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

DEFINIÇÕES

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 Conesul¹, 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.

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^{2,3}.

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 fúteis⁴. 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.*

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	2 / 7
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

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)^{4,5}. Consiste em não massagear, desfibrilar ou administrar drogas de parada (adrenalina) no momento em que o paciente estiver prestes a parar ou estiver em parada. Neste momento, o melhor a se fazer é chamar a família para estar do lado, dando privacidade para se despedir da criança.

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.

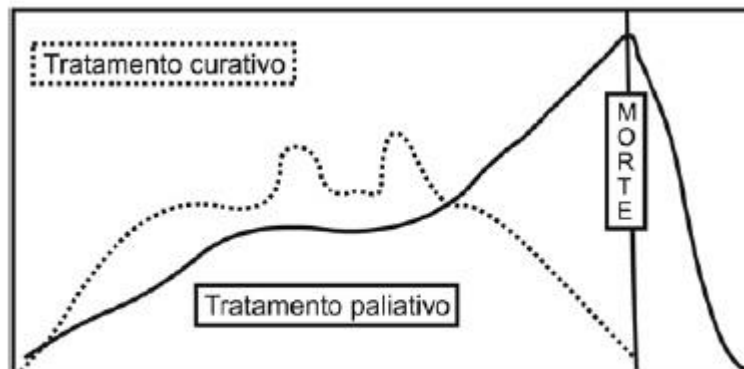



Figura 2 - Etapas dos tratamentos curativo e paliativo.

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 CURATIVOS⁶ ?

- 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);

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	3 / 7
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

- b. Manejo de sintomas desconfortáveis ou que geram sofrimento: dispneia, sangramentos, boca seca, convulsões, secreções, hipersalivação, etc.;
- c. 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.;
- d. Espiritualidade: demonstrando respeito às diversas práticas, permitindo a visita de representantes espirituais na unidade, sem emitir julgamentos;
- 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).

QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS BASE DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM FASE 3?
(onde não há mais possibilidade de tratamento modificador da doença)⁶

- 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.

**QUAIS OS PACIENTES RECEBERÃO CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS)
de fases 1, 2 e 3 NA CSH?**


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)^{4,5,6};

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).


Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	4 / 7
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

As categorias de pacientes elegíveis para os cuidados paliativos fase 3 recomendadas internacionalmente em neonatologia são^{4,7,8}:

- I. **Prematuros abaixo do limite da viabilidade** ou com alta previsão de sequelas neurológicas. Na CSH orientamos não reanimar prematuros até 22 semanas e 6 dias. Entre 23 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), sirenomelia;
 - 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;
 - 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;

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020


	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	5 / 7
CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS		Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

i. RN com indicação de ECMO.

QUAIS OS CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO E ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS PARA PREMATUROS NA ZONA DE LIMITE PARA VIABILIDADE FETAL NA CSH?^{9,10}

- **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 sobreviver) 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.
1. O RN será cuidado da seguinte forma:
 - a. **Até 22 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 23 semanas até 23 semanas e 6 dias:**
 - i. Se foi conversado com os pais previamente, considerar a decisão dos pais, registrando adequadamente em prontuário;
 - 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. Considerar parar reanimação e iniciar paliativos (em sala de parto mesmo se FC < 100 bpm após intubação e uma dose de adrenalina);
 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).
 - iii. Paliativos:
 1. 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;
 2. 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);
 3. Permitir a realização de rituais religiosos se este for o desejo da família (permite a entrada de apenas um guia religioso);

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	6 / 7
CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS		Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

4. 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;
5. Contato com a psicóloga para atendimento eletivo à genitora, 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:

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

Sempre que mortalidade for acima de 90% a decisão por paliativos é a mais recomendada.

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)², tem apoio no CEM (Dou 24/9/2009, seção I, pág 90)³ e foi referendada pelo Ministério Público Federal em dezembro de 2010 (respaldo jurídico)¹¹. Dentro deste contexto, a ordem de não reanimar se aplica no contexto da limitação terapêutica.^{12,13,14,15,16}

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

1. Moritz, RD et al. II Forum 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
2. 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
3. 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.
4. Moritz, Rachel Duarte. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
5. Barbosa SMM, Zoboli I, Iglesias SOB. Cuidados Paliativos na Prática Pediátrica. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
6. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos), segunda edição

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 21/09/2020	Data: 21/09/2020	Data: 07/10/2020

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.033	7 / 7
	CUIDADOS CARIDOSOS (PALIATIVOS) EM RECÉM-NASCIDOS	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	

7. Catlin A, Carter B. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. *Journal of Perinatology* 2002; 22:184-195.
8. Mancini A et al. The ACT approach to children's palliative care. A neonatal pathway for babies with palliative care needs. *ACT*;2009
9. *Manual de Reanimação do Prematuro < 34 semanas da SBP, 2016*
10. Seri I, Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. *J Perinatal*. 2008 May;28 Suppl 1:54-8.
11. 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.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 13 ago. 2015.
12. 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/anaisdemedicina/article/view/4683/2308>>. Acesso em: 13 ago. 2015.
13. 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.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.
14. 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>. Acesso em: 13 ago. 2015.
15. 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>. Acesso em: 13 ago. 2015.
16. Urban CA, et al. Implicações éticas da ordem de não ressuscitar. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(3): 244-8

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia Data: 21/09/2020	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia Data: 21/09/2020	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH Data: 07/10/2020