

Cuidados Paliativos no final da vida

Rachel Duarte Moritz

Coordenadora

Lara Patrícia Kretzer

Eduardo Jardim Berbigier

Colaboradores

CRM-SC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**Conselho Federal de Medicina (CFM)
Conselho Regional de Medicina
do Estado de Santa Catarina (CRM-SC)**

12º Corpo de Conselheiros - gestão 2013-2018

Efetivos

Dr. Anastácio Kotzias Neto
Dr. Antonio Silveira Sbissa
Dr. Armando José d'Acampora
Dra. Aurea Gomes Nogueira
Dr. Diogo Nei Ribeiro
Dr. Dorival Antônio Vitorello
Dra. Eulina Tokiko Shinzato R. da Cunha
Dr. José Eduardo Coutinho Góes
Dr. José Francisco Bernardes
Dr. Marcelino Osmar Vieira
Dr. Nelson Grisard
Dr. Odi José Oleiniski
Dra. Rachel Duarte Moritz
Dr. Ricardo Polli
Dr. Rodrigo Jorge da Luz Bertoncini
Dr. Tanaro Pereira Bez
Dr. Vicente Pacheco Oliveira
Dr. Wilmar de Athayde Gerent
Dr. Ylmar Corrêa Neto
Dr. Zulmar Vieira Coutinho
Dr. Juliano Pereima de Oliveira Pinto (ACM)

Suplentes

Dr. Amauri Olivio Zanona
Dra. Andrea Antunes C. de Andrade Ferreira
Dra. Andrea Thives de Carvalho Hoepers
Dr. Arthur Koerich D'Ávila
Dr. Daniel Knabben Ortellado
Dr. Eduardo Porto Ribeiro
Dr. Fábio Firmino Lopes
Dr. Fábio May da Silva
Dr. Hélio Augusto Santos Machado
Dr. João Pedro Carreirão Neto
Dr. Luiz Fernando Soares
Dr. Marcelo Lemos dos Reis
Dr. Marcelo Neves Linhares
Dr. Mario Cesar Pereira da Silva
Dr. Milton Fiedler
Dr. Paulo de Tarso Freitas
Dr. Roberto Buechele
Dr. Saint Clair Vieira de Oliveira
Dra. Sheila Koettker Silveira
Dra. Teresa Cristina Nogueira dos Prazeres
Dr. Jovânio Fernandes da Rosa (ACM)

Câmara Técnica de Cuidados Paliativos

Dra. Rachel Duarte Moritz

Dra. Lara Patrícia Kretzer

Dr. Eduardo Jardim Berbigier

Dr. Rafael Barone de Medeiros

Dr. Gabriel Hahn Monteiro Lufchtiz

Dra. Lizana Arend Henrique

Dra. Maria Tereza Evangelista Schoeller

Apresentação

A Organização Mundial de Saúde, desde 1990, estabeleceu os conceitos sobre Cuidados Paliativos, atualizados doze anos após: “consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Nestes momentos de tanto sofrimento, o alívio à dor física e ao sofrimento do paciente e seus familiares são partes fundamentais dos ideais da Medicina. Devem ser atendidos os sofrimentos do paciente, com atenção e compaixão e é necessário avaliar e controlar de forma impecável, não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

Certamente este sofrimento se estende à família. Sintomas que ocorrem e a dor necessitam a maior atenção. O médico e demais profissionais da Saúde certamente também sofrem com aqueles que atendem. Nos dias atuais, os conceitos dos Cuidados Paliativos são reconhecidos pela Medicina e pela Sociedade.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM-SC) tem se empenhado no sentido de transmitir aos médicos e demais profissionais envolvidos nesta atividade princípios e meios para um adequado atendimento. O presente trabalho da Conselheira Rachel Duarte Moritz e colaboradores certamente traz dados pertinentes ao bom atendimento e enaltece nossa instituição.

**Antonio Silveira Sbissa
Conselheiro Presidente do CRM-SC**



Cuidados Paliativos

Introdução

Definições

Cuidados Paliativos visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, através da prevenção e do tratamento precoces dos sintomas do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social.

São indicados para o paciente que convive ou está em risco de desenvolver uma doença que ameaça a vida, independentemente do diagnóstico, idade ou prognóstico.

Devem ser prestados a todos os pacientes com doença ameaçadora da vida, de forma plena ou em concomitância com os cuidados curativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e com a evolução própria de cada doença e também com os desejos dos pacientes e de seus familiares.

Para que a opção terapêutica preferencial, se curativa/restaurativa ou paliativa, seja adequada é importante o estabelecimento de prognóstico.

Estabelecimento de prognóstico é uma das habilidades fundamentais da prática médica. É primordial em Cuidados Paliativos sendo imprescindível para o processo de tomada de decisão, para uma adequada comunicação e conseqüentemente para a definição de plano de cuidados.

Instrumentos validados de prognóstico estão relacionados à funcionalidade global, à doença de base e às complicações agudas da doença de base.

A abordagem paliativa concomitante com o tratamento curativo é necessária, sendo que à medida em que a doença progride e que o tratamento curativo deixa de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta, na fase em que a cura deixa de ser realidade.

Recomendações

Privilegiar o tratamento visando os princípios da Bioética: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça.

A qualidade da vida é a meta terapêutica, sendo recomendável que sejam suspensos ou recusados os tratamentos que prolonguem o morrer, o que torna necessário o conhecimento sobre como prognosticar e o estímulo à adequada comunicação.

O reconhecimento precoce e a avaliação sistemática dos sintomas são os “sinais vitais” do paciente com doença terminal.

Fases da assistência paliativa (Figura 1)

1ª Maior chance de recuperação – indicado o tratamento curativo/restaurativo pleno com o tratamento paliativo focado no controle dos sintomas e na boa comunicação;

2ª Evolução para irreversibilidade da doença – priorização da qualidade da vida, com instituição de tratamento curativo/restaurativo quando considerado proporcional;

3ª Doença irreversível e morte iminente – os Cuidados Paliativos devem ser exclusivos ou preferenciais.

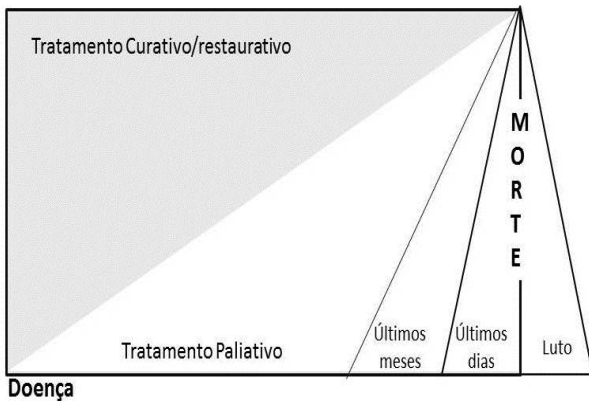


Figura 1 – Fases da assistência paliativa

Cuidados Paliativos

Aspectos ético-legais

A realidade tecnológica do mundo atual tem levado muitas vezes à distanásia ou obstinação terapêutica, considerada a manutenção de terapia fútil ou inútil, que somente prolongará o morrer e aumentará o sofrimento do doente e de seus familiares.

Surge então a luta pela ortotanásia, que visa o fim da obstinação terapêutica pois o esforço para que seja evitado o prolongamento do morrer é um ato humano que deve ser embasado em princípios éticos.

Definições

Os princípios fundamentais da bioética são a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Visando o respeito à autonomia foi publicada a Resolução 1.995, aprovada pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2012, que normatiza as diretivas antecipadas de vontade, definindo que o paciente poderá decidir, com a ajuda de seu médico,

os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida.

Na ausência de diretivas antecipadas, a comunicação é fundamental para que a autonomia do paciente seja respeitada, mesmo que de forma presumida.

Embora possa parecer fácil a definição dos conceitos da bioética, o avanço tecnológico do mundo moderno tem motivado amplos questionamentos a respeito dos mesmos. Até quando um paciente com doença de Alzheimer tem preservada sua autonomia? Quando ou até quando estaremos seguindo a beneficência ou a não maleficência ao prescrevermos um tratamento restaurativo a um paciente com doença terminal? Existe diferença ética entre a suspensão e a recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis? De forma pragmática, seria possível responder a essas perguntas. Entretanto, são questões difíceis de serem escalonadas de forma coletiva.

As decisões terapêuticas são individuais, baseadas em amplo contexto que envolve a avaliação de aspectos clínicos e sociais, apoiada em critérios objetivos e subjetivos.

Amparo ético dos Cuidados Paliativos no final da vida

Em respeito aos princípios bioéticos, o CFM aprovou, em 2006, a Resolução 1.805. Nesta resolução é descrito no *Artigo 1º*. *“É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”*.

Esse artigo é complementado por quatro parágrafos: *“1º. O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação”*; *“2º. A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário”*; *“3º. É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica”*; e *“4º. Em se tratando de doente incapaz, ausente o representante legal, incumbirá ao médico decidir sobre as medidas mencionadas no caput deste artigo.”*

O artigo 2º dessa resolução determina: *“O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam*

ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar”.

Em continuidade à regulamentação do tratamento no final da vida foi definido no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica publicado no Diário Oficial da União de 24/09/2009: *“Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os Cuidados Paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.*

Amparo jurídico para os Cuidados Paliativos no final da vida

No que diz respeito às implicações legais da ortotanásia, pode-se afirmar que o direito à vida não implica uma obrigação de sobrevida.

Segundo o jurista José Henrique R. Torre: *“Do ponto de vista jurídico, pode-se questionar se a ortotanásia pode ser considerada omissão. Entretanto, o médico, ao limitar ou suspender tera-*

pêutica, somente será considerado o causador da morte do doente se a terapêutica tiver potencial para evitar a morte. Portanto, a suspensão ou a recusa de terapia fútil ou inútil não pode ser enquadrada como homicídio. No caso do doente terminal, em face de doença incurável, os aparelhos de suporte são ligados ou mantidos não para evitar a morte, que é inevitável, irreversível e inexorável, mas sim para manter a vida artificialmente. O médico não pode evitar a morte. A situação é irreversível e não é transitória. Os procedimentos e tratamentos não têm qualquer sentido curativo. Portanto, não existe o dever de manter esses procedimentos”.

O parecer final do processo judicial 2007.34.00.014809-3, assinado pelo Juiz federal Roberto Luis Luchi Demo, julgou improcedente a ação do Ministério Público que apontava a inconstitucionalidade da Resolução do Conselho Federal de Medicina número 1805/06, que permite a ortotanásia. No seu parecer, o Juiz escreveu que: “1) o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares; 2) a ortotanásia não constitui crime de

homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal; 3) a edição da Resolução nº 1805/2006 não determinou modificação significativa no dia-a-dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, não gerando, portanto, os efeitos danosos propugnados pela inicial; a Resolução nº 1805/2006 deve, ao contrário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica”.

Diante do relatado pode-se concluir que:

Existe definição ética e respaldo legal para que os Cuidados Paliativos sejam exclusivos no tratamento do final da vida e para que seja evitada a obstinação terapêutica.

Cuidados Paliativos

Comunicação em situações de conflito

Juntamente com saber controlar os sintomas e saber prognosticar, o uso adequado de habilidades de comunicação constitui a tríade que alicerça e sustenta os Cuidados Paliativos.

Definições

O estresse gera um importante impacto na saúde física e mental dos pacientes e de seus familiares levando a uma diminuição da capacidade de compreensão das informações fornecidas e da capacidade de tomada de decisões.

Saber se comunicar com o paciente e seus familiares é uma habilidade médica que permite mais do que uma boa troca de informações entre estas partes; acima de tudo é uma habilidade essencial no processo de construção de uma relação de confiança do paciente e familiares com a equipe. Essa relação de confiança por sua vez vai facilitar o planejamento do final de vida do paciente, incluindo os ajustes necessários nestes planos a partir dos desafios que a evolução natural da doença venha a trazer.

Enquanto habilidade médica, uma boa comunicação é melhor adquirida através de treinamento baseado em estratégias de comunicação que oferecem as melhores evidências de sucesso medido através de desfechos como melhores tomadas de decisões de final de vida e maior satisfação de pacientes, familiares e equipe. Algumas das estratégias de comunicação fundamentais em cuidados paliativos são: comunicação empática, identificação das necessidades específicas de informações e de envolvimento em tomadas de decisão de pacientes e familiares e condução de conferência estruturada sobre cuidados de final de vida.

Comunicação Empática:

Empatia pode ser definida como a capacidade de compreender a perspectiva e a dor do outro e demonstrar ativamente ao outro esta compreensão. É esse processo de demonstração ativa da empatia o que faz da comunicação empática uma estratégia efetiva e passível de treinamento. Saber escutar, por exemplo, é uma estratégia básica de boa comunicação. Sob a ótica da comunicação empática, no entanto, não basta ouvir o paciente e os seus familiares; é preciso que os mesmos se sintam ouvidos. Isto pode ser alcançado através de demonstrações ativas de escuta tais como: olhar nos olhos de quem

está falando, não interromper a fala do outro e usar gestos tais como balançar a cabeça em sinal de entendimento.

Outra estratégia de comunicação empática efetiva é o bom uso da identificação das emoções demonstradas pelo outro e responder às mesmas com empatia. Expressões que veiculem mensagens de empatia, apoio, parceria, validação e não julgamento são formas de responder adequadamente às emoções. Diante de um paciente que demonstra uma imensa tristeza e medo em decorrência de uma fase difícil de sua doença o uso de expressões empáticas como “eu estou vendo como está sendo duro para você passar por isso”, “é compreensível que você sinta medo diante dos desafios que essa doença tem lhe trazido”, “não se esqueça que você pode contar comigo durante todo esse processo” e “o que de mais importante posso fazer por você neste momento?” pode oferecer algum consolo ao paciente e contribuir imensamente para a solidificação de uma relação de confiança e que em si própria possa ser terapêutica.

Recomendação: identificar as necessidades específicas de informação e de envolvimento em tomadas de decisão de pacientes e familiares

Cada paciente e cada família são uma história.

Cada núcleo apresenta as suas necessidades específicas a serem respeitadas. Enquanto alguns preferem saber da verdade em seus mínimos detalhes, outros preferem apenas a mensagem principal e há ainda outros que preferem não enfrentá-la diretamente. Não existe, portanto, fórmula exata de comunicar notícias sobre mau prognóstico que sirvam a todos igualmente no que diz respeito ao volume de informações e ao momento correto para prestá-las. Fornecer informações detalhadas para quem não deseja ou ainda não está preparado para recebê-las pode fragilizar essas pessoas. Por outro lado, informações insuficientes podem levar a sentimentos de alienação por parte de outras, gerando frustrações, desconfianças e conflitos com a equipe.

O mesmo princípio se aplica ao grau de envolvimento que as pessoas desejam ter em decisões de final de vida tais como a opção por suspensão de tratamentos. Enquanto algumas pessoas preferem ser parte ativa desse processo, outras preferem confiar que a equipe tome as decisões de acordo com os melhores julgamentos profissionais. Envolver pacientes e familiares em decisões de final de vida para lidar com as quais os mesmos não tenham condição emocional de reserva pode dificultar que decisões apropriadas de final de vida sejam tomadas, gerar conflitos entre equipe e paciente/família e aumentar o

risco de desfechos tais como depressão, ansiedade e luto complicado nessas pessoas.

A recomendação, portanto, é de que antes de oferecer informações sobre a doença e o seu prognóstico o profissional identifique o quanto o paciente ou a família deseja saber a respeito e o quanto os mesmos desejam fazer parte das tomadas de decisão de final de vida quando estas forem necessárias. Perguntar diretamente aos mesmos sobre os graus de preferência individuais pode ser uma boa estratégia. São exemplos de perguntas para este fim: “a senhora é o tipo de pessoa que gosta de saber da verdade e seus detalhes ou a senhora prefere que a gente converse melhor com os seus filhos?”, “hoje é um bom dia para a gente conversar sobre como a doença pode se comportar no futuro, ou o senhor prefere conversar sobre isso um outro dia?” ou “caso a doença avance a senhora gostaria de discutir sobre os tratamentos que não venham a ser mais apropriados?”.

Condução de conferência sobre cuidados de final de vida

O desenho apropriado de uma plano de cuidados de final de vida que seja apropriado para as especificidades de cada núcleo paciente-família depende de

uma boa comunicação de prognóstico e da identificação dos valores das pessoas envolvidas. A realização de uma reunião formal com o paciente e/ou familiares de pacientes que não podem decidir por si próprios oferece a oportunidade para que esses objetivos sejam alcançados. Chamamos essa reunião de conferência e a maneira como ela é estruturada pode conduzir a melhores resultados.

A estruturação da conferência em etapas sequenciais em que decisões de final de vida só venham a ser discutidas após etapas de identificação de entendimento sobre a doença e de status emocional dos presentes, por exemplo, facilita que informações e decisões sejam tituladas de acordo com as necessidades específicas de cada núcleo. Evita-se dessa maneira, que informações indesejadas sejam oferecidas precocemente e que sentimentos de antagonismo em direção à equipe se desenvolvam a partir de propostas de suspensão de medidas terapêuticas sejam propostas em momento em que os participantes ainda não estejam preparados para tal (Tabela 1).

Ao longo de todas as etapas da conferência o uso de estratégias de comunicação empática devem ser empregadas. Além disso, o uso de linguagem clara e livre de siglas e jargões médicos também é fortemente recomendado.

Tabela 1 – Estrutura da conferência com paciente e/ou familiares:

Preparo

- Definir local adequado
- Reservar tempo apropriado para a reunião (aproximadamente 30 minutos)
- Estar atualizado em relação a quadro clínico do paciente
- Definir membros da equipe que estarão presentes e definir com a equipe os objetivos específicos da conferência

Introdução

- Apresentar os profissionais e pedir que os familiares se apresentem
- Agradecer a presença de todos
- Brevemente informar a razão da reunião

Percepção e identificação de necessidades

- Perguntar como os presentes estão emocionalmente e como estão lidando com a situação. Utilizar perguntas abertas (“o que vocês já sabem sobre a doença?”)
- Escutar ativamente, identificando: o conhecimen-

to sobre a doença e sua evolução, expectativas, dúvidas, potenciais fontes de conflito, dificuldades enfrentadas e emoções demonstradas pelos familiares

- Responder empaticamente as emoções demonstradas

Informação

- Informar em linguagem clara e sem excesso de detalhes: diagnóstico, tratamento e prognóstico
- Fracionar e titular o volume de informações de acordo com as preferências dos presentes
- Avaliar se houve compreensão das informações oferecidas
- Responder com empatia às emoções demonstradas
- Incentivar perguntas

Tomada de decisões

- Demonstrar interesse nos valores dos envolvidos, expressões de desejos prévios, presença de diretivas antecipadas de vontade
- Tomar decisões se apropriado e de acordo com o grau de envolvimento que os presentes desejam ter e status emocional dos mesmos

- Oferecer uma recomendação sobre o melhor caminho
- Focar nos cuidados que serão prestados e não no que será suspenso
- Verbalizar compromisso com a dignidade e o não sofrimento do paciente
- Assegurar a continuidade dos cuidados até a morte
- Verbalizar apoio à decisão tomada pelos presentes e dissipar sentimentos de culpa
- Encerramento
- Breve resumo dos pontos mais importantes da conferência
- Agradecer presença de todos novamente e valorizar a importância da participação dos mesmos
- Agendar nova conferência se necessário e colocar a equipe a disposição para novos esclarecimentos.
- Registrar a conferência em prontuário (data, participantes, assuntos discutidos e decisões tomadas).

Cuidados Paliativos

Definição do Status de Terminalidade

AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA

- É um processo probabilístico e não determinístico
- Predições probabilísticas são instrumentos relacionados: à doença de base e à complicação aguda dessa doença
- Fatores importantes a serem considerados no curso da doença: *Funcionalidade prévia + Evolução da doença de base + Padrão da resposta à intercorrência aguda.*

Pacientes nas últimas horas ou dias de vida frequentemente não tem seus sofrimentos físico, emocional e espiritual aliviados. Saber reconhecer quando a vida de alguém se aproxima do final é habilidade fundamental a ser dominada por todo o médico. Somente dessa forma o paciente e sua família não serão privados das intervenções adequadas para este momento.

Uma adequada avaliação prognóstica permite a identificação do processo ativo de morte, devendo

ser considerada tanto a natureza dinâmica e complexa do corpo humano quanto a sua resposta particular a cada um dos diferentes eventos clínicos enfrentados ao longo do tempo.

Dessa forma pode-se deduzir que os prognósticos não são expressões de certeza absoluta, atribuíveis a este ou àquele paciente, mas sim estimativas obtidas através do método científico das probabilidades de desfechos, entre eles, a morte.

Predições clínicas de morte são tão mais acuradas, quanto mais próximo o paciente se encontra do evento, especialmente ao longo das últimas 3 semanas de vida.

Existem indicadores gerais de declínio que são observados em pacientes com curta expectativa de vida:

- Queda do status funcional, maior dependência, marcha lenta;
- Doença crônica avançada, com piora no padrão de resposta ao tratamento; (internações/exacerbações mais longas e mais frequentes);
- Perda não intencional de peso (> 10%) nos últimos seis meses;
- Presença de eventos sentinela: quedas, luto, transferência para casas de repouso.

No caso de doenças crônico-degenerativas e câncer, a constatação de que a vida se aproxima do final,

é facilitada quando são avaliados dados referentes a três momentos distintos do curso da doença, independente do diagnóstico de base.

1. Funcionalidade prévia → verificada pela capacidade do paciente realizar suas atividades de vida diária (deambulação, trabalho, hobbies, higiene, alimentação) de maneira autônoma, não dependendo de especificidades das doenças.

Existem diversas escalas clínicas já validadas e amplamente utilizadas que conferem ao paciente maior chance de mortalidade em curto prazo, quanto menor sua pontuação. Dentre elas, destaca-se a *Escala de Performance de Karnofsky* (Figura 1) e a *Escala de Performance Paliativa* (Figura 2).

Escala de Performance: Karnofsky

100% Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.

90% Mínimos sinais e sintomas, capaz de realiza suas atividades com esforço.

80% Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.

70% Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.

60% Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar .

50% Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.

40% Necessita de cuidados médicos especiais.

30% Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.

20% Muito doente, necessita suporte.

10% Moribundo, morte iminente.

Fonte: http://itarget.com.br/newdiets/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/ESCALAS_DE_PERFORMANCE_DR_CABRAL.pdf

Escala de Performance Paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/ trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou período de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, + ou - confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima e pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão	
0	Morte	-	-	-	-

http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portugese_0.pdf

2. Evolução da doença de base → Onde são avaliados o padrão de comportamento da enfermidade ao longo do tempo e a reserva orgânica que ainda resta ao paciente (Figura 3).

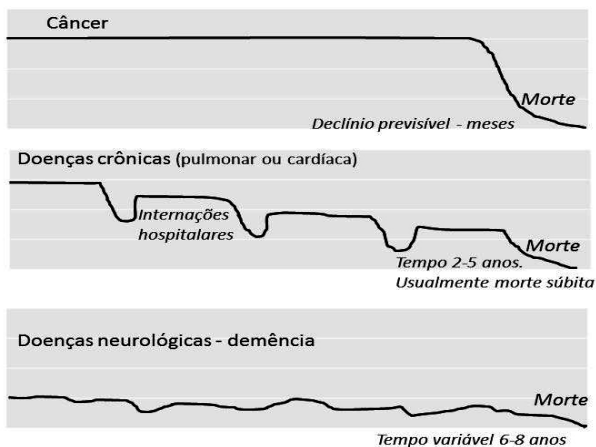
Doenças oncológicas geralmente apresentam manutenção da funcionalidade num período inicial que pode ser de poucos meses até anos. Em caso de refratariedade, recor-

rência ou recidiva, o câncer rapidamente determina queda funcional abrupta e esgotamento das reservas fisiológicas.

Doenças crônicas, especialmente cardíacas e respiratórias, apresentam evolução marcada por piora clínica progressiva alternada com períodos de exacerbação, até que haja esgotamento e falência orgânica, não mais responsiva ao tratamento.

O último padrão a ser analisado é o das doenças neurológicas de evolução lenta, como demências, mal de Alzheimer e Parkinson. Eventos infecciosos, ou cardiovasculares geralmente acometem os pacientes quando já marcadamente debilitados, levando-os à morte.

Padrão evolutivo das doenças crônico degenerativas



Fonte: Murray AS, et al. Illness trajectories and palliative care. *BMI*. 2005 April 30; 330(7498): 1007-1011.

3. Padrão de resposta ao tratamento da exacerbação aguda → avaliação do efeito que o tratamento proposto alcançou ou não, e análise concomitante das reservas fisiológicas do organismo, para que possa haver ajuste de expectativas quanto ao prognóstico.

É importante o conhecimento de que estabelecer um mau prognóstico (de morte provável nos próximos dias ou horas) não deve ser interpretado como sinônimo de desesperança e tampouco desistência ou abandono, mas como um meio de permitir o ajuste do plano de cuidados com enfoque especial na busca pelo conforto, proporcionando assim, uma morte sem sofrimento com conseqüente maior satisfação familiar. A pergunta principal não deve ser: “Quanto tempo o paciente tem de vida?” e sim, “***Diante da probabilidade de que o paciente tenha pouco tempo de vida, o que deve ser feito a fim de beneficiá-lo?***”.

Identificação do paciente em processo de morte

Fraqueza profunda e progressiva
Limitação ao leito
Dormir a maior parte do dia
Indiferença a comidas e bebidas
Dificuldade de deglutição
Desorientação no tempo e perda de atenção
Hipotensão não relacionada a hipovolemia
Retenção urinária por fraqueza ou incontinência
Oligúria
Incapacidade de fechar os olhos
Alucinações envolvendo pessoas já falecidas
Referência a ir para casa ou temas similares
Alterações no ritmo e padrão respiratório
Respiração ruidosa e retenção de secreções
Livedo e esfriamento da pele
Pulso fraco
Alterações do estado mental

Cuidados Paliativos

Cuidados no final da vida

Definições

Os últimos dias/horas da vida são momentos cheios de dúvidas, tristeza, medo. O paciente e seus familiares estão sofrendo e, mais do que nunca, necessitam de um atendimento integral.

O melhor lugar para morrer é aquele onde o paciente e seus familiares estejam tranquilos e recebam a assistência necessária.

O reconhecimento do morrer torna-se primordial para que seja administrado o tratamento adequado ao paciente no final da vida e aos seus familiares.

Nos dias/horas que precedem a morte é essencial o controle adequado dos sintomas e a aceitação, por parte dos profissionais da saúde, da futilidade e conseqüentemente da necessidade da recusa ou suspensão de alguns tipos de procedimentos ou terapias.

Reconhecimento do morrer

Como foi descrito no capítulo anterior, nos últimos dias/horas da vida a atenção fica cada vez mais limi-

tada e o doente dorme a maior parte do tempo, em especial quando os sintomas estão bem controlados e quando a família e o ambiente se mantêm serenos.

Nesse momento, podem ocorrer quadros de delirium. A imobilidade é crescente e a dor é presente. O doente depende integralmente de cuidados, não se vira no leito, praticamente não consegue ingerir alimentos ou fluidos e a medicação por via oral se torna inviável.

Surgem os problemas relacionados ao acúmulo de saliva e secreções brônquicas (*ronco da morte*), o ritmo respiratório pode ser irregular, com longos períodos de apnéia e respiração superficial.

São frequentes sinais de desconforto como inquietude, gemência, fácies de dor e mioclonia.

Podem surgir também: eventos tromboembólicos causando dispneia súbita, edema agudo pulmonar, hemorragias, estridor laríngeo, dor aguda, delirium agitado, vômitos por estase ou de conteúdo fecal, etc.

Recomendações

Na fase final da vida os Cuidados Paliativos devem ser fornecidos de forma exclusiva e/ou preferencial.

O plano de cuidados deve ser readequado, sendo indicada a suspensão de medidas fúteis e geradoras

de desconforto como: coletas de exames cujo resultado não irá interferir no plano terapêutico, controle de glicemias, monitoração de sinais vitais, medicações que não contribuem com conforto.

Os controles de enfermagem e o tratamento multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, assistente social) devem intervir com ações que visem o conforto do paciente e de seus familiares.

Devem ser suspensas as medicações que não estejam controlando os sintomas, ou que tenham um objetivo de prevenção/control de doenças à longo prazo como: anti-hipertensivos, vitaminas, antidepressivos, anticoagulantes, albumina, antibióticos por longa permanência, etc.

São medicamentos essenciais àqueles que promovem o conforto do paciente como analgésicos, anti-eméticos, sedativos, ansiolíticos.

Quando conveniente, é aconselhável a implantação de metas terapêuticas. Por exemplo, a prescrição de antimicrobianos por 72 horas, seguida da reavaliação e suspensão caso haja falha terapêutica.

É sugerida a adaptação das vias de administração de medicamentos. Preferir a via oral e, quando esta não é possível, a via subcutânea.

É imprescindível que seja disponibilizado suporte

emocional ao paciente e seus familiares; que seja otimizada a informação e que seja checada a compreensão da informação prestada.

São essenciais a avaliação sistemática (escala de ESAS) e o controle dos sintomas.

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Sem dor	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

Cuidados Paliativos

Controle dos principais sintomas

O controle adequado dos sintomas é primordial e exige uma abordagem multiprofissional com ações farmacológicas e não farmacológicas.

Recomendações:

Ações Não Farmacológicas

- Otimizar a comunicação: Informar aos familiares sobre as especificidades do morrer e incentivar acompanhamento permanente;
- Manter ambiente tranquilo e adequá-lo conforme as preferências prévias do paciente (som / iluminação / etc.);
- Em casos de dispneia – adequar a ventilação com janelas abertas e/ ou ventilador;
- Adequar a posição no leito e a mobilização do paciente, evitando insistências e tentativas desnecessárias;

→ Avaliar ajustes de higiene e umidificação oral. Umedecer os lábios e oferecer pedacinhos de gelo. Providenciar cuidado oral mecânico para remoção da placa dentária por escovação (escova pequena de cerdas macias) e/ou enxague com swab oral.

Ações farmacológicas

D o r → 5º Sinal Vital

Definições

É importante o adequado reconhecimento do tipo de dor para que seja escolhida a terapêutica adequada. A dor aguda ou crônica, de origem neoplásica ou não, de acordo com mecanismos fisiopatológicos pode ser classificada em:

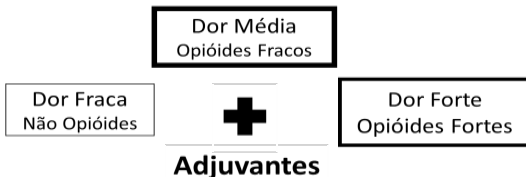
- Nociceptiva: somática (metástese óssea) ou visceral (obstrução, cólica renal),
- Neuropática: por lesão das vias nociceptivas: central (doença de Parkinson, pós acidente vascular cerebral) ou periférica (polineuropatia diabética)
- Mista – frequente na dor oncológica (crescimento do tumor e compressão em estruturas neurais)

Pontos Chave no tratamento da dor

1. Identificar as causas potencialmente reversíveis (infecção aguda, retenção urinária, fecalomas, úlcera de pressão, imobilismo, mau posicionamento no leito);
2. Identificar fatores reversíveis que possam contribuir para o aumento da dor (emocionais, sociais, espirituais)
3. Usar opióides corretamente;
4. Usar adjuvantes analgésicos;
5. Prescrever doses resgate;
6. Ajustar diariamente a dose somando com a dose resgate;
7. Associar drogas com mecanismos de ação diferentes;
8. Ao trocar um opióide diminuir 30% da dose;
9. Avaliar o rodízio dos opióides principalmente no caso de náuseas, sintomas mau controlados ou alucinação.
10. Monitorar e pautar o tratamento de forma individualizada avaliando o tipo e a intensidade da dor.

Monitoração da DOR

Escalas Numéricas



Princípios do tratamento analgésico

Pela Boca

Pelo relógio

Para o indivíduo

Com adjuvantes

Pela escada analgésica

Com atenção para os detalhes

Recomendações:

Os opióides são os fármacos de primeira escolha para o tratamento da dor na fase final da vida.

Dor Leve - Para o controle da dor de fraca intensidade tanto de origem visceral (cólica), quanto óssea (metástese), muscular ou articular, são indicados os salicilatos, a dipirona ou o paracetamol.

No final da vida a dor geralmente aumenta de intensidade, tornando-se necessária a prescrição de analgésicos mais potentes.

Dor moderada - Opióides fracos

1. Codeína

É 10 vezes menos potente que a morfina. A dose máxima é de 360mg/dia. Quando são necessárias doses maiores está indicada a substituição pela morfina.

A dose analgésica da codeína é através da metabolização hepática em morfina e pode estar diminuída na ausência do citocromo p-450. Seu efeito analgésico é cerca de 20min após administração oral e o efeito máximo ocorre em 1-2 horas.

É mais constipante que outros opióides.

Forma de apresentação - Codeína 7.5 ou 30mg + Paracetamol 500mg

Dose - 15 a 30 mg cada 4 a 6 horas - Máximo 240mg dia de Codeína e 4000mg de Paracetamol

2. **Tramadol** (*opióide like*)

Aumenta a liberação da serotonina e inibe a recepção da noradrenalina. É mais nauseante e menos constipante que os opióides. Tem boa absorção por via oral, com meia vida plasmática de 6-7 horas. Sua potência analgésica é 10 vezes menor que morfina.

Dose- 50 a 100 mg cada 4 a 6 horas. A dose máxima diária é de 400mg/dia (efeito teto).

Dor grave – Opióides Fortes

1. **Morfina : fármaco de escolha.**

A dose inicial deve ser de 2.5 a 10 mg cada 4 horas, podendo ser aumentada conforme a necessidade de cada paciente. Não possui efeito teto.

Geralmente a dose de 10-30mg cada 4 horas é suficiente para o controle da dor.

2. **Metadona**

Age nos u receptores e antagoniza o NMDA. Sua administração é prejudicada pela dificuldade de titulação. É positivo seu efeito em dor neuropática. Tem excreção fecal e não possui metabólito ativo o que a qualifica para o uso em pacientes com insuficiência renal.

Dose: 2.5 a 10mg cada 12 horas. No início do tratamento, para a adequação da dose, podem ser administradas doses resgate de morfina a cada 4 horas, que podem ser ajustadas conforme equivalência: 10mg morfina SC/IV = 20 mg de metadona VO e 10mg morfina VO = 6.7 mg de metadona VO.

Causa - Menos tolerância que a morfina e abstinência mais leve e prolongada que esse fármaco. Pode também causar obstipação, sedação, delirium.

Controle dos principais efeitos colaterais dos opióides.

- Obstipação – laxantes e quando possível: dieta rica em fibras ou alimentos funcionais (probióticos).
- Náuseas – prometazina quando pela sensibilização vestibular, metoclorpramida quando por redução do esvaziamento gástrico.
- Prurido – anti-histamínicos

Fármacos Adjuvantes

Devem ser escolhidos de acordo com a necessidade de cada paciente. Podendo ser prescritos para dores de qualquer etiologia e gravidade.

Antidepressivos e Anticonvulsivantes

Recomendados para o controle da dor neuropática (lancinante, paroxística, em queimação, choque ou formigamento).

Ex: Amitríptilina – iniciar 25mg (10 mg idoso) ou Gabapentina (primeira linha) – de 300 a 900mg/dia

Corticóides (dexametazona – 4 a 20 mg/dia)

Indicados para doentes com dor por compressão tumoral ou metástase. Podem causar aumento do apetite e melhora da qualidade de vida por um curto prazo.

Alfa 2 agonistas (clonidina 100-300ug/dia)

Tem efeito sedativo e analgésico. Induz sedação clínica comparável com a Fase 2 do Sono não REM. Existe uma correlação linear, negativa e significativa, entre a concentração da clonidina e a atividade em determinadas regiões cerebrais sendo os achados comparáveis com os observados durante anestesia geral ou estado vegetativo, fato denominado de Ataraxia.

Neurolépticos (haloperidol 2-5mg via oral, 2 vezes/dia)

Podem trazer benefícios em pacientes com insônia ou alto risco de delirium.

Baclofeno (30 a 90mg/dia) - Adequado em pacientes com contração muscular ou soluços.

Dispneia

Sintoma frequente no final da vida. Para seu controle é importante a avaliação da causa e a possibilidade ou não de sua reversão.

São causas com possível correção: congestão pulmonar onde estaria indicada ventilação não invasiva (VNI); derrame pleural, quando, dependendo do momento da doença, poderia ser indicada drenagem; linfangite carcinomatosa que seria parcialmente controlada com a administração de corticoides.

Na fase final da vida existe pequena chance de resposta às medidas específicas para o controle da causa da dispneia, sendo indicado tratamento exclusivamente paliativo. Nesse cenário, sugere-se manter o paciente hipohidratado.

Medicações propostas:

Opióides

A morfina é o fármaco de primeira escolha neste contexto. Em casos de dispneia leve pode ser indicada a administração de codeína na dose de 30mg via oral a cada 4 horas.

Para a dispneia grave pode-se iniciar, para pacientes vir-

gens de tratamento, 2,5 a 5 mg de morfina a cada 4 horas. Devendo-se prescrever doses resgate se necessário.

Benzodiazepínicos

O uso de Midazolam na dose inicial de 5 a 10 mg nas 24 horas pode ser benéfico para os pacientes com componente emocional importante.

Oxigênio

Existem poucas evidências do benefício do uso de oxigênio na fase final da vida.

A melhora da sintomatologia ocorre pelo estímulo do fluxo aéreo em receptores na região da face. Esse estímulo pode também ocorrer pelo fluxo de ar gerado por ventiladores ou vento oriundo de uma janela.

Ventilação não invasiva

Não é estabelecida sua eficácia para o controle sintomático da dispneia. Indicada somente nos casos de dispneia como processo reversível, como por exemplo, em edema pulmonar, num quadro infeccioso ou em intoxicação por drogas.

Nos casos de VNI paliativa é inadequado que seja setada frequência mínima no aparelho, a monitoração de oximetria não é necessária, devendo sim ser avaliado o conforto do paciente. Deve-se também

permitir intervalos para alimentação, ingesta hídrica, e comunicação, conforme o desejo do paciente.

Se for indicada a VNI paliativa e houver sensação de sufocamento do paciente está indicada a prescrição concomitante de ansiolítico em dose baixa.

Delirium

Em pacientes na fase terminal, o delirium é um preditor confiável da morte em dias a semanas.

Importante a Prevenção

- Controle adequado dos sintomas
- Ambiente adequado - Sono noturno
- Luz natural
- Presença de familiares
- Retirada de contenção física

Indicada avaliação sistemática do delirium

(Escala de CAM)

Característica 1: Início agudo com estado mental flutuante +

Característica 2: Falta de Atenção +

Característica 3: Pensamento desorganizado **ou**

Característica 4: Nível de Consciência alterado

Tratamento

Haloperidol 0.5 a 2.5 mg cada 2-12 horas

Clorpromazina 12.5 a 50 mg cada 6 horas (maior sedação)

Novas Estratégias para evitar/tratar sintomas:

Metadona: 10mg 4x/dia

Clonidina : 100 μ g 4x/dia

Ansiedade

Sintoma definido como humor desconfortável com sentimentos de medo e apreensão. Pode estar presente no final da vida, quando é recomendada a prescrição de:

1. Midazolam (SC/Oral ou IV) - 0,5 - 0.1 mg/kg (efeito dura até 6 h);
2. Clonazepam (Oral) – iniciar 0.25 a 0.5mg até 1 mg, preferencial noite (efeito + prolongado até 12 h adulto).

Hipersecreção (ronco da morte)

Sintoma muito angustiante, principalmente para os familiares e cuidadores.

Pode ser controlado com: Hioscina 10 mg (Ex: *buscopan* 30 gotas VO ou 1 ampola SC cada 4 ou 6 h) ou atropina colírio 1% 1-2 gotas na cavidade oral a cada 6 a 8 horas

Soluções

Avaliar a causa e indicar o tratamento apropriado. Fármacos utilizados:

- Metroclorpramida 10-20mg VO ou SC 3 a 4 vezes ao dia
- Haloperidol 1 a 2.5 mg 1 vez ao dia
- Baclofeno 5 a 10 mg cada 8-12 horas
- Gabapentina 300 mg até 3 vezes ao dia

Tosse

Avaliar estado de hidratação, umidificação do ar, e rever as medicações prescritas.

Fármacos utilizados:

- Broncodilatadores se broncoespasmo
- Codeína 10-20mg até de 4-4h
- Anestésicos locais – xilocaína 2% 5 ml/ 6/6h

Sedação Paliativa

Sufrimento extremo é urgência médica e humanitária.

A Sedação paliativa não é medida de primeira escolha no controle de sintomas, está indicada apenas em sintomas refratários, quando todas as demais alternativas de tratamento são exauridas.

A administração proporcionada de sedativos não obrigatoriamente encurta a vida.

As situações mais comuns que levam a necessidade desta prática são: dor incontrolável, dispneia refratária, delirium agitado.

Recomendações de boa prática:

- Documentação sistemática do processo de decisão, incluindo tentativas prévias de controle do sintoma e pareceres de especialistas;
- Comunicação adequada com equipe, paciente e família sobre: razões, consentimento, efeitos adversos;
- Familiarização do médico com as drogas utilizadas e titulação cautelosa das mesmas;

- Monitoração dos efeitos dos fármacos
- Lembrar que a associação com opióides quase sempre é necessária pois a dor é presente no final da vida e os sedativos não tem poder analgésico.

Drogas de escolha:

- Benzodiazepínicos: Midazolam – (dose bolus 0,02 – 1mg/kg, seguida por infusão contínua 1 -5mg/h)
- Fármacos alternativos e raramente indicados: Propofol (sedação temporária) e Barbitúricos (convulsões refratárias ou tolerância aos demais sedativos).

Vias de administração

No final da vida geralmente o paciente tem incapacidade de ingestão oral ou uso do trato digestório (vômitos, diarreias, obstrução intestinal, confusão mental) ou impossibilidade de acesso venoso. Dessa forma a via sub-cutânea (Hipodermoclise) passa a ser a preferencial para a administração de fluidos ou medicações, que têm sua absorção por meio do mecanismo da difusão capilar. Pacientes que apresentam edema e hematomas podem ter sua terapia prejudicada.

A farmacocinética dos medicamentos é semelhante a da administração pela via intramuscular, com um tempo de ação mais prolongado.

Os locais preferenciais para os sítios de punção são as regiões deltoide, anterior do tórax, escapular, abdominal, e faces anterior e lateral das coxas. A punção pode ser realizada com cateter agulhado (escalpe) ou não (abocath), sendo indicado o calibre de 18 a 25G. O tempo de permanência do cateter pode ser de até 7 dias.

Se indicado pode ser feita hidratação com soro fisiológico (SF) ou soro glico-fisiológico, em bomba de infusão, numa quantidade de até 1000ml em 6 horas. Se for necessário, alguns antibióticos (ceftriaxona, cefepime, amicacina, ampicilina) podem ser administrados.

Na tabela abaixo são descritos os principais medicamentos administrados no final da vida.

Medicamento	Diluyente 1ml de medicação para 1ml de solução	Detalhes
Morfina	SF 0.9%	
Tramadol	SF 0.9%	
Midazolam	SF 0.9%	Diluir em SF
Hioscina	SF 0.9%	
Dexametazona	SG 5%	Incompatível com maioria das drogas
Haloperidol	H2O	Precipita com SF
Furosemida	SF 0.9%	
Metroclorpramida	H2O	Diluir por ser irritante

http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/hipodermoclise_artigo.pdf.

Bibliografia Recomendada

1. Azoulay et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:987

2. Baile WF, et al SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

3. Carson SS, Cox CE, Wallenstein S, Hanson LC, Danis M, et al. *Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA*. (2016) 5;316(1):51-62. doi: 10.1001/jama.2016.8474.

4. Carvalho RT e Parsons HA (Oganizadores). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP 2^a. ed* . Ed Meridional Ltda. Porto Alegre, 2012 92p. ISBN 978-85-205-0661-5

5. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. *Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures*. *Intensive Care Med* (2016) 42:1003–1017. DOI 10.1007/s00134-016-4330-7

6. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK. *Oxford Textbook of Palliative Medicine 4a Ed* Oxford University New York 2010 OSBN 978-0-19-857029-5

7. Lanken PN, Terry PB, De Lisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. *An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses*. American Journal of respiratory and Crit Care Med (2008) 177: 912-27.

8. Moritz RD (Organizadora). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: CFM; 2011. p15-24; <http://www.portalmédico.org.br>

9. Moritz RD (Organizadora). *Cuidados Paliativos nas UTI*. Ed Atheneu, São Paulo: AMIB; 2012. 119pg www.atheneu.com.br

10. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. RBTI (2011) 23(1):24 PMID: 27380343

11. Siouta N, van Beek K, Preston N, Hasselaar J, Hughe S, et al. *Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review of European guidelines and pathways*. BMC Palliative Care (2016) 15:18 DOI 10.1186/s12904-016-0089-4