal da vida levará todos os humanos, inexoravelmente, à morte, razão pela qual os tratamentos curativos deverão ser implantados somente quando a cura do paciente for possível (Santoro, 2012; Lopes, 2011).

O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente diagnosticada com Câncer de Pâncreas, abordando aspectos do diagnóstico, sinais e sintomas, tratamento e etiologia da doença, além de oferecer informações acerca destes aos profissionais de saúde além discutir sobre o emprego dos cuidados paliativos e da ortotanásia em pacientes que estão em fase terminal da moléstia em questão.

Trata-se de um relato de caso clínico, descritivo de cunho qualitativo, utilizando os registros documentais por meio do prontuário da paciente. A amostra utilizada foi uma paciente do sexo feminino, 81 anos, viúva, aposentada, brasileira, natural de Caratinga, diagnosticada com Câncer de Pâncreas.

A coleta de dados foi realizada através da história clínica da paciente e as informações contidas em seu prontuário médico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 81 anos, viúva, aposentada, diagnosticada com Câncer de Pâncreas com metástase em fase terminal, atendida para receber os cuidados paliativos e ortotanásia. Ao exame físico a paciente se encontrava hipocorada, desidratada, acianótica, icterica, afebril, regular estado geral, caquexia e lúcida e orientada no tempo e

espaço. No exame físico cardiovascular pôde-se evidenciar na ausculta o ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. O exame físico abdominal apresentou ruídos hidroaéreos aumentados (+++), abdome globoso e doloroso à palpação profunda difusa.

A conduta do médico que atendeu a paciente foi administração de 500 mL de soro fisiológico 0,9% lento, Simeticona e Dimorf LC 30 mg. Além disso, foi solicitado os seguintes exames complementares: Hemograma + Plaquetas; Glicose; LDH; PCR; TGO e TGP; Fosfatase alcalina; Gama GT; Amilase e Lipase; Bilirrubina total + frações; Cálcio; Sódio; Potássio; Ureia; Creatina; TAP e TTPA; EAS + gram de gotas. Após controle da hidratação e quadro álgico a paciente recebeu alta hospitalar.

Posteriormente, o médico visitou a paciente com câncer de pâncreas em fase terminal, no leito de sua casa, para providenciar os cuidados paliativos e ortotanásia. Ao exame físico a paciente se encontra prostrada, pouco contactuante, gemente, com vômito fecalóide em jato, palidez cutânea, icterícia, afebril e cianose periférica. A frequência respiratória foi 35, a frequência cardíaca 145 bpm e a saturação de oxigênio entre 75 – 85%. A conduta do médico no momento foi de prescrever Bromoprida, Transamin e Morfina, com melhora parcial do quadro álgico. Foi administrado também o Midazolam 15mg, com melhora significativa do quadro doloroso, sonolência e manutenção do padrão respiratório e saturação. Em seguida, às 13 horas, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, sendo constatado o óbito.

DISCUSSÃO

De acordo com os estudos de Moore *et al.*, (2013), o prognóstico do câncer de pâncreas é reservado com sobrevida média de 8-12 meses para doença localmente avançada e até seis meses na doença metastática, independentemente da terapia de escolha. A pancreatectomia é o único tratamento com potencial de cura, porém apenas cerca de 20% dos pacientes diagnosticados são candidatos a cirurgia, com uma mortalidade de 1-4% em centros de referência da doença. Diante tais informações, fica evidente que o prognóstico da doença não é

bom, fato que ressalta a suma importância dos cuidados paliativos e prática da ortotanásia quando a doença atinge seu estágio terminal. Portanto, a conduta do médico na prescrição da Morfina, visando atenuar o quadro álgico da paciente foi pertinente, visto que na ortotanásia o profissional busca garantir uma morte mais digna possível, segundo os estudos de Cabatte (2013).

As pesquisas de Santoro (2012) apontam que frente à morte iminente e inevitável, a ortotanásia se apresenta como comportamento do médico que suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, atos considerados inúteis, e que levariam o paciente a um sofrimento desnecessário.

Por conseguinte, a atitude da equipe médica de não tentar realizar nenhum método invasivo e, somar esforços para garantir à paciente uma morte digna e sem dor, foi de grande importância para a paciente e seus familiares, visto que segundo os estudos de Moore (2013), apenas 20% dos pacientes são candidatos a cirurgia e o risco de mortalidade pós-cirúrgico é elevado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que os médicos e todos os profissionais de saúde, principalmente, aqueles que trabalham frequentemente com os pacientes na fase terminal da moléstia, aplicar os conhecimentos de cuidados paliativos na medicina e ortotanásia de forma mais eficaz possível, buscando atenuar o sofrimento do paciente no período que antecede a sua morte.

Referências

Alexakis, N., Halloran, C., Raraty M., Ghaneh, P., Sutton, R, Neoptolemos, J.P. (2004, nov).Current standards of surgery for pancreatic câncer. British Journal of Surgery, 91(11):1410-27.

Alvarenga, R.E.(2005).Cuidados Paliativos Domiciliares: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá.

- Amico, E. C., Barreto, E. J. S. S., Dantas-Filho, A. M., Araújo-Filho, I. (2008, outubro/dezembro). Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas. *ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.21 no.4*.
- Ardengh, J. C., Nakao, F. S. (2010). Adenocarcinoma ductal. In: Ardengh JC, editor. *Ecoendoscopia na prática da gastroenterologia*. São Paulo: Sarvier.
- Cabette, E. L. S. (2013). Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos. 2. reimp. Curitiba: Juruá.
- Clarke, D. L., Thomson, S. R., Madiba, T.E., Sanyika, C. (2003, jan). Preoperative imaging of pancreatic cancer: a management-oriented approach. *J Am Coll Surg*, 196(1):119-29.
- Egawa, S., Takeda, K., Fukuyama, S., Motoi, F., Sunamura, M., Matsuno, S. (2004, abril). Clinicopathological aspects of small pancreatic cancer. *Pancreas*, Issue 3, v.28, pp 235-240.
- Ereno, L. F. (2014). A ortotanásia e a medicina paliativa. PUCRS. Rio Grande do Sul.
- Fennelly, D., Kelsen, D.P. (2006). The role of chemotherapy in the treatment of adenocarcinoma of the pancreas. *Hepato-gastroenterology*, v.43, p.356-362.
- Garcia, I. A. (2007, jul/ago) Aspectos médicos e jurídicos da eutanásia. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 15, n. 67, p. 253-275.
- Greene, F. L., Fleming, I. D., Fritz, A. G., Balch, C. M., Haller, D. G., Morrow, M. (2002). *AJCC Cancer Staging Manual*, York: Springer
- Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2017, 15 de abril). Acessado em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pancreas>
- Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2017, 15 de abril). Acessado em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pancreas/tratamento>
- Jemal, A., Siegel R., Ward E., Hao Y., Xu J., Thun M. J. (2014, jan). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 63(1):11-30
- Kaiser, M. H., Barkin, J., Macintyre, J. M. (1985, jul). Pancreatic cancer. As rkin J, MacIntyre, JM. Pancreatic cancer. Assessment of prognosis by clinical presentation. *Cancer*. 15:56(2):397-402.
- Lal, G., Liu, G., Schmocker, B., Kaurah, P., Ozcelik, H., Narod, S. A., Redston, M., Gallinger, S. (2000, jan). Inherited predisposition to pancreatic adenocarcinoma: role of family history and germ-line p16, BRCA1, and BRCA2 mutations. *Cancer Res*. 60(2):409-16.
- Li, D., Xie, K., Wolff, R., Abbruzzese, J.L. (2010). Pancreatic cancer. *Lancet*. 2010; 363:1049-57.
- Michaud, D. S., Giovannucci, E., Willett, W. C., Colditz, G. A., Fuchs, C. S. (2001, may). Coffee and alcohol consumption and the risk of pancreatic cancer in two prospective United States cohorts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, v. 10, p. 429-37.
- Muranaka, T., Teshima, K., Honda, H., Nanjo, T., Hanada, K., Oshiumi, Y. (1989, nov). Computed tomography and histologic appearance of pancreatic metastases from distant sources. *Acta Radiol*, v. 30, p. 615-9.
- Nobeschi, L., Bernardes, W., Favero, N. (2012). Diagnóstico e prevenção do câncer de mama. *Ensaio e ciências biológicas, agrárias e da saúde*. v 16 (1) p. 167-175.
- Parsons, C. M., Sutcliffe, J. L., Bold, R.J. (2008, aug). Preoperative evaluation of pancreatic adenocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 15(4):429-35.
- Ries, L. A. G., Kosary, C. L., Hankey, B. F., Miller, B. A., Clegg, L., Edwards, B. K. (eds). (1999). *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1996*, National Cancer Institute. Bethesda, MD.
- Royal, R. E., Wolff, R. A., Crane, C. H. *Pancreatic Cancer*. (2008). In: DeVita, Hellman, and Rosenberg's *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, Eighth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rumancik, W. M., Megibow, A. J., Bosniak, M. A., Hilton, S. (1984). Metastatic disease to the pancreas evaluation by computed tomography. *JCAT*, n. 8, p. 829-34.
- Santoro, L. F. (2012). Morte digna: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá.
- Solicia, E., Capella, C. G. (1995). Klöppel tumores do pâncreas. In: *Atlas de patologia tumoral*. s. 3, 20. f, Washington (DC): Instituto de Patologia das Forças Armadas.
- Wang, F., Herrington, M., Larsson, J., Permert, J. (2003). The relationship between diabetes and pancreatic cancer. *Mol Cancer*, v. 2, p. 4.