

<b>06: Protocolo para identificação de pacientes elegíveis à Abordagem Paliativa Plena nos serviços de Urgência e Emergência</b>
<b>Departamento: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
<b>Objetivo:</b> Auxiliar na conduta médica.
<b>Frequência:</b> Contínuo
<b>Executante: PROFISSIONAIS MÉDICOS</b>

<b>Sumário</b>	
1. LISTA DE SIGLAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2. INTRODUÇÃO .....	2
O QUE É CUIDADO PALIATIVO? .....	2
3. OBJETIVOS .....	3
4. FLUXOGRAMA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS À ABORDAGEM PALIATIVA PLENA .....	4
5. TABELAS.....	6
5.1 ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY (KPS) .....	7
5.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR).....	8
5.3 ESCALA DE DESEMPENHO EM CUIDADOS PALIATIVOS (PPS) .....	9
6. CONSIDERAÇÕES: .....	10
7. PROCESSO ATIVO DE ÓBITO EM PACIENTES INSERIDOS EM ABORDAGEM PALIATIVA PLENA .....	10
7.1 IDENTIFICAÇÃO.....	10
7.2 SUGESTÃO PARA O MANEJO DE DOR E DISPNEIA .....	12
8. INTOXICAÇÃO POR OPIÓIDES .....	14
9. SEDAÇÃO PALIATIVA: .....	14
10. RESPALDO ÉTICO E LEGAL PARA ASSISTÊNCIA À TERMINALIDADE NO BRASIL.....	15
11. CONCLUSÃO .....	16
12. REFERÊNCIAS.....	17

## 1. LISTA DE SIGLAS

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

**AVDs – Atividades de Vida Diárias**

**AVE: Acidente Vascular Encefálico**

**CDR – Clinical Dementia Rating**

**CP – Cuidados Paliativos**

**DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**

**DVA: Droga vasoativa**

**IC: Insuficiência Cardíaca**

**IV – Intravenosa**

**IOT: Intubação orotraqueal**

**KPS – Karnofsky Performance Scale**

**PPS – Palliative Performance Scale**

**SC - Subcutânea**

**SN – Se Necessário**

**SF – Soro Fisiológico**

**SG – Soro Glicosado**

**SPICT -BR - Supportive and Palliative Care Indicators Tool**

**RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar**

**UTI – Unidade de Terapia Intensiva**

**VO – Via Oral**

## **2. INTRODUÇÃO**

### **O QUE É CUIDADO PALIATIVO?**

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores. (International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC,2018))

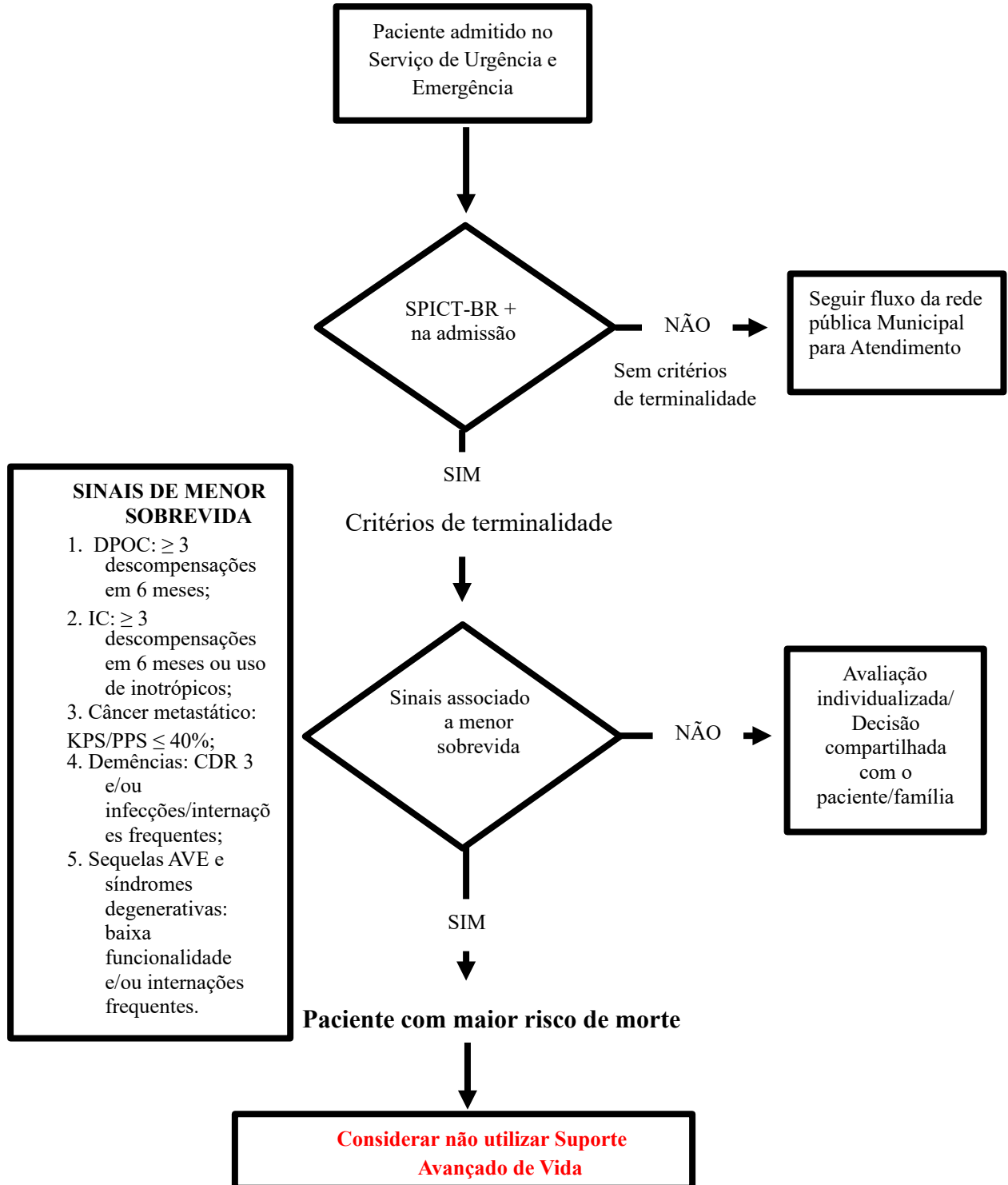
<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

### **3. OBJETIVOS**

Este protocolo tem o objetivo de auxiliar os colegas médicos e outros profissionais de saúde na tomada decisão no atendimento aos pacientes com diagnóstico de doenças ameaçadoras da vida e, com indicadores de menor sobrevida que se beneficiariam da abordagem paliativa plena. No entanto, esclarecemos que protocolos existem para auxiliar-nos na tomada de decisão e, não se sobrepõe à autonomia do profissional médico e demais profissionais na avaliação e decisão clínica.

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

**4. FLUXOGRAMA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS À  
ABORDAGEM PALIATIVA PLENA**



Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

**Adaptado do Fluxograma do Núcleo Técnico Científico de Cuidados Paliativos do HCFMUSP  
abril de 2020.**

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

## 5. TABELAS

**O SPIC-T é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.**

**Procure por indicadores gerais de piora da saúde.**

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

**Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.**

Câncer	Doença cardiovascular	Doença renal
Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.	Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/ml) com piora clínica.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.</li> </ul>	Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
<b>Demência/ fragilidade</b>	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	<b>Doença respiratória</b>	<b>Doença hepática</b>
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.	Doença respiratória crônica grave com:	Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
Incontinência urinária e fecal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascite resistente a diuréticos</li> <li>• Encefalopatia hepática</li> <li>• Síndrome hepatorenal</li> <li>• Peritonite bacteriana</li> <li>• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas</li> </ul>
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.	Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.	Transplante hepático é contraindicado.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.	Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	
<b>Doença neurológica</b>	<b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</b>	
Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.</li> <li>▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.</li> <li>▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.</li> <li>▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.</li> <li>▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.</li> </ul>	
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.		
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.		

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

### 5.1 ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY (KPS)

<b>100%</b>	Sem sinais ou queixas, sem evidências de doença
<b>90%</b>	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
<b>80%</b>	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
<b>70%</b>	Cuida de sim mesmo, não é capaz de trabalhar
<b>60%</b>	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
<b>50%</b>	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
<b>40%</b>	Necessita de cuidados médicos especiais
<b>30%</b>	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
<b>20%</b>	Muito doente, necessita de suporte
<b>10%</b>	Moribundo, morte iminente

**Fonte:** SCHAG, C.C., HEINRICH, R.L., GANZ, P.A. Karnofsky performance status revisited: *Reliability, validity, and guidelines*. J Clin Oncology. 1984; 2:187-193.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello



## 5.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

	SAUDÁVEL CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA DCR 2	DEMÊNCIA GRAVE CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda da memória ou apenas esquecimento discreto e inconsistente	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento “benigno”	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit infere com a atividades do dia a dia	Perda de memória grava; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grava; apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações do tempo; orientado no espaço, no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia adia; juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldade moderada na solução de problemas e semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças; juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS DA COMUNIDADE	Função independente nas atividades de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal na avaliação inicial	Sem possibilidade de desempenho fora da casa; parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa; parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente alterados	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono de tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados abandonados	Só realiza tarefas mais simples; interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello



CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita de assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais; geralmente incotinente
-------------------	------------------	------------------	------------------------------------	---	--

### 5.3 ESCALA DE DESEMPENHO EM CUIDADOS PALIATIVOS (PPS)

PPS	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSIÊNCIA
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> /trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacidade para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência =/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência =/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência =/- confusão

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completa ou sonolência =/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

**Fonte:** Victoria Hospice Society. J Pall Care 9 (4): 26-32. Tradução oficial, com referência no link: [http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps\\_portuguese.pdf](http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese.pdf).

## 6. CONSIDERAÇÕES:

Pacientes inseridos em abordagem paliativa plena e, com sinais associados de menor sobrevida não tem indicação técnica para Medidas de Suporte Avançado de Vida, tais como: (IOT, RCP, UTI, Hemodiálise, DVA). A decisão é médica e, respaldada ética e legalmente, todavia ela deve ser compartilhada à família de forma empática, acolhedora e, respeitosa. Nesse contexto, todas as medidas necessárias para que seja revertido o evento agudo motivador da ida do paciente ao serviço de urgência e emergência são necessárias e mandatórias. Tais como: Investigação e tratamento de foco infeccioso, broncoespasmo, congestão, distúrbios hidroeletrolíticos etc.

## 7. PROCESSO ATIVO DE ÓBITO EM PACIENTES INSERIDOS EM ABORDAGEM PALIATIVA PLENA.

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO

**Os principais sinais e sintomas são:**

**Anorexia:** Evitar hiperalimentação, hipervolemia e prescrição de dispositivos de via alternativa para alimentação.

**Imobilidade:** Evitar mudança de decúbito rigorosa e, preferir posições confortáveis

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

**Sonolência:** Esperado que aconteça nesse momento a depender da doença de base.

**Alt. De Cognição (delirium):** Devem ser toleradas e intervenções medicamentosas são recomendadas quando o delirium se torna agitado e representa ameaça ao conforto e à segurança do doente.

**Colapso periférico:** Palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica.

**Ronco:** É a respiração ruidosa com muita secreção pela incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. Repetidas aspirações de vias aéreas não devem ser realizadas se desconforto ao doente.

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

## 7.2 SUGESTÃO PARA O MANEJO DE DOR E DISPNEIA

### 7.2.1 DOR

#### Em pacientes virgens de opioides:

Iniciar com Morfina 10mg IV/SC + SF 0,9% 100ml /250ml em BIC/24h nos pacientes com função renal normal com o ajuste progressivo da dose até o controle do sintoma.

Morfina dose de resgate: 1/6 a 1/10 da dose total em 24h até 1h/1h, se necessário.

**Insuficiência Renal:** Iniciar Morfina 3 a 5 mg IV/SC + SF 0,9% 100ml/250ml em BIC/24h com o ajuste progressivo da dose até o controle do sintoma.

O uso do SG5% é uma sugestão para pacientes em dieta ZERO.

**Legenda:** BIC: Bomba de Infusão Contínua; IV: Intravenosa; SC: Subcutâneo.

#### Em pacientes já em uso de opioides:

A dose de resgate e/ou para manejo da dor corresponde a 1/6 a 1/10 da dose total diária do opioide que o paciente já usa.

A dose que será colocada em BIC/24h será o que o paciente já fazia uso mais a soma das doses que foram usadas no manejo do sintoma agudo.

Lembrar que a relação VO/IV para conversão de opioides é: 3:1.

**Observação:** O uso concomitante de analgésico comum (dipirona / paracetamol) é recomendado, estes fazem efeito sinérgico aos opioides, potencializando seus efeitos.

### 7.2.2 DISPNEIA

#### Em pacientes virgens de opioides:

DISPNEIA

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

MODERADA/GRAVE  
EM DOENÇAS CRÔNICAS AVANÇADAS E SEM MELHORA  
E/OU REVERSÃO DO EVENTO  
AGUDO.



Iniciar com: Morfina 10mg IV/SC + SF 0,9% 100ml/250ml em BIC/24h > da dose proporcional ao controle do sintoma.

Morfina dose de resgate 1/6 a 1/10 da dose total até 1h/1h, se necessário.

**Insuficiência Renal:** Morfina 1/2 a 1/3 da dose habitual

Fentanyl de 12 – 70mcg/h IV/SC em BIC/24h

**DISPNEIA DE DIFÍCIL CONTROLE:** Associar a Morfina:

Midazolam 10mg IV/SC em BIC em 24h e > da dose proporcional ao controle do sintoma.

Midazolam dose de resgate: 2mg IV/SC até de 1h/1h, se necessário.

O uso do SG5% é uma sugestão para pacientes em dieta ZERO.

**Legenda:** BIC: Bomba de Infusão Contínua; IV: Intravenosa; SC: Subcutâneo.

**Em pacientes já em uso de opioides:**

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

A dose de resgate e/ou para manejo da dispneia aguda corresponde a 1/6 a 1/10 da dose total diária do opioide que o paciente já usa.

A dose que será colocada em BIC/24h será o que o paciente já fazia uso mais a soma das doses que foram usadas no manejo do sintoma agudo.

Lembrar que a relação VO/IV para conversão de opioides é: 3:1.

**Observação:** O uso concomitante de analgésico comum (dipirona / paracetamol) é recomendado, estes fazem efeito sinérgico aos opioides, potencializando seus efeitos.

## 8. INTOXICAÇÃO POR OPIÓIDES

Moderada: Confusão, mioclonias, espasmos musculares, alucinações, agitações. Conduta: diminua a dose da morfina a 1/3 e hidratação (SF0,9% 250-500ml em até 6h) se adequado ao quadro do paciente.

Grave: Depressão respiratória, FR: < 8 -10rpm, hipotensão, bradicardia, perda de consciência. Conduta: suspensão imediata da morfina, hidratação, se paciente tolerar e reversão com Naloxona.

## 9. SEDAÇÃO PALIATIVA:

Sedação paliativa é a utilização de medicamentos sedativos cujo objetivo é aliviar sintomas intoleráveis e refratários a outros tratamentos, falências orgânicas e, situações emergenciais agudas que demandem atuação imediata através da redução do nível de consciência. (NOGUEIRA; SAKATA, 2012)

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

Antes de iniciar a sedação paliativa devemos tratar a causa do sintoma.  
Quando for possível (REVERTER O QUE É REVERSÍVEL, SEMPRE)

A droga de escolha para sedação paliativa é o midazolam dose inicial 2,5 a 5mg IV/SC e pode ser repetida a cada 10 ou 15 minutos até conforto do paciente. Essa dose intermitente realizada até o conforto do paciente será a dose total de 24h em infusão contínua nos dias seguintes, ajustadas quando necessário à realização de resgates.

## **10. RESPALDO ÉTICO E LEGAL PARA ASSISTÊNCIA À TERMINALIDADE NO BRASIL**

- Código Penal – artigo 13 #2

Em casos de decisão por não adoção de medidas invasivas sustentadoras de vida, o

Profissional de saúde só será responsabilizado criminalmente pelo não uso do recurso, se a evolução do paciente para morte ocorrer pela ausência desse fato.

- Resolução 1805/2006 (CFM)

O médico poderá retirar ou não introduzir medidas de suporte artificial de vida em caso de fase terminal de doença e incurável.

O paciente e/ou a família deverão ser informado e receberem ciência da circunstância e da decisão num processo de comunicação apropriada. A não concordância com a decisão entre paciente /família e equipe assistente deverão ser trabalhadas num processo de comunicação contínuo.

Todo o processo decisório e de comunicação deverá ser registrado em prontuário com clareza pelo profissional médico responsável. É plausível uma segunda opinião médica se solicitado pela família.

- Novo Código de Ética Médica 2018

Nas situações irreversíveis e terminais o médico evitará ações diagnósticas e terapêuticas inúteis e desnecessárias e deverá garantir a assistência em cuidados paliativos.

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello



## **11. CONCLUSÃO**

É importante ressaltarmos que as proposições aqui colocadas objetivam auxiliar os colegas na tomada de decisão e, que podem a qualquer momento serem revistas, revalidadas e adaptadas. Comprometemos-nos a estarmos sempre paultados em conhecimentos validados e científicamente comprovados para a prática de uma medicina com expertise técnica e humana em busca do alívio do sofrimento humano.

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

## 12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, [S. l.], 31 dez. 1940.

CÓDIGO de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima. **Resolução CFM nº 1.995/2012, 31 de agosto de 2012**. [S. l.], 31 ago. 2012

DOWNAR, James *et al.* The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, [s. l.], 3 abr. 2017.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE. **Resolução CFM Nº 1.805/2006**. Brasília, 9 nov. 2006.

MAIELLO, A. P. M. V. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. 1. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020. 175 p.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: 2009. p. 14-19.

NÚCLEO TÉCNICO CIENTÍFICO DE CUIDADOS PALIATIVOS HCFMUSP.  
**Cuidados Paliativos e Tomada de Decisão (Deliberação Moral):**  
Pacientes ADULTOS - CRISE COVID-19.. **CLINICS**, [s. l.], 14 abr. 2020.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

**SUPPORTIVE and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version).** [S. l.], 9 nov. 2015.

D’ALESSANDRO, M. P. S. et al. **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.

FERREIRA, G. D.; MENDONÇA, G. N. **Cuidados Paliativos: Guia de Bolso.** São Paulo, ed. 1, p. 5-62, dez, 2017.

NOGUEIRA, L. N.; SAKATA, T. S. A. **Sedação Paliativa do Paciente Terminal.** Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 62, n. 4, jul-ago, 2012.<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-ofpalliative-care/>

<b>Elaborado/Revisado</b>	<b>Validado</b>	<b>Aprovado – 2024</b>
Dra. Ana Maria Antunes Nasser Dra. Raquel Carvalho de Sousa	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello