

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL GERAL

Implantation of a multidisciplinary palliative care protocol in general hospital

Andrea Hellen dos Santos¹
Fabiola Langaro²
Felipe Pfuetzenreiter³
Luiza Tatiana Forte⁴

Recebido em: 02 ago. 2015
Aceito em: 21 set. 2015

RESUMO: Introdução: A especialidade de Cuidados Paliativos contribui com a melhoria do processo de morrer, âmbito que, historicamente foi pouco focado pelas iniciativas de saúde. Atualmente, a prestação diferenciada de cuidados a pessoas em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento tem merecido destaque e priorização nas políticas de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é relatar a experiência de implantação de protocolo de Cuidados Paliativos em instituição suplementar privada de médio porte, localizada ao sul do Brasil, incluindo atuação em nível básico e alta complexidade. **Método:** Para a construção deste relato de experiência, foi realizada uma análise documental dos materiais produzidos ao longo do processo de implantação do programa entre os anos de 2009 e 2015, com a revisão e compilação das informações e dados registrados neste período. **Resultados e conclusões:** O serviço oferecido se consolidou em forma de equipe de consultoria, atuante nos diversos setores da instituição. Formou-se um núcleo de profissionais líderes na assistência, composto por uma psicóloga hospitalar, um médico intensivista, uma enfermeira e uma fisioterapeuta de UTI e uma enfermeira de semi-intensivo. Após, houve entrada de um médico paliativista na equipe. Para gestão dos resultados do programa, indicadores são constantemente gerenciados, entre eles custos, tempo de hospitalização, número de altas e óbitos e satisfação de clientes. Com os resultados alcançados, observa-se principalmente maior cuidado e apoio aos pacientes em final de vida e seus familiares, bem como suporte para as equipe assistenciais, apontando para uma importante mudança cultural na instituição. **Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Hospital Geral. Protocolos Clínicos.

¹ Psicóloga graduada pela UFPR, especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Foi responsável pelo Serviço de Psicologia Hospitalar e pelo Grupo de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Unimed de Joinville (SC) durante a primeira fase de implantação, atualmente psicóloga no Hospital SOS Córdio de Florianópolis-SC. E-mail: andhellena@gmail.com.br. Endereço para correspondência: Rua Vitor Konder, n. 125, sala 102, B. Centro, Florianópolis, SC, Cep 88.015-400.

² Psicóloga, Doutoranda e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe, Docente das Faculdades Guilherme Guimbala/ACE, Psicóloga no Hospital SOS Córdio de Florianópolis-SC. E-mail: flangaro@hotmail.com.

³ Médico intensivista do Centro Hospitalar Unimed. E-mail: felipepf@yahoo.com.

⁴ Graduada em Psicologia pela PUC-PR, Especialista em Psicologia Hospitalar PUC-PR, Mestre em Educação PUC-PR, Diretora de Extensão, Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar, Coordenadora do Curso de Psicologia e Docente da Faculdades Pequeno Príncipe. E-mail: tatianaforte@fpp.edu.br.

ABSTRACT: Introduction: The specialty of palliative care contributes to the improvement of the dying process, which historically has been less focus by health initiatives. Currently, differentiated care for people in advanced stages of incurable disease with great suffering has drawn attention and prioritization in health policies. **Objective:** The objective of this paper is to report the implementation experience of palliative care protocol in a private midsize institution, located at south of Brazil, including action at a basic level and high complexity. **Method:** For the construction of this experience report, it was made a documentary analysis of materials produced during the program implementation process between the years 2009 and 2015, with the review and compilation of information and data recorded in this period. **Results and conclusions:** The service offered was consolidated in the form of consultancy team working in the various sectors of the institution. Formed a core of professional leaders in care, composed of a hospital psychologist, an intensive care physician, a nurse and an ICU physiotherapist and a nurse semi-intensive. After, there was input from a palliative physician on staff. For management of the program results, indicators are constantly managed, including costs, length of hospital stay, number of discharges and deaths and customer satisfaction. With the results, it is observed mainly utmost care and support to patients at end of life and their families, as well as support for the health care team, indicating an important cultural change in the institution.

Keywords: Palliative Care. General Hospital. Clinical Protocols.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde em geral, os processos relacionados ao nascer são mais organizados e sedimentados do que os processos de morrer. O trabalho das unidades e equipes de saúde especializadas para o nascer está consolidado e disponível para a maioria da população. Já o processo do morrer, em geral, enfrenta o preconceito e a baixa qualidade dos serviços prestados (COSTA FILHO et al., 2008).

No cenário atual, há a expectativa de que os recursos tecnológicos sejam capazes de curar qualquer doença. Uma forte negação cultural da morte prevalece, sendo esta compreendida como insucesso das práticas de saúde, mais especificamente da Medicina (ANCP, 2006b). Tal significado da morte é influenciado pela concepção já predominante na cultura ocidental do século XX, denominada como a morte “invertida”, descrita como a morte que se esconde, que é vergonhosa e encarada como fracasso da humanidade (ARIÉS, 2012; KOVÁCS, 2010).

De acordo com estimativas mundiais, para cada um milhão de habitantes, estima-se mil pacientes com necessidade de cuidados paliativos (CP) por ano. O Brasil, por possuir cerca de 180 milhões de habitantes, precisaria projetar uma estrutura para atender 180 mil pacientes/ano. Atualmente, acredita-se que exista cerca de 60 unidades de CP no território nacional, a maioria atuando apenas domiciliar ou ambulatorialmente, ou seja, um número ainda insuficiente (SANTOS, 2011).

Neste sentido, o processo de implantação de serviços de CP abarca a elaboração de um projeto, a operacionalização, implementação, consolidação e estabilidade do

programa. O projeto deve conter dados concretos como características da população a ser atendida e recursos a serem utilizados. A fase de operacionalização e implementação caracteriza-se pelo início da atuação de profissionais específicos, encadeando a criação de um núcleo estável, estabelecimento de consensos (internos e externos), capacitação específica, bem como avaliação dos resultados. Já a fase de consolidação inclui sedimentação e aprimoramento das atividades e profissionais, bem como incorporação de voluntariado, até que o serviço alcance um nível de estabilidade e autonomia (ANCP, 2006a).

Dentre as recomendações para implantação de programas em hospitais consta a organização de unidade de cuidados paliativos e de equipes consultoras. As unidades de CP possuem leitos próprios, profissionais de saúde especializados nestas práticas e dedicados exclusivamente para esta atividade. Já as equipes consultoras não possuem leitos próprios e tampouco assumem integralmente a assistência ao paciente/família, mas se articulam com diversos serviços hospitalares e comunitários onde se encontram os doentes de perfil paliativo. Há publicações que divulgam os resultados alcançados por esses grupos, principalmente no controle de sintomas, redução do tempo de medicação, promoção e adequação da terapêutica e exames complementares, gerando eficiência e redução de custos, também encontrando respostas a necessidades psicossociais e espirituais do paciente e família (ANCP, 2006a, 2006b). As ações realizadas no programa descrito neste artigo referem-se à atuação de equipe nesse formato.

MATERIAL E MÉTODOS

A análise da experiência relatada se deu por meio da revisão e compilação das informações e dados registrados ao longo do processo de implantação do programa, ou seja, a partir de uma análise documental. Esta metodologia consiste em descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (IGLESIAS; GÓMEZ, 2004).

Assim, esta modalidade de pesquisa qualitativa é considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando sua consulta e referência, por meio da verificação e apreciação dos materiais com uma finalidade específica (BARDIN, 1997). Os principais documentos consultados para a construção deste relato foram atas de reuniões, fluxos e macro-fluxos elaborados, resultados medidos por meio de instrumentos de avaliação e literatura de base.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A prestação de cuidados paliativos está implícita na abordagem ao paciente, sendo parte do trabalho dos profissionais de saúde, independentemente da sua formação particular (ANCP, 2012). A Organização Mundial de Saúde recomenda que esta abordagem seja feita de modo programado e planejado, numa perspectiva de apoio global aos muitos problemas dos pacientes (WHO, 2002). Para tanto, o desenvolvimento, implementação e execução de programas de cuidados paliativos deve ser multiprofissional.

Cenário e demandas

A instituição na qual se desenvolveu a atuação caracteriza-se como uma instituição suplementar de médio porte, situado em um estado ao sul do Brasil. A instituição é gerida por uma cooperativa médica. O hospital foi inaugurado em 2001 e atende em sua grande maioria usuários de planos de saúde Unimed. Em média, 924 pacientes são internados por mês. No total, são 165 leitos, sendo 10 de UTI Geral, 9 de UTI Coronariana, 10 de UTI Neonatal e 4 de UTI Pediátrica. Os andares de internação de adultos não estão separados por clínicas, embora exista uma tentativa de agrupamento conforme a demanda de cuidados.

O processo de implantação do programa de CP foi iniciado pela equipe do Serviço de Psicologia Hospitalar da época, com apoio e participação da Direção Clínica da instituição.

O processo de implantação

Em julho de 2009, as áreas de atuação do hospital foram convidadas para iniciar um grupo de trabalho em CP no hospital. A participação efetiva se deu por interesse dos profissionais, sem que houvesse nova contratação, priorizando a participação de ao menos um representante de cada área. Integravam a equipe, de início, psicóloga, enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, farmacêutica e terapeuta ocupacional. Dentre os participantes, havia profissionais que atuavam nas unidades de internação, nas unidades de terapia intensiva (UTI) e no serviço de atenção domiciliar.

Inicialmente, discutiu-se o mecanismo de triagem e inserção dos pacientes no programa e, em seguida, definiram-se os focos de atuação interdisciplinar, indicadores e documentos. Esse planejamento se deu paralelamente a eventos de capacitação, grupo de estudos e discussões de casos clínicos do hospital. Os instrumentos utilizados, métodos de trabalho, temas de capacitação, perfil dos pacientes, fluxos de atendimento, dentre outros, foram definidos nestas discussões. Conforme o grupo era capacitado e o

projeto elaborado, a atuação avançava nas intervenções assistenciais.

Formação da equipe

Formou-se um núcleo de profissionais líderes na assistência, composto por uma psicóloga hospitalar, um médico intensivista, uma enfermeira, uma fisioterapeuta de unidade de terapia intensiva e uma enfermeira de uma unidade de terapia semi-intensiva. Este grupo passou a organizar a assistência aos pacientes, acionando os demais profissionais e apresentando os temas a serem discutidos nas reuniões semanais, abertas a qualquer interessado.

Como não havia condições de investimento em unidade de internação específica e por ter sido verificada alta prevalência de pacientes com perfil para CP nas diversas unidades de internação, optou-se pelo sistema de equipe de consultoria como sendo o mais adequado às condições locais. Este formato permitiu interação e sensibilização das diversos setores da instituição, não exigindo investimento alto e se mostrando adequado ao nível de capacitação e disponibilidade da equipe.

Cada profissional da equipe, além de atuar na assistência direta ao paciente, orientava os demais profissionais de sua área que então assumiam os cuidados diários ao paciente. Além disso, alguns profissionais responsabilizaram-se por funções específicas do programa. As enfermeiras realizaram funções de aplicação de escalas avaliativas dos pacientes, gerenciamento de indicadores, secretariado do programa. A farmacêutica assumiu a rotina de revisar as prescrições médicas e sugerir alterações, de acordo com interações medicamentosas ou vias de acesso. A psicóloga ficou responsável pelo processo de triagem dos pacientes, direcionamento da conferência familiar, assistência ao luto, facilitação da comunicação interpessoal, apoio emocional e suporte às tomadas de decisão.

Após a entrada de um médico com formação especializada em CP, este passou a responsabilizar-se pela abordagem inicial ao médico assistente, discutindo a possibilidade de inserção no programa e, posteriormente, pelo acompanhamento e registro da avaliação dos sintomas incômodos do paciente.

O trabalho se desenvolveu de modo interdisciplinar, na medida em que havia discussões presenciais entre profissionais de diferentes áreas, interagindo e compartilhando os processos de decisão. Este modo de interação entre equipes é definido como essencial, na medida em que sua existência é justificada pelas múltiplas dimensões do ser humano a que serve, bem como pela complexidade e inter-relação das demandas (BARBERO; DÍAZ, 2007).

Desta forma, a equipe disponibilizou formação a profissionais atuantes na instituição, desmistificando o tema e possibilitando apoio aos pacientes e familiares também de forma indireta. Com frequência, a desmistificação e segurança em temas desta natureza mostram-se capazes de diminuir o sofrimento dos envolvidos, melhorando os níveis de qualidade de vida e morte. Neste aspecto, a acessibilidade a cuidados paliativos

de qualidade ajuda a reduzir dúvidas ou preocupações sobre onde, quando e como morrer. Assim, os cuidados paliativos são estabelecidos como um sistema de apoio e suporte para o paciente e a família, levando a uma maior segurança em todo o processo de cuidado em final de vida (BARBERO; DÍAZ, 2007).

Inserção de pacientes no programa cuidados paliativos

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) recomenda que os CP sejam prestados o mais precocemente possível, de preferência, desde o diagnóstico de uma doença possivelmente letal. Na prática, tal precocidade nem sempre é possível, devido, principalmente, a escassez de recursos e profissionais (ANCP, 2006b). De acordo com recomendações para CP no Brasil, este tipo de cuidado deve ser inserido progressivamente no tratamento do paciente. Conforme o tratamento curativo vai perdendo espaço, o paliativo vai intensificando suas condutas, até o momento em que paciente e família passam a receber apenas as intervenções paliativas (ANCP, 2006a; PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Segundo consenso do Center to Advance Palliative Care (WEISSMAN; MEIER, 2011) todo hospital deve desenvolver abordagem sistemática para garantir que pacientes com alto risco de déficit na necessidade de cuidados paliativos sejam identificados e tratados em tempo hábil. Esta identificação deve seguir alguns critérios conforme o nível de assistência (primária e secundária) e considerar aspectos como dor, suporte social e espiritual, compreensão do quadro clínico, identificação de objetivos e necessidades do paciente, transição dos cuidados pós-alta, etc.

Neste sentido, como critérios de inserção do programa aqui descrito, inicialmente, estabeleceram-se dois focos: por triagem e por solicitação de interconsulta. Os pedidos de interconsulta provinham dos membros das equipes assistenciais. Nestes casos a equipe de CP incluía a participação do médico assistente na decisão de inserção e na informação inicial a paciente e familiares, a fim de garantir o vínculo interpessoal e alinhar discursos e práticas. A avaliação do paciente em relação ao perfil paliativo seguia os mesmos critérios da triagem, os quais são descritos a seguir.

Utilizou-se escala recomendada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, denominada Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale – PPS) para a triagem dos pacientes a serem inseridos no programa (CREMESP, 2008; ANCP, 2012). A opção por tal escala se deu devido ao reconhecimento na literatura, sua acessível utilização e amplitude de avaliação. A PPS foi aplicada semanalmente nos pacientes internados na unidade de terapia intensiva e na unidade semi-intensiva, avaliando cinco critérios separadamente, nesta ordem de prioridade: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

Apesar de a literatura indicar índice de corte igual a 40% para elegibilidade em CP, a capacidade assistencial do programa, ainda em processo de implantação, era

demasiado reduzida para assistir o número de pacientes com este perfil internados pela instituição naquele momento. Desta forma, optou-se por definir o índice de corte em 20%, atendendo a demanda mais crítica e respeitando as prioridades do programa nacional brasileiro de CP. Além do nível de funcionalidade, os pacientes com PPS \leq 20 eram submetidos aos demais critérios propostos pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que são: doença crônica e progressiva, prognóstico supostamente encurtado a meses ou ano, quadro irresponsivo a tratamento modificador da doença, impacto emocional (paciente, família ou equipe) relacionado à possibilidade de morte (CREMESP, 2008).

Assim que constatado perfil para cuidados paliativos, a primeira ação era a abordagem ao médico assistente, discutindo sobre o programa e elegibilidade do respectivo paciente. Solicitava-se ao médico um primeiro comunicado que deixasse claro ao paciente e/ou sua família a falta de perspectiva curativa e a indicação para mudança de foco terapêutico, de curativo para paliativo. Esta primeira comunicação do médico assistente foi constatada como fundamental para que a equipe de cuidados paliativos pudesse realizar a abordagem aos pacientes e familiares de modo adequado.

Com a atuação da equipe de CP nos diversos setores do hospital, o número de pacientes encaminhados passou a alcançar a capacidade máxima de atuação do programa, de modo que a triagem deixou de ser realizada, sendo os pacientes inseridos somente a partir da solicitação de seu médico assistente ou equipe de assistência direta. De toda forma, os critérios de inserção do paciente permaneceram sendo analisados em cada pedido de parecer, a fim de definir a elegibilidade do paciente em questão.

Estrutura atual da assistência

Após registro do médico assistente no prontuário, é agendada conferência familiar, na qual participam dois ou três profissionais da equipe de CP, o paciente (se comunicativo, lúcido e orientado) e as pessoas mais próximas a ele (grau de parentesco ou vínculo afetivo). Esta reunião tem por objetivos: discutir o caso clínico, otimizando sua compreensão, esclarecer a mudança de foco terapêutico e confirmar a inserção no programa de CP.

Para avaliação periódica dos sintomas, utiliza-se o Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System – ESAS), por sua abrangência e praticidade (ANCP, 2012; MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010). A escala avalia os dez sintomas mais comuns dos pacientes, pontuando-os em uma escala de zero a dez, na qual zero representa a ausência do sintoma e dez representa o sintoma em sua pior intensidade (EDMONTON ZONE PALLIATIVE CARE PROGRAM, 2010). Os resultados levantados são utilizados tanto para definir as intervenções quanto para evidenciar os resultados do programa.

Outros aspectos considerados na avaliação da complexidade do paciente são os elementos associados à situação emocional, evolução da doença, contexto familiar,

questões éticas e recursos envolvidos (GÓMEZ-BATISTE et al., 2010). Os CP priorizam as necessidades e desejos dos pacientes e familiares nas definições do tratamento e intervenções. Estar bem informado sobre a doença, receber apoio e orientação quanto aos cuidados prestados, diminui a ansiedade dos familiares e pacientes, aproximando-os da equipe profissional e criando uma atmosfera de confiança e segurança (ANCP, 2006b).

Nas últimas horas de vida, são oferecidas orientações gerais sobre o processo de morte, esclarecendo dúvidas e oferecendo suporte para enfrentamento do momento crítico. Após o óbito, é enviada carta de condolências assinada pelos profissionais da equipe e, em alguns casos, realizada visita domiciliar (após 7 a 10 dias). Para as famílias com dificuldades de elaboração de luto, são realizados novos encontros pós-óbito com a psicóloga da equipe para avaliação e possível encaminhamento à psicoterapia.

Gerenciamento de indicadores

Para a gestão dos resultados do programa, alguns indicadores são constantemente gerenciados, cujos dados referentes aos pacientes inseridos no programa de cuidados paliativos são comparados: 1) a pacientes inseridos em um grupo controle, formado por pacientes que possuíam indicação da mudança do foco terapêutico, porém, por negativa do médico assistente, família ou paciente, não foram assistidos pela equipe de CP; 2) a eles mesmos, ou seja, avaliando-se o período de internação hospitalar no período antes da inserção no programa e comparando com o período após a inserção no programa de CP.

Um destes indicadores refere-se ao impacto da rotina nos custos hospitalares referentes aos gastos com exames laboratoriais e de imagem e medicações, quantificado pela média de custos diários dos pacientes antes e depois da inserção no programa de CP. Em média, verifica-se que pacientes que passam a receber CP reduzem seus gastos em torno de 30%. Este índice oscila conforme o setor em que estiveram internados e da complexidade de seu quadro clínico.

Além destes índices, é analisada a média de dias que os pacientes permanecem internados. Em recente avaliação do período de hospitalização de pacientes na unidade de terapia intensiva, por exemplo, constatou-se que pacientes atendidos pelo programa de CP permaneceram em média 10 dias a menos naquela unidade do que pacientes em grupo controle. Isto significou um menor custo físico, emocional e também financeiro, evitando postergar o sofrimento dos pacientes e familiares e ainda gastos desnecessários.

Como na maior parte dos serviços de CP, o índice de redução dos sintomas desconfortáveis do paciente também foi utilizado como indicador, acompanhado por meio do ESAS. Nas análises, destacou-se o controle da dor e de sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes acompanhados pela equipe. Outro indicador utilizado pelo hospital e também pela equipe de CP são os índices de satisfação registrados por pacientes e/ou familiares após período de hospitalização. Por fim, são registrados e

analisados os desfechos dos atendimentos, ou seja, o número de óbitos de pacientes inseridos em cuidados paliativos, o número de altas e também de encaminhamentos ao serviço de atenção domiciliar, todos eles com impacto positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, pode-se dizer que a experiência de implantação do programa de cuidados paliativos descrita neste artigo obteve e continua obtendo resultados positivos. Entre as conquistas alcançadas pela equipe de CP está a constância de encaminhamentos de pacientes para o acompanhamento em caráter complementar ao assistencial.

Houve ainda aumento do número de pacientes encaminhados ao serviço de atenção domiciliar, ou seja, de pacientes que puderam receber alta hospitalar e retornar ao seu ambiente familiar e social, com apoio de uma equipe de saúde. Entre estes pacientes, sendo dada continuidade ao atendimento em cuidados paliativos, observou-se menor taxa de reinternações e aumento da porcentagem de óbitos domiciliares.

A cultura institucional foi modificada e, atualmente, é possível verificar maior cuidado com o processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipes, paciente e família. Dessa forma, pacientes e famílias estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em participar dos processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas.

O trabalho desenvolvido possibilitou oferecer um modelo de assistência capaz de integrar os cuidados oferecidos pelo especialista responsável com a atuação de uma equipe interdisciplinar focada no controle de sintomas. Esta forma de trabalho, além de ser aquela que melhor atende as necessidades dos pacientes, permite unir os esforços do tratamento curativo com o tratamento paliativo, minimizando os danos das doenças progressivas.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP**. Rio de Janeiro, 2006a.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006b.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos – ampliado e atualizado**. Brasil, 2012.

BARBERO J; DÍAZ, L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. **An. Sist.**

Sanit. Navar, Madrid, v. 30, supl. 3, p. 71-86, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997. 176 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP), Oliveira, R. A. (Coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008.

COSTA FILHO, C. R. *et al.* Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, nº 1, p. 88-92, mar. 2008.

EDMONTON ZONE PALLIATIVE CARE PROGRAM. **Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)**, 2010.

IGLESIAS, M.E.D; GÓMEZ, A.M.M. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 12, nº 2, p. 1-5, 2004.

GÓMEZ-BATISTE, X.; ESPINOSA, J.; PORTA-SALES, J.; BENITO, E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. **Medicina Clínica**, v. 135, nº 02, 2010.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MONTEIRO, D. R.; KRUSE, M. H. L; ALMEIDA, M. A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, nº 4, p. 785-793, dez. 2010.

MURRAY, S. **The quality of death – Ranking end-of-life care across the world**. Economist Intelligence Unit (The Economist), 2010.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

SENIORS HEALTH – EDMONTON ZONE. Regional Palliative Care Program. **Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)**. Edmonton, Canadá, 2010.

VILLAS-BÔAS, M. E. A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. **Rev. Bioética**, v. 16, nº 1, p. 61-83, 2008.

WEISSMAN, D. E., MEIER, D. E. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting - A consensus report from de Center to Advance Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, nº 01, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 1 ago.

2015.