	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.033	1 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Neonatologia	1

### Objetivo

Definir alguns termos mais complexos em cuidados paliativos e padronizar e orientar equipe sobre como se deve atuar diante de pacientes com indicação de cuidados caridosos.

### Executantes

Pediatras, enfermeiros, técnico de enfermagem e psicóloga

### Materiais / Documentos necessários

- ATA modelo para reunião da equipe de cuidados caridosos
- Roteiro modelo para comunicação em prontuários sobre cuidados paliativos (modelo para sala de parto e para UTIN)

### Descrição do protocolo

Responsável	Ação
Pediatra assistente	Avalia os pacientes e sempre que entender necessário, solicitar avaliação da equipe de paliativos
Equipe de cuidados paliativos	Constituída pelo diretor técnico, pela coordenadora do complexo neonatal, pela coordenadora de enfermagem do complexo neonatal e pela psicóloga da instituição
	Deve avaliar o paciente por roteiro e registrar em ATA a reunião com os pais (livro ATA da equipe de cuidados paliativos)
	Deve escrever um roteiro de cuidados baseados na reunião com os pais e deixar afixado no prontuário, incluindo o plano de final de vida, buscando sempre que possível um acordo com os pais sobre a decisão que é médica
Enfermeira	Buscar atuar com olhar caridoso, facilitando visitas e rituais religiosos na unidade
Técnico de enfermagem	Atenção aos sinais vitais, verificando a escala de dor pelo menos a cada 6 horas
Psicóloga	Apoio à família e à equipe de saúde, facilitando a passagem da família e equipe pelo processo de luto
Pediatra	Facilitar o momento de passagem do bebê, sempre apoiando a família de forma empática dentro do que foi estabelecido no plano de cuidados


### PROTOCOLO

#### 1. DEFINIÇÕES TÉCNICAS:

##### 1) Qual a definição atual de cuidados caridosos (paliativos)?

O termo palliare (latim) significa: proteger, amparar, cobrir, abrigar.

Cuidados paliativos não é o mesmo que cuidados terminais. O paciente pode passar muitos anos recebendo cuidados paliativos. A definição da Câmara Técnica de Terminalidade do Conesul<sup>1</sup>, organizada pela AMIB, em sintonia com a definição da OMS de 2002 é de que cuidados paliativos é “uma abordagem que visa QUALIDADE DE VIDA de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida (não é apenas para pacientes em estado terminal, este conceito engloba todos os pacientes em uma UTI), através da prevenção e alívio do sofrimento.” Deve ser oferecido também a todos aqueles com sintomas que comprometem a qualidade de vida, sem tratamento modificador da doença eficaz (evitando o conceito de impossibilidade de cura). Isto significa que desde o início do tratamento os pacientes devem receber cuidados curativos e cuidados paliativos.

	<b>PROTOCOLO</b>	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	2 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	Especialidade	Revisão
		Neonatologia	1

## 2) O que significa ORTOTANÁSIA?

É o nome que damos à forma correta de prestar os cuidados aos pacientes que já não possuem tratamento modificador do curso da doença eficaz. Este modelo de cuidado é referendado pelo CFM, CEM e foi referendado pelo Ministério Público Federal e Justiça Federal. Não é o mesmo que eutanásia, portanto, não caracteriza delito. A ortotanásia é legal, ética e recomendada<sup>2,3</sup>.

## 3) O que é obstinação terapêutica (DISTANÁSIA)?

É a persistência do médico em manter a VIDA BIOLÓGICA (coração batendo) a qualquer custo, sem considerar o conceito real da palavra SAÚDE: bem-estar físico, social e espiritual (OMS). O médico obstinado adota todos os recursos e procedimentos disponíveis, ainda que inúteis e desnecessários, como prova de uma boa atuação profissional. Isto promove a DISTANÁSIA (prolongamento exagerado da MORTE e do sofrimento de um paciente e de sua família). São exemplos de distanásia em UTIN: reanimar quadros irreversíveis (choque refratário, insuficiência renal sem diálise, doenças incompatíveis com a vida); manutenção de drogas vasoativas em pacientes terminais; surfactante em RN

## 4) O que é LET (limitação de esforço terapêutico)?

Dentre os cuidados caridosos no conceito de ortotanásia, a limitação do esforço terapêutico inclui limitar condutas médicas que não tragam benefício ou reversão do quadro atual, a limitação do uso de medicamentos e tratamentos inúteis (que não mudam o resultado final ou o curso da doença). A limitação de cuidados não promove a morte e sim EVITA O MORRER PROLONGADO.

Diante das situações previstas de doença irreversível ou morte iminente, a meta passa a ser a melhorar a qualidade de vida possível e conforto aos familiares, com retirada de tratamentos fúteis<sup>4</sup>. São exemplos de tratamentos fúteis: drogas vasoativas, diálise peritoneal, etc. Esta definição das terapêuticas consideradas fúteis é feita conjuntamente entre o diarista e a família, podendo ser mais paternalista (médico decide) ou mais compartilhada. *Sugerimos não contraindicar o início da antibioticoterapia como limitação de cuidados e não contraindicar acesso venoso periférico como possibilidade de acesso, até melhor definição dos seus benéficos x malefícios por meio de trabalhos controlados.*

Uma LET pode ser revogada a qualquer momento pelo médico assistente, em acordo com a família diante de uma mudança no quadro prognóstico do paciente ou surgimento de novas alternativas terapêuticas modificadoras do curso da doença de base.

## 5) O que é ONR (ordem de não reanimar)?

É um tipo específico de limitação de esforço terapêutico que inclui não reanimar um paciente em caso de parada cardiorrespiratória que venha a ocorrer por causa não iatrogênica (não inclui aqui PCR causada por hipóxia aguda secundária a obstrução de cânula por rolha por exemplo)<sup>4,5</sup>. Consiste em não massagear, desfibrilar ou administrar drogas de parada (adrenalina) no momento em que o paciente estiver prestes a parar ou estiver parada. Neste momento, o melhor a se fazer é chamar a família para estar do lado, dando privacidade para se despedir da criança que se vai.

## 2. FASES DO CUIDADO PALIATIVO:

**Fase 1:** fase inicial de qualquer doença, onde a intenção é curar ou modificar o curso da doença. Nesta fase os cuidados curativos são a prioridade, mas os cuidar paliativo deve ser iniciado concomitantemente (controle de dor, sintomas desconfortáveis, alívio de sofrimento, comunicação empática, etc).

**Fase 2:** no decorrer da evolução da doença, podemos perceber que a modificação do curso da doença será cada vez menos eficaz. Nesta fase, mantemos os cuidados curativos, mas aumentamos o cuidar paliativo.

**Fase 3:** quando não há mais tratamento modificador do curso da doença. Neste momento intensificamos os cuidados paliativos e iniciamos a retirada de terapêuticas fúteis. O foco será QUALIDADE de VIDA do paciente e conforto e apoio ao sofrimento dos familiares. Este é o momento ideal par evitar tratamentos fúteis e obstinação terapêutica.

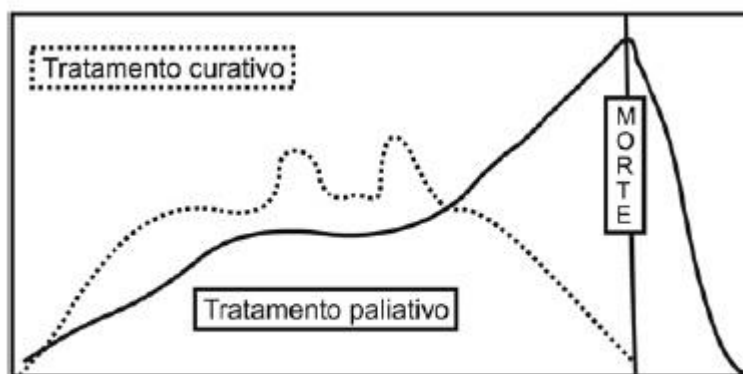



Figura 2 - Etapas dos tratamentos curativo e paliativo.

## 3. QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS BASE DOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE DEVEM SER OFERECIDOS A TODOS OS PACIENTES INTERNADOS (fases 1, 2 ou 3) JUNTAMENTE COM OS CUIDADOS CURATIVOS<sup>6</sup> ?

- Controle da dor: promovendo uma analgesia adequada prévia (prevenção da dor) em procedimentos dolorosos (ex.: uso de glicose oral em lactentes, anestésicos tópicos antes da coleta de exames, avaliação periódica da dor por meio de escalas) e tratando a dor com uso de medicações somativas (atenção a analgesia de horário após cirurgias, analgesia durante intubação e reavaliando a efetividade das medidas por meio das escalas de dor);
- Manejo de sintomas desconfortáveis ou que geram sofrimento: dispneia, sangramentos, boca seca, convulsões, secreções, hipersalivação, etc.;
- Reduzir o sofrimento psíquico: permitindo a presença de um cuidador ao lado da criança o maior tempo possível dentro da realidade do setor; suspeitando e tratando ansiedade com benzodiazepínicos, dando apoio psicológico, etc.;
- Espiritualidade: demonstrando respeito às diversas práticas, permitindo a visita de representantes espirituais na unidade, sem emitir julgamentos;

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.033	4 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Neonatologia	1

- e. Comunicação: mantendo uma postura empática com a família em sofrimento, sendo cordial e prestativo na passagem de informações. O foco é uma comunicação oportuna, clara e compassiva da equipe multiprofissional com paciente e família.
- f. Respeito e dignidade com paciente e familiares, levando sempre em consideração suas crenças, costumes e opinião para tomada de decisões;
- g. Social: apoio à família no que concerne a benefícios (emitindo os relatórios necessários) e documentação para emprego (atestados, etc);

#### **4. QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS BASE DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM FASE 3 (onde não há mais possibilidade de tratamento modificador da doença)<sup>6</sup>?**

- a. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
- b. Não acelerar nem adiar a morte: cuidado paliativo não tem nada a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Basear as decisões em diagnóstico objetivo, conhecimento da história natural da doença, acompanhamento ativo pela equipe, com respeito e empatia para com pacientes e familiares.
- c. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte, se esforçando para oferecer qualidade de vida ao paciente;
- d. Cirurgias paliativas: definir com familiares e equipe quando é benéfico que sejam feitas, como GTT (gastrostomia), TQT (traqueostomia), DVP (derivação ventrículo peritoneal) para hidrocefalia grave;
- e. Limitação ou suspensão de procedimentos e terapêuticas fúteis, que não resolverão a doença base, servindo apenas para prolongar o tempo de sofrimento.
- f. Incluir o apoio multidisciplinar e psicológico mesmo durante o luto familiar.

#### **5. QUAIS OS PACIENTES RECEBERÃO CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) FASES 1, 2 e 3 no HMSH?**

Conforme explicado anteriormente, não se trata de oferecer cuidados terminais e sim promover qualidade de vida aos que enfrentam doenças ameaçadoras e também para aqueles com sintomas que comprometem a qualidade de vida.

Logo, deve ser oferecido a: **TODO** paciente que ingressa na UTIN (concomitante aos cuidados curativos)<sup>4,5,6</sup>;

#### **6. QUAIS AS CONDIÇÕES MAIS COMUNS ONDE OS CUIDADOS PALIATIVOS FASE 3 (CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS OU PREDOMINANTES) DEVEM SER OFERECIDOS?**

A decisão sobre qual paciente deve entrar na fase 3 dos cuidados paliativos requer no mínimo uma reunião prévia entre diarista ou um médico do núcleo de cuidados paliativos (NCP), familiares responsáveis pelo menor e pelo menos mais um integrante de equipe multidisciplinar (enfermeiro ou psicólogo).

As categorias de pacientes elegíveis para os cuidados paliativos fase 3 recomendadas internacionalmente em neonatologia são<sup>4,7,8</sup>:

- I. **Prematuros abaixo do limite da viabilidade** ou com alta previsão de sequelas neurológicas. No HMSH orientamos não reanimar prematuros até 21 semanas e 6



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

Código do Documento

Página

PROT.DT.033

5 / 9

CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS)  
EM RECÉM-NASCIDOS

Especialidade

Revisão

Neonatologia

1

dias. Entre 22 semanas e 23 semanas e 6 dias, considerar não reanimar se nascer com FC < 40 bpm, se tiver diagnóstico prévio de defeitos genéticos graves já conhecidos ou má-formações graves (SNC, cardíaco, pulmonar, renal);

II. **Recém-nascidos com anomalias/má-formações complexas** e/ou múltiplas incompatíveis com vida prologanda, onde o cuidado intensivo não afetará o prognóstico a longo prazo. São alguns exemplos mais comuns:

- a. Alterações genéticas: trissomia do 13, 15 ou 18, triploidias, displasia tanatofórica, formas letais de osteogênese imperfecta e displasias ósseas letais (OI tipo II, Pterígeo Múltiplo Letal: síndrome de Escobar, Acondrogênese tipos 1A e 1B, hipocondrogênese tipo II, fibrocondrogêneses, atelosteogênese, displasia tanatofórica), erros inatos do metabolismo letais, síndromes letais (Neu-Laxova, Meckel-Gruber, síndrome de Saldino-Noonam), sirenómelia;
- b. Problemas renais graves: Síndrome de Potter, agenesia renal associada a hipoplasia pulmonar severa, doença renal policística grave, doenças renais com necessidade de diálise permanente;
- c. Anormalidades limitantes do SNC: anencefalia, acrania, holoprosencefalia, casos complexos de mielomeningocele ou encefalocele gigante, hidranencefalia, hidrocefalia congênita severa com ausência ou quantidade mínima de córtex, doenças neurodegenerativas que evoluem com dependência de ventilação (ex.: atrofia muscular espinhal);
- d. Cardiopatias complexas e graves inoperáveis: acardia, cardiopatias inoperáveis, alguns casos de hipoplasia do ventrículo esquerdo inoperáveis, pentalogia de Cantrell (ectopia cordis);
- e. Anomalias estruturais: encefalocele gigante, hérnia diafragmática congênita importante com hipoplasia pulmonar importante; gêmeos conjugados (siameses) inoperáveis.

III. **Recém-nascidos que não respondem às intervenções terapêuticas** e que estão deteriorando clinicamente apesar de todos os esforços terapêuticos curativos adequados (ou em combinação com um evento ameaçador da vida recente e agudo):

- a. Choque refratário, necessitando aumento contínuo de aminas, independentemente da idade gestacional;
- b. Insuficiência renal aguda (aumento progressivo da uréia, potássio, volemia ou acidemia) sem indicação de diálise peritoneal;
- c. Quadros repetidos ou prolongados (> 10 minutos) de parada cardiorrespiratória;
- d. Asfixia neonatal importante (pH < 7,0 com Apgar < 3 aos 15 minutos de vida)
- e. Encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI) moderada a importante
- f. Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

Código do Documento

Página

PROT.DT.033

6 / 9

CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS)  
EM RECÉM-NASCIDOS

Especialidade

Revisão

Neonatologia

1

- g. Enterocolite necrotizante ou acometimento abdominal sem intestino viável para correção e sobrevivência;
- h. Pacientes com intestino muito curto após cirurgias impedindo crescimento e ganho de peso;
- i. RN com indicação de ECMO.

### 7. QUAIS OS CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO E ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS PARA PREMATUROS NA ZONA DE LIMITE PARA VIABILIDADE FETAL NO HMSH?<sup>9,10,17</sup>

Definição: Definimos como limite de viabilidade fetal o estágio de maturidade fetal que garanta uma chance razoável de sobrevivência extra-uterina (pelo menos 50% de chance de sobrevida) sem sequelas graves ao longo do tempo. Com a intervenção ativa, a maioria das crianças nascidas com 26 semanas ou mais tem uma alta probabilidade de sobrevivência, e praticamente nenhuma abaixo de 22 semanas irá sobreviver. Chamamos de zona cinzenta o período entre 22 semanas até 23 semanas e 6 dias, onde as chances de sobrevida sem sequelas são baixas, mas cada vez mais vem se tornando possíveis e devem ser avaliados caso a caso.


IDADE GESTACIONAL	SOBREVIDA HOSPITALAR	SOBREVIDA COM 1 ANO DE VIDA SEM SEQUELAS (APROXIMADO)
22 semanas	11%	5%
23 semanas	50%	15%
24 semanas	70%	25%
25 semanas	80%	40%
26 semanas	88%	50%

Fonte SBP<sup>9</sup>

Em nossa instituição orientamos:

1. O RN será cuidado da seguinte forma:

- a. **Até 21 semanas e 6 dias:** manter na sala do nascimento, prestando apenas cuidados paliativos e NÃO REANIMAR.
  - i. Administrar morfina (intranasal ou por punção direta do cordão umbilical): dose 0,1 mg/kg/dose, que ajuda no controle da dor, do sofrimento e da angústia respiratória;
  - ii. Oferecer aos pais a possibilidade de pegar o feto no colo quando o aspecto e tamanho do feto permitir (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista);
  - iii. Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso).
  
- b. **Entre 22 semanas até 23 semanas e 6 dias:** nesta faixa etária (zona cinzenta), aumentam os riscos para desfechos ruins = RCIU, sexo masculino, gemelar, não ter recebido corticoide antenatal, nascidos fora do hospital<sup>17</sup>
  - i. Se foi conversado com os pais previamente, considerar a decisão dos pais, registrando adequadamente em prontuário

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.033	7 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Neonatologia	1

ii. Se não houve a possibilidade de discussão prévia, definir sobre reanimação ao nascimento:

1. Reanimar se: FC > 40 bpm, aparentemente viável, sem malformações graves.
  - a. Considerar parar reanimação e iniciar paliativos (em sala de parto mesmo se FC < 100 bpm após intubação e uma dose de adrenalina);
  - b. Se após medidas iniciais permanecer estável com FC > 100 bpm, encaminhar à UTIN para seguimento onde será feito o cuidado inicial, passando para paliativos fase 3 assim que se mostrar instável hemodinamicamente ou refratário às medidas iniciais de ventilação específica (surfactante e ventilação por alta frequência, etc).
2. Oferecer apenas paliativos nos casos de: nascer com FC < 40 bpm (sugere encefalopatia prévia), defeitos genéticos graves já conhecidos ou má-formações graves (SNC, cardíaco, pulmonar, renal)


Como oferecer os cuidados paliativos em sala de parto:

3. Administrar morfina (intranasal, sublingual ou por punção direta do cordão umbilical): dose 0,1 mg/kg/dose, que ajuda no controle da dor, do sofrimento e da angústia respiratória;
4. Oferecer aos pais a possibilidade de pegar o feto no colo se peso > 400 g (quando a mãe opta por não participar no momento do nascimento pode ser oferecido sedação para a mesma pelo anestesista);
5. Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso);
6. No caso de manutenção da respiração acima de 1 hora, com percepção de que o tempo de sobrevivência pode se alongar, levar para sala de parto normal (se livre) ou para UTIN (isolamento), para continuar a receber os cuidados paliativos.
7. Contato com a psicóloga para atendimento eletivo à gestante se ainda não foi realizado.

**c. Após 24 semanas completas:**

- i. Reanimar se indicado, com uso de adrenalina, massagem, etc;
- ii. Encaminhar a UTIN para receber os cuidados curativos e paliativos a depender da idade gestacional e da resposta inicial à reanimação, a critério do plantonista/diarista.

*Uma boa ferramenta para cálculo de sobrevivência e também de sequelas (paralisia cerebral, neurológicas, cegueira, surdez) de forma a auxiliar o obstetra e pediatra na conversa com os pais antes do nascimento de prematuro abaixo de 25 semanas organizada pela NICHD – Neonatal Research Network (NRN): Extremely Preterm Birth Outcome Data, está disponível em:*

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.033	8 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Neonatologia	1

<https://www.nichd.nih.gov/research/supported/EPBO/use>

Sempre que mortalidade for acima de 90% a decisão por paliativos seria já considerada e recomendada.<sup>17</sup>

## 8. CONSIDERAÇÕES LEGAIS:


**1) O médico corre o risco de infringir algum preceito ético, profissional ou responder por delito no código penal por indicar LET?** Como dito anteriormente, a ortotanásia foi recomendada pelo CFM (resolução 1.805 de 28/11/2006)<sup>2</sup>, tem apoio no CEM (Dou 24/9/2009, seção I, pág 90)<sup>3</sup> e foi referendada pelo Ministério Público Federal em dezembro de 2010 (respaldo jurídico)<sup>11</sup>. Dentro deste contexto, a ordem de não reanimar se aplica no contexto da limitação terapêutica.<sup>12,13,14,15,16</sup>

Como a decisão é legal e sempre é tomada pensando no melhor para a criança juntamente com a família, é importante que o médico plantonista participe do cuidar paliativo, respeitando as decisões tomadas pelos responsáveis legais.

## Referências bibliográficas

- Moritz, RD 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. Revista AMIB, 2002
- Resolução CFM nº 1.805, publicada no DOU 28/11/2006: Art.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. Art. 2º 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 de alta hospitalar
- Código de ética médica, 2017: XXII – 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. Parágrafo único: nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis e obstinadas, levando em consideração a vontade expressa do paciente, ou na sua impossibilidade, a de seu representante legal.
- Moritz, Rachel Duarte. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- Barbosa SMM, Zoboli I, Iglesias SOB. Cuidados Paliativos na Prática Pediátrica. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
- Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos), segunda edição
- Catlin A, Carter B. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. Journal of Perinatology 2002; 22:184-195.
- Mancini A et al. The ACT approach to children's palliative care. A neonatal pathway for babies with palliative care needs. ACT;2009
- Manual de Reanimação do Prematuro < 34 semanas da SBP, 2022
- Seri I, Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. J Perinatal. 2008 May;28 Suppl 1:54-8.
- BRASIL. Congresso. Senado. Resolução n. 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 13 ago. 2015.
- BANDEIRA, A. G. G. et al. Ordem de não reanimar em países latino-americanos. **Anais de Medicina**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 42-44, 2014. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaisde-medicina/article/view/4683/2308>>. Acesso em: 13 ago. 2015.
- BRASIL. Congresso. Senado. Resolução n. 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2015.
- FRANÇA, D.; REGO, G.; NUNES, R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 469-481, 2010. Disponível em: <[http://revista-bioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/577/551](http://revista-bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/577/551)>. Acesso em: 13 ago. 2015.
- TORRES, R. V. S. D.; BATISTA, K. T. **A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_4art01aordemnao.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art01aordemnao.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2015.



	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.033	9 / 9
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Neonatologia	1

16. Urban CA, et al. Implicações éticas da ordem de não ressuscitar. Rev Ass Med Brasil 2001; 47(3): 244-8
17. British Association of Perinatal Medicine – Perinatal Management of Extreme Preterm Birth before 27 weeks of gestation. A framework for practice. 2019

#### Anexos

- 1) FORM.DT.069 - AVALIAÇÃO MODELO – EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS
- 2) FORM.DT.070 - PLANO PARA FINAL DE VIDA – UTIN
- 3) FORM.DT.071 - PLANO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM SALA DE PARTO

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA F. ISHI Coord. Neonatologia	ULLY MARIANNE F. LEMOS Coordenadora Qualidade
<b>Data: 15/12/2019</b>	<b>Data: 26/02/2024</b>	<b>Data: 27/02/2024</b>	<b>Data: 04/04/2024</b>
<b>Assinaturas e carimbo:</b>			
  			

#### Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Ajustes da idade gestacional da zona cinzenta, seguindo recomendações da SBP e das diretrizes internacionais	04/04/2024
2.		