

Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo do Paciente em Condição Terminal

94

Thiago Lins da Costa Almeida
Zailton Bezerra Lima Junior
Fernanda Maris Peria
José Sebastião dos Santos

“Penso que o melhor médico é aquele que tem sabedoria de falar com os pacientes, segundo o seu conhecimento, da situação do momento, do que aconteceu antes e do que acontecerá no futuro.”

Hipócrates

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A morte é um evento natural da vida e inerente à evolução natural de diversas doenças. Além da extensão e da gravidade da doença de base, há várias comorbidades que podem ser implicadas no prognóstico reservado ao paciente terminal: câncer, síndromes demenciais e neurodegenerativas, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral), doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística), síndromes de imunodeficiência, diabetes *mellitus*, falência de sistemas (insuficiências renal, cardíaca, hepática e respiratória) e sequelas neurológicas, traumáticas e cirúrgicas.

Os distúrbios eletrolíticos refratários podem sugerir terminalidade e episódios de febre podem ter origem tumoral não infecciosa. Por isso, a compreensão dessas peculiaridades e a condução das suas intercorrências são um desafio a saúde pública, em que a porta de entrada e de amparo é a unidade básica de saúde e a unidade de pronto atendimento.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

O envelhecimento populacional e o melhor controle das doenças crônico-degenerativas têm contribuído para o aumento na demanda de pacientes com necessidades de cuidados paliativos ou já em condição terminal nos serviços de saúde.

O exame clínico e a história da doença, o diálogo com o paciente, cuidadores e familiares, além do contato ou relatório da equipe que assiste o paciente podem nortear a assistência e o melhor local da rede de saúde para provê-la.

Alguns instrumentos e escalas poderão auxiliar na decisão nesse momento, mas a avaliação clínica ainda é soberana. A inclusão do paciente na assistência terminal poderá ser partilhada e concordante entre dois médicos, cuja habilidade profissional se soma à autonomia do paciente.

Os pacientes com necessidade de cuidados paliativos são aqueles cuja doença base é incurável e a condição clínica limita o prognóstico ou ameaça a vida na ausência de tratamento curativo. Nessa condição, há possibilidade para intervenção, com controle de sintomas e reabilitação, minimização da progressão da doença, das complicações e aumento da sobrevida global com qualidade de vida.

Os pacientes sob cuidados paliativos podem ser conduzidos para a detecção precoce de fatores complicadores, submeterem-se a medidas terapêuticas ou mesmo de reabilitação funcional durante período ilimitado e, ainda, poderão estar aptos, em casos selecionados, às medidas invasivas como trombólise, diálise, cirurgias e internação em unidades de terapia intensiva. Como exemplo, pacientes com metástase visceral, fator que anteriormente definia terminalidade, hoje podem ter qualidade em sobrevida além de seis meses.

Os pacientes terminais são portadores de doenças incuráveis em rápido declínio funcional e agravamento descontrolado. A evolução progressiva para o óbito é inevitável e ocorre em prazo muito breve (dias a minutos), não havendo intervenção que restaure as condições fisiológicas mínimas do organismo. Assim, o paciente terminal não evolui com parada cardiopulmonar, mas ao óbito e deve ser amparado pela equipe de saúde em condições mínimas de sofrimento.

O discernimento para intervir ativamente no controle dos sintomas da doença, na prevenção das complicações esperadas das últimas horas de vida, na assistência aos familiares durante o período de luto, e assim, evitar medidas fisiologicamente fúteis para tratar o intratável, deve nortear as ações da equipe de saúde frente à terminalidade.

Não deve haver dúvida entre paliativo, eutanásia e a distanásia. A assistência paliativa não busca acelerar a morte, e nem adiá-la por meio de recursos tecnológicos, mas permití-la naturalmente e sem sofrimento (ortotanásia). O médico da atenção básica pode se assegurar das informações do serviço de

referência e coordenar o manejo clínico do estado de terminalidade, acordar com o paciente e os familiares a indicação ou não de ventilação mecânica, medicações vasoativas e demais medidas invasivas, bem como a transferência para serviço de maior complexidade.

A comunicação da equipe de saúde com a família e o cuidador, mediante orientação sobre os sinais de falência do corpo, a proximidade do óbito e a necessidade de conforto de todos é essencial. Em sua grande maioria, os pacientes terminais desejam o domicílio como local do óbito, mas essa vontade ainda não é plenamente aceita pelos familiares no nosso contexto cultural.

Na resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), no capítulo dos princípios fundamentais, está previsto que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

A resolução do CFM acrescenta que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, incluindo os casos de doença incurável e terminal. E 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, de seu representante legal.

ABORDAGEM DO PACIENTE TERMINAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (Fluxograma 94-1)

- A) Confirmar o conhecimento pelo paciente e pelos familiares do diagnóstico e prognóstico, mediante confirmação de atendimento especializado;
- B) Avaliar relatório médico sobre evolução da doença e diário de farmácia, excluindo tratamentos sem benefício para curto e médio prazo (anti-hipertensivos, antidiabéticos, anticoagulantes, polivitamínicos, dentre outros);
- C) Excluir piora clínica devido à causa única reversível, evento colateral, iatrogenia e interação medicamentosa. As reavaliações clínicas deverão ser intensivas;
- D) Considerar fatores de pior prognóstico: *Karnofsky Performance Status* (KPS) (Tabela 94-1), sinais e sintomas incontrolláveis na progressão de doença não tratável e a ausência de condições psicossociais e sanitárias mínimas;
- E) Discernir e intervir nas diversas fases psicológicas que cercam a doença e a condição clínica, discutindo sobre a finitude da vida e a possibilidade de óbito iminente. Propor intervenção específica quando o óbito é desejo antecipado de terceiros. Avaliar e atuar para equilíbrio físico, emocional, espiritual e social do paciente e seus familiares;

- F) Solicitar exames complementares apenas no primeiro atendimento, os quais não deverão ser repetidos desnecessariamente. Considerar os sinais e sintomas como os sinais vitais suficientes;
- G) Preferir via de administração medicamentosa menos invasiva e mais adequada para uso domiciliar: via oral (VO), subcutânea (SC) e sublingual (SL), atingindo alvo terapêutico na menor dose e maior intervalo de posologia possível. Realizar ajustes pela função renal e peso do paciente;
- H) Evitar alimentação e hidratação desnecessárias, mudança de decúbito dolorosa, profilaxia para tromboembolismo, venoclise e anseios desmedidos dos familiares. Garantir higienização e conforto adequados;
- I) Oferecer amparo periódico ambulatorial e/ou domiciliar pela equipe da atenção básica, bem como suporte para referência e contrarreferência. Sinais e sintomas terminais devem ser orientados e manejados, sempre que possível, em domicílio;
- J) Internar o paciente terminal para descanso e reorganização dos cuidadores e quando o óbito é iminente e/ou não desejado no ambiente domiciliar. Utilizar serviços de pequena e média complexidade para período breve ou até mesmo planejado.

TABELA 94-1 Instrumento para predição de óbito: *Karnofsky Performance Status (KPS)*, *Palliative Performance Scale (PPS)* e *Palliative Prognostic Index (PPI)*

INSTRUMENTO	PONTOS	INSTRUMENTO	PONTOS	INSTRUMENTO	PONTOS
01 – KPS*		02 – PPS**		03 – PPI***	
Ativo, nenhuma queixa	100%	Dispneia		Valor PPS	
Ativo, sinais e sintomas menores da doença, com restrições físicas leves	90%	Sim	0	10-20	4
		Não	1	30-50	2,5
				≥ 60	0
Sinais e sintomas da doença moderadas, cansaço fácil	80%	Anorexia		Ingesta oral	
Cuida de si, mas incapaz de trabalho ativo, sinais e sintomas frequentes	70%	Sim	0	Redução grave	2,5
		Não	1,5	Redução mod.	1,0
				Normal	0
Realiza atividades diárias, mas requer cuidados ocasionais durante o dia	60%	<i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>		Edema	

TABELA 94-1 Instrumento para predição de óbito: *Karnofsky Performance Status (KPS)*, *Palliative Performance Scale (PPS)* e *Palliative Prognostic Index (PPI)* (Continuação)

INSTRUMENTO		INSTRUMENTO		INSTRUMENTO	
01 – KPS*	PONTOS	02 – PPS**	PONTOS	03 – PPI***	PONTOS
Ativo, dependente para ações diárias básicas	50%	≥ 50%	0	Presente	1,0
		30-40%	0	Ausente	0,0
		10-20%	2,5		
Passivo, incapaz, requer cuidados especiais e assistência	40%	Predição clínica de sobrevida (em semanas)		Dispneia Terminal (sororoca)	
Muito incapaz, requer cuidados ativos, mas morte não iminente	30%	>12 s	0	Presente	3,5
		11-12 s	2	Ausente	0,0
		7-10 s	2,5		
		5-6 s	4,5		
		3-4 s	6		
		1-2 s	8,5		
Muito debilitado, requer cuidados ativos 24 horas, sonolento, apenas atividades passivas, morte iminente	20%	Leucometria		<i>Delirium</i>	
Moribundo, não deixa leito	10%	Normal (4,6-10,2)	0	Presente	4,0
		Alta (10,2-15)	0,5	Ausente	0,0
		Muito Alta (≥ 15)	1,5		
Morto, não responsivo	0	Percentagem de linfócitos			
		Normal (20-40%)	0		
		Alta (12-20%)	1		
		Muito Alta (< 12%)	2,5		

* *Karnofsky Performance Status (KPS)* – Valor < 50% estima risco de 10% para óbito dentro de 6 meses.

** *Palliative Performance Scale (PPS)* – Estima risco de óbito dentro de 30 dias A (0-5,5) risco > 70%; B (5,6-11,0) risco entre 30-70%; C (11,1-17,5) risco < 30%.

*** *Palliative Prognostic Index (PPI)* – Valor > 6 estima risco de óbito dentro de três semanas com valor preditivo positivo 0,83 e valor preditivo negativo de 0,71. Sensibilidade de 80% e Especificidade de 85%.

Os sinais e sintomas mais frequentes na fase terminal são: *delirium*, broncorreia (sororoca – ronco da morte), dispneia, anorexia-caquexia e dor. Os sinais e sintomas de morte iminente dentro de 48 horas são: sonolência, torpor e coma; ausência de sede e fome; retenção urinária e constipação; pele fria e cinza, cianose periférica e central; incapacidade de fechar os olhos e falência cardiovascular com hipotensão e bradicardia.

As intervenções adiante serão suficientes para o conforto do paciente e tranquilidade dos familiares e cuidadores, tornando desnecessária a internação hospitalar em muitas situações.

Cenário I – Dor

- A dor deve ser controlada de imediato, preferindo uso de morfina. A tolerância e dependência física e psíquica não devem determinar o retardo da prescrição;
- A dor é potencializada pelo sistema adrenérgico devido ao medo, solidão, ambiente escuro e ansiedade. Utilizar escala de dor para plano terapêutico, mas não retardar a progressão de doses;
- A analgesia não é indicada para acelerar a morte, mas para conforto da fase terminal;
- Anti-inflamatórios poderão ter ação adjuvante durante essa fase, mas devem ser evitados por período prolongado devido à gastronefrotoxicidade e desagração plaquetária e sangramento;
- Codeína, tramadol, morfina e derivados são concorrentes, não resultam em ação aditiva ou sinérgica e não devem ser administrados em associação. Evitar prescrição de dolantina, meperidina e nalbufina.

Cenário II – Dispneia e respiração ruidosa

- Respeitar queixa subjetiva;
- Excluir anemia, infecção e derrame (pleural ou ascite) como único fator causal;
- Manter cabeceira elevada em 45-90°, aspiração não traumática e fisioterapia;
- Se hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 90\%$) iniciar oxigenoterapia. Não requer oximetria.
- Mesmo com dispneia recorrente, haverá conforto para o paciente. Agonia não é sinônimo de sofrimento;
- Broncodilatadores poderão ser utilizados inicialmente no broncoespasmo, mas favorecerão taquicardia e distúrbio hidroeletrólítico.

Cenário III – *Delirium*

- Excluir: hipoglicemia, secundária ao uso de opioide, uso crônico de corticoide e anemia como causas únicas e reversíveis;

- Avaliar se é necessário alternar sono-vigília e se há tempo hábil e motivo para isso: atendimento psicológico, celebração religiosa, aguardar familiares e despedidas;
- Não administrar medicações em mesma solução, favorecendo seu manejo. Corticoides e diuréticos devem ser administrados pela manhã;
- Não utilizar benzodiazepínico devido à reação paradoxal, biodisponibilidade errática e depressão central;
- Sedação paliativa (indicada no *delirium* refratário, *status epilepticus*, dispneia incontrolável, hemorragia maciça, dentre outras situações refratárias): O midazolam é uma das medicações mais utilizadas.

Cenário IV – Náuseas e vômitos

- Metoclopramida 0,5 mg/kg cp: 10 mg, amp: 10 mg de 8/8-6/6 h, EV, SC;
- Domperidona 10 mg de 8/8 h, EV, SC (excluir obstrução intestinal);
- Dimendrinato 100 mg de 8/8 h, EV;
- Haloperidol 0,5 mg de 8/8 h, VO;
- Clorpromazina 12,5-25 mg, VO, IM fr 4% cp: 25 mg, amp: 25 mg;
- Lorazepam 0,5-2 mg de 6/6-4/4 h, SL;
- Dexamentasona 4 mg de 12/12-8/8 h, EV, IM;
- Ondasentrona 8 mg de 8/8 h, EV ou BIC;
- Omeprazol 20 mg, VO, EV;
- Ranitidina 50 mg de 8/8 h, EV;
- Hidróxido de alumínio 6,2% suspensão 5 ml de 8/8 h, VO.

Cenário V – Constipação

- A constipação é compatível com o hipermetabolismo, oferta escassa de alimento e efeitos colaterais de medicamentos.

Intervir apenas se constipação maior que 3 a 7 dias, e associada à fecaloma, dor e distensão abdominal. Dentre as alternativas destacam-se os lubrificantes: óleo mineral 5 ml 3×/dia, VO; glicerina supositório e osmóticos: lactulose 10 ml 2-3×/dia, VO (Máx. 30 ml 3×/dia).

Cenário VI – Diarreia

- Loperamida: 4 mg ataque + 2 mg após cada evacuação (dose máx. 16 mg/dia pode ser ultrapassada) suspender após 12-24 horas sem diarreia;
- Se a diarreia persistir 24 horas após loperamida: ciprofloxacino 15 mg/kg, VO de 12/12 h durante 5 dias; metronidazol 4% suspensão fr 35-50 mg/kg, VO de 8/8 h (pacientes caquéticos exigem posologia adequada à função renal).

Cenário VII – Anorexia-Caquexia-Astenia

- Dieta livre via oral de 2/2 h, à demanda do paciente. Indicada na presença de fome e desejo do paciente com algum nível de consciência. Evitar broncoaspiração;
- O hipercatabolismo da doença e citocinas anorexígenas prevalecem sobre intervenção;
- Sonda nasoenteral: intervenção deve ser autorizada pelo paciente e deve prever permanência e uma resposta suficiente para justificar este procedimento invasivo.

Miscelânea

1. Local do óbito: calmo, silencioso, privativo;
2. Roupas do paciente: evitar cores claras que possam realçar sangue ou feridas.
3. Proteção ocular: lavar com soro fisiológico; lágrima artificial, gaze úmida, tampão protetor luminoso;
4. Cavidade oral: retirar prótese, saliva artificial, umedecer lábios com vaselina; candidíase oral: nistatina 100.000 UI/ml solução oral; fluconazol 150 mg, VO 1x; mucosite: lidocaína gel ou *spray*, flogoral;
5. Proteção cutânea: óleo de girassol ou canola;
6. Hidratação: oferecer gelo picado ou sorvete sublingual e umedecer mucosa oral. Não requer controle de diurese. O objetivo é retirar sensação de sede;
7. Para tumor fistulizado ou exofíticos: metronidazol e nistatina pomadas;
8. Soluções: clorpromazina 12,5 mg, EV de 4/4-6/6 h; midazolam 2 mg, SL (até 10 mg/dia);
9. Flato e meteorismo: dimeticona 30 gts de 6/6 h, VO, SL;
10. Diurese: coletor urinário externo, fralda, sondar se bexigoma;
11. Úlceras e escaras: placa hidrocoloide, alginato, papaína;
12. Hemotransfusão – Sem sangramento: se fadiga, astenia e dispneia como fatores únicos de descompensação. Com sangramento: A) controlável = transfundir para Hb > 7; B) incontrolável = não transfundir.

Medidas Clínicas e Regulatórias Adotadas

- O paciente e os familiares são orientados a procurar a unidade básica de saúde ou uma unidade de pronto atendimento, ou ainda a ligar para o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)/Central de Regulação de Urgência, quando necessário;
- O médico da atenção básica ou do pronto atendimento que atende deve orientar o paciente e os familiares sobre o plano de tratamento;

- Caso haja solicitação de internação, o médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento ou internação em *hospice* ou hospital de referência;
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
 - Por telefone pelo centro regulador (CR);
 - Por telefone pela atenção básica;
 - Pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares realizados no âmbito do hospital secundário ou terciário para a doença são agendados pelo próprio hospital;
- A equipe do *hospice* e hospital terciário devem redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o tratamento complementar eventualmente proposto. O acesso aos serviços de saúde não é unidirecional. Desta forma, após a solução do problema de saúde que gerou a referência o paciente deve ser redirecionado para a atenção básica;
- A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento, passíveis de cuidado neste nível, como curativos em feridas cirúrgicas, manejo da dor, hidratação, orientação nutricional e psicossocial, dentre outros;
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do hospital terciário devem ser solicitados para o CR, por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico;
O médico atendente poderá fornecer o Atestado de Óbito quando possuir conhecimento ou documento que o torne apto. Caso contrário, dever-se-á encaminhar o corpo para Serviço de Verificação de Óbito.

CUIDADOS PALIATIVOS, *HOSPICES* E O PACIENTE TERMINAL

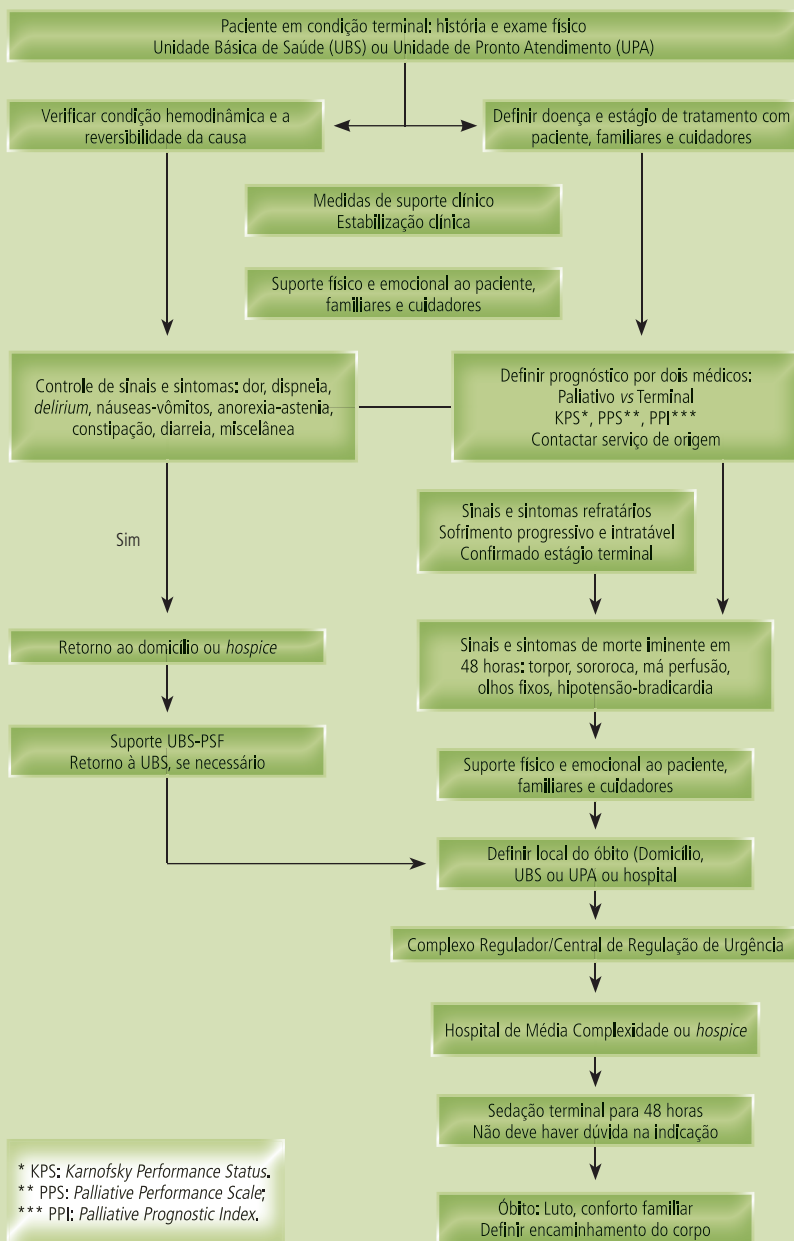
Os cuidados paliativos devem ser iniciados na primeira consulta do diagnóstico e planejamento terapêutico sem objetivo de cura, o que auxilia no controle de sintomas, no enfrentamento da doença e no conforto na fase terminal. Por outro lado, essa prática requer o estabelecimento de uma rede de cuidados paliativos nos diferentes níveis de complexidade da assistência, tanto em regime eletivo, como de urgência.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Anais do 5º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos; 2010 out; Recife, Pernambuco. São Paulo: ANCP; 2010.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: ANCP; 2009.

- Bird S. End of life decisions and the law. *Australian Family Physician*. 2008;37(3):155-6.
- Blanchard R. End of life. *CMAJ*. 2010;182(11):1213-4.
- Bloomer M, Tan H, Lee S. End of life care: the importance of advance care planning. *Australian Family Physician*. 2010;39(10):734-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA; 2001a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael – Monte Tabor. 10a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- Brown-Saltzman K, Upadhyya D, Larner L, Wenger NS. An intervention to improve respiratory therapists comfort with end-of-life care. *Respiratory Care*. 2010, 55(7):858-65.
- Burlá C. Cuidados paliativos e fim de vida. *Folha de São Paulo*. 2010 jun 2.
- Carr D, Moorman SM. End-of-life treatment preferences among older adults: an assessment of psychosocial influences. *Sociological Forum*. 2009;24(4):754-78.
- Casarett DJ, Quill TE. “I’m not ready for hospice”: Strategies for timely and effective hospice discussions. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(6):443-9.
- Casarini K, Basile Filho A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2005;38(1):69-73.
- Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU. Guia do Candidato 2011. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
- Conselho Federal de Medicina. Novo Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM; 2009.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
- Garcia ADTR, Ribeiro NP, Matoso WMA, Rennó CSN. Cuidados paliativos como estratégia humanizadora no tratamento ao paciente terminal. *Poços de Caldas*; 2006.
- Garros, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? *Jornal de Pediatria*. 2003;79(2): 243-54.
- Glass AP, Nahapetyan L. Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. *Preventing Chronic Disease*. 2008;5(1):1-8.
- Grisard N, Ramos Filho I. Manual de orientação ética e disciplinar. 4a ed. Florianópolis: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina; 2006. Vol. 1.
- Grupo de estudios de ética clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar. *Revista Médica de Chile*. 2007;135(5):669-79.
- Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2001;47(2): 85-109.
- Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S. Micro data analysis of medical and long-term care utilization among the elderly in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7(8):3022-37.
- Hennemann L. Considerações sobre a resolução do CFM sobre a suspensão ou limitação de tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida de pacientes terminais. *Prática Hospitalar*. 2007;49:22-24.
- Howell DA, Roman E, Cox H, Smith AG, Patmore R, Garry AC, et al. Destined to die in hospital? Systematic review and meta-analysis of place of death in haematological malignancy. *BMC Palliative Care*. 2010;9:9.
- Juth N, Lindblad A, Lynöe N, Sjöstrand M, Helgesson G. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliative Care* 2010;9:20.
- Kehl KA, Kirchhoff KT, Kramer BJ, Hovland-Scafe C. Challenges facing families at the end of life in three settings. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 2009;5: 144-68.

- Khodyakov D, Carr D. The impact of late-life parental death on adult sibling relationships: do parents' advance directives help or hurt? *Research Aging*. 2009;31(5):495-519.
- Knobel M, Silva ALM. O paciente terminal: vale à pena investir no tratamento? *Einstein*. 2004;2(2):133-4.
- Laselva CR. O paciente terminal: vale à pena investir no tratamento? *Einstein*. 2004;2(2):131-2.
- Linley L, Mark B, Lee SD. Providing hospice care to children and young adults: a descriptive study of end-of-life organizations. *Journal of Hospice Palliative Nursing*. 2009;11(6):315-23.
- Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;17(4):240-7.
- Martal GN, Hannall SA, Silva JLF. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagnóstico e Tratamento*. 2010;15(2):58-60.
- Moritz RD, Deicas A, Rossini, JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2010;22(2):125-32.
- Pereira MT, Reis TCS. A não ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007;53(2):225-9.
- Quintana AM, Kleger P, Santos MS, Lima LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*. 2006;16(35):415-25.
- Rady MY, Verheijde JL. End-of-life discontinuation of destination therapy with cardiac and ventilatory support medical devices: physician-assisted death or allowing the patient to die? *BMC Medical Ethics*. 2010;11(15):1-11.
- Raphael J, Ahmedzai S, Hester J, Urch C, Barrie J, Williams J, et al. A perspective from the British Pain Society endorsed by the UK association of palliative medicine and the royal college of general practitioners. *Pain Medicine*. 2010;11:742-64.
- Schaden E, Hercze P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Medical Ethics*. 2010;11(19):1-6.
- Selli L, Alves JS. Cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioéthikos*. 2007;1(1):43-52.
- Sherman DA. Controversies abound in end-of-life decisions. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(5):400-3.
- Solares AL, Valenzuela ACT, Carrillo SPG. Manejo del paciente terminal. *Cancerologia*. 2006;1:283-95.
- UNIC. Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ; 2009.
- Urban CA, Hoepers R, Silva IM, A Júnior RA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2001;47(3):244-8.
- Vieira RW. Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisão [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- Zamperetti N, Piccini P. End of life in the intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*. 2010;76:541-547.



Fluxograma 94-1 Fluxograma para manejo do paciente em condição terminal. PSF - Programa de Saúde da Família.