

Plano Avançado de Cuidados no cenário de COVID-19





Em circunstâncias como a da atual pandemia de COVID-19, devemos estar preparados para a necessidade de alívio rápido de sintomas desconfortáveis em todos os pacientes vivenciando as formas mais graves da infecção. Muitos deles evoluirão com quadro de tosse, febre e dispneia com hipoxemia grave que progride rapidamente para falência de múltiplos órgãos e morte. Nessa situação, pode estar indicado o suporte à vida por meio de internação em terapia intensiva e o uso de ventilação mecânica invasiva, entre outras medidas, até que possam ser observadas respostas aos tratamentos instituídos.

Alguns pacientes, no entanto, não serão elegíveis para essas medidas, seja por elas serem desproporcionais para o caso (sem indicação médica por condições clínicas em que o prognóstico é muito reservado), seja por não as desejarem (por já serem portadores de condição clínica que os levará à morte ou terem idade avançada e não considerarem as medidas coerentes com sua trajetória de vida) ou ainda, na pior situação, por não terem acesso a recursos invasivos para suporte à vida (em caso de sobrecarga do sistema de saúde). Em todas essas circunstâncias, o alívio da dispneia e de outros sintomas é mandatório, ou seja, todos os doentes devem ser atendidos com o recurso que lhes é proporcional ou possível, e também com a garantia do alívio do sofrimento.

A esse quadro de diferentes variáveis somam-se outras questões complexas: um número elevado dos acometidos pela COVID-19 podem ser doentes frágeis e vulneráveis que podem vir a falecer (a mortalidade entre idosos pode ser de 15% a 20%) e, de acordo com dados publicados da Itália, cerca de 5% dos doentes têm sintomas críticos e 25% têm sintomas graves.

Os pacientes com maior probabilidade de desenvolver o quadro grave serão mais velhos e terão maior carga de doenças crônicas – exatamente aqueles que têm maior probabilidade de desejar renunciar ao



suporte prolongado à vida e que podem achar sua qualidade de vida inaceitável após suporte vital prolongado¹. Além disso, relatórios recentes sugerem que a sobrevida pode ser substancialmente mais baixa quando a síndrome do desconforto respiratório agudo está associada à COVID-19 em comparação com a associação a outras etiologias^{2,3}.

Acrescentamos ainda que doentes frágeis e em fim de vida com outras patologias seguem necessitando de recursos para seu conforto e dignidade e não podem correr o risco de nenhum tipo de redução em seus cuidados⁴.

Diante de tudo isso, fica claro que as equipes de cuidados paliativos são chamadas a desempenhar um papel central na pandemia, buscando garantir que os pacientes recebam os cuidados que desejam, alinhando seus valores e objetivos com a assistência prestada. A importância desse atendimento concordante com as metas não é nova ou substancialmente diferente no contexto de COVID-19, mas é agora aumentada de várias maneiras.



A melhor maneira de oferecermos um tratamento que faça sentido e promova dignidade é por meio da formulação de um plano avançado de cuidados, o qual pode ser definido como o resultado de uma conferência entre o paciente, seus entes queridos (caso deseje) e a equipe de assistência, abordando dentro do seu tratamento a sua biografia, os seus desejos manifestos e também o uso de recursos de suporte artificial de vida em caso de piora clínica.

Estudos demonstram que pacientes que tiveram a oportunidade de discutir seus desejos e valores com médicos recebem cuidados mais consistentes com suas preferências e que a realização de um plano avançado de cuidados está associada a menos internações nos últimos 30 dias de vida de pacientes com câncer avançado, além de estar relacionada a uma sobrevida significativamente melhor entre pacientes em fase terminal, principalmente com doenças não oncológicas^{5,6,7}.

Tal plano avançado de cuidados deve ser elaborado por uma equipe de saúde com experiência em técnicas de comunicação e tratamento de sintomas, embora profissionais que acompanham o paciente há longo tempo ou são de referência para o mesmo e/ou seus familiares também possam formular esse documento. Um diálogo precoce em locais como consultórios ou instituições de longa permanência pode facilitar uma segunda abordagem do assunto pelas equipes hospitalares.

Além disso, programar o planejamento de cuidados antes que surjam doenças agudas graves e realizar discussões sobre metas de tratamento no início dessas enfermidades são ações de alta prioridade por três razões. Primeiramente, os médicos devem sempre se esforçar para evitar tratamentos intensivos de manutenção da vida quando indesejados pelos próprios pacientes. Em segundo lugar, evitar cuidados de suporte artificial de vida não benéficos ou indesejados se torna especialmente importante em momentos de limite na capacidade de assistência à saúde. Terceiro, a prestação de cuidados de alta intensidade não benéficos ou



indesejados pode colocar outros pacientes, familiares e profissionais de saúde em maior risco de transmissão de coronavírus com síndrome respiratória aguda grave.

Assim, para pacientes em um ambiente comunitário ou vivendo em uma instituição de longa permanência, os médicos devem, o mais cedo possível, introduzir discussões sobre os objetivos do tratamento, especialmente com pacientes idosos com doença crônica. Como durante a pandemia as consultas médicas não essenciais podem estar limitadas, pode ser necessário que essas conversas ocorram a distância e que a diretiva antecipada de vontade⁸ tenha de ser revista para o cenário de COVID-19 ou mesmo formulada em interações por meio eletrônico.

No caso dos pacientes hospitalizados, será igualmente importante entender seus valores e metas em vez de somente discutir códigos de abordagem preconizados por fluxos de atendimento. Discussões sobre realizar ou não manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), por exemplo, são fundamentais em um cenário em que essas ações podem aumentar o risco de contaminação da equipe e ser o evento final em uma cadeia que culmina com a morte por hipoxemia, trazendo apenas sofrimento adicional.

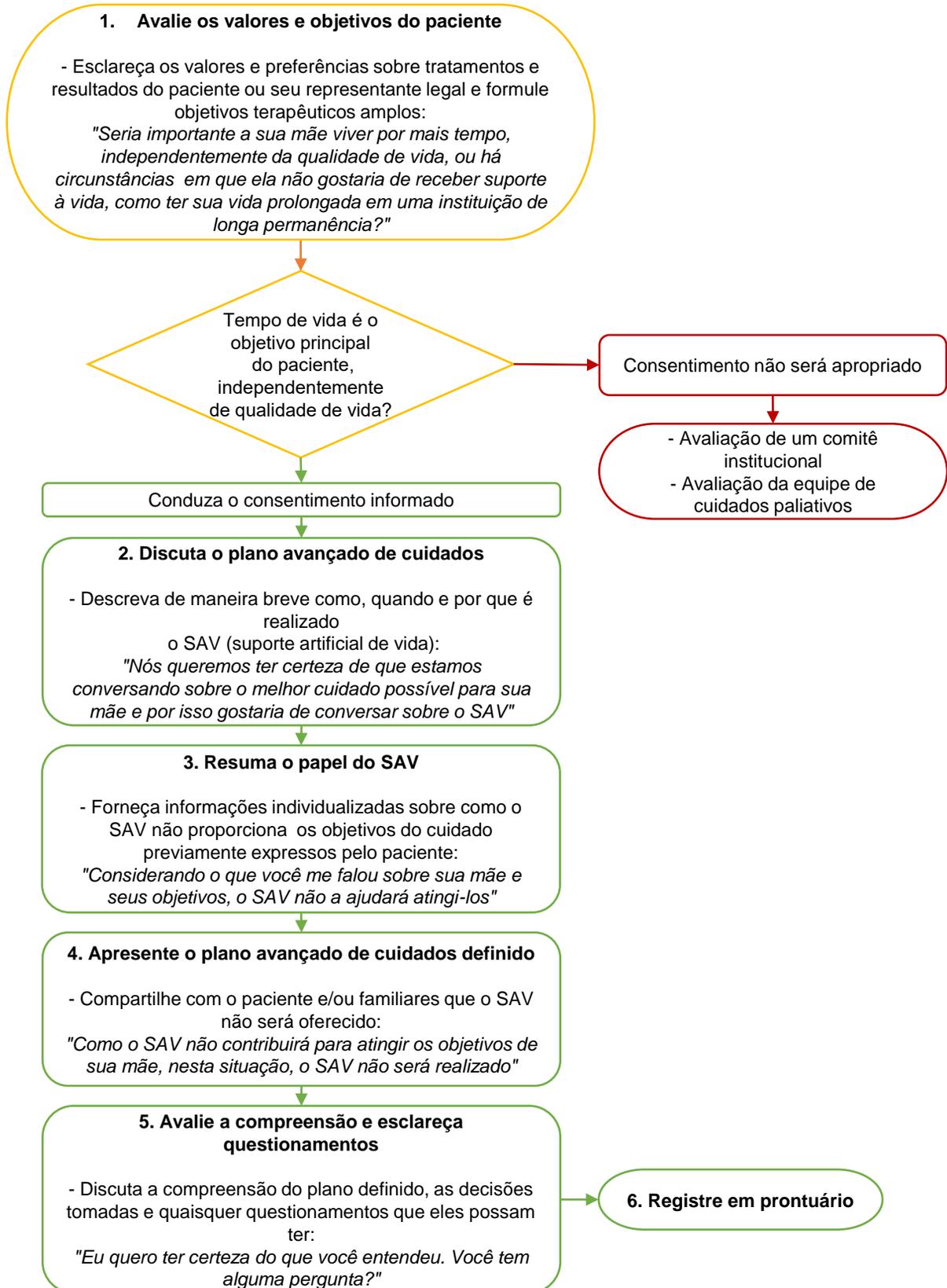
Esses debates técnicos e bioéticos fazem parte do arcabouço que sustenta as opções que os profissionais terão na tomada de decisão, enquanto os valores de objetivos do cuidado determinados pelo paciente auxiliarão nas escolhas desses caminhos.



O fluxograma a seguir fornece um guia para a discussão do plano avançado de cuidados com o paciente ou familiar nos casos em que o clínico acredita que medidas de suporte artificial de vida não são indicadas⁹.

Mesmo que concordem com o médico, alguns membros da família podem estar dispostos a permitir que ele tome decisões nesse âmbito por se sentirem incapazes de aceitar a responsabilidade devido ao ônus psicológico que isso lhes impõe. Nesse cenário, o consentimento informado pode fornecer aos familiares uma maneira de concordar com a determinação do clínico sem assumir a responsabilidade. Essa abordagem atribui grande responsabilidade aos profissionais de promoverem um prognóstico cuidadoso e uma comunicação aberta, respeitosa e atenciosa com a família. O mesmo ocorre em relação ao consentimento informado.

É importante ressaltar ainda que tais decisões podem ter que ser tomadas mesmo quando aos profissionais de saúde não foi dada a oportunidade de conhecer seu paciente, ao contrário do que gostariam. Também podem envolver discussões com pessoas próximas ao paciente por telefone ou por sistemas de comunicação via internet. Embora isso seja inferior ao ideal^{10,11,12}, o que os pacientes e pessoas próximas a eles costumam realmente querer são conversas honestas, independentemente da distância.





Eventualmente, um familiar e/ou paciente em abordagem de cuidados paliativos pode manifestar durante a formulação do plano avançado de cuidados o desejo de que a equipe priorize medidas de suporte artificial de vida (SAV) – intubação orotraqueal associada com ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, sessões de diálise, uso de dieta enteral e manobras de ressuscitação cardiopulmonar em caso de parada cardiorrespiratória – diante de piora clínica devido à COVID-19.

Nessa circunstância, a equipe de cuidados paliativos deve questionar o paciente sobre quais seriam suas preferências dentro de um cenário de limitação de recursos, registrar seus desejos e explicar que o uso de SAV não é uma garantia de recuperação, podendo apresentar benefícios limitados e elevados efeitos secundários com potencial de malefício. Deve ainda informar de forma empática que, mesmo com o uso do recurso, pacientes que necessitam de ventilação mecânica apresentam uma elevada mortalidade – especificamente no quadro de COVID-19, estudos recentes mostram que a taxa foi superior a 80%^{13,14}.

Além disso, é importante abordar que o registro do desejo do paciente de priorizar o uso de SAV não é uma garantia, já que em um cenário de calamidade e escassez de recursos o uso desse tratamento poderá ser limitado ou não oferecido, a depender dos critérios de triagem e priorização¹⁵ de cada instituição.

Especificamente sobre as admissões em UTI, é válido pontuar que essas unidades têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados, e que entre os fatores para a internação estão diagnóstico e necessidade do paciente, potencial benefício com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Ainda nesse âmbito, merece destaque a Resolução nº 2.156/2016¹⁶ do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece os critérios de



admissão e alta em UTI. O documento coloca pacientes com doença em fase de terminalidade como não apropriados para o tratamento no ambiente de UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos) e afirma que seu ingresso pode ser justificado, em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista. Também recomenda que, prioritariamente, esses pacientes sejam admitidos em unidades de cuidados paliativos.



Em um cenário de ausência de recursos por limitação da capacidade, estabelecer limites ao acesso ao tratamento não é uma decisão discricionária, mas uma resposta necessária aos efeitos esmagadores de uma pandemia. A questão não é definir prioridades, mas como fazê-lo de forma ética e consistente, em vez de basear as decisões nas abordagens de instituições isoladas ou na intuição de um médico no calor do momento.

Propostas anteriores para alocação de recursos em pandemias e outros ambientes de escassez absoluta tratam desse desafio e revelam a convergência de quatro valores fundamentais¹⁶: maximizar os benefícios produzidos por recursos escassos, tratar as pessoas igualmente, promover valor gratificante e dar prioridade aos com melhor chance.

Tais valores devem ser avaliados em conjunto. Nenhum deles isolado é suficiente para determinar quais pacientes devem receber recursos escassos. Em outras palavras, a alocação justa engloba um quadro ético de múltiplos valores que pode ser adaptado de acordo com o recurso e o contexto em questão.

Em casos de impossibilidade de recurso para priorizar medidas de suporte artificial conforme manifestação prévia do paciente e de sua família, as equipes de cuidados paliativos devem reforçar aos pacientes e seus familiares, à equipe de assistência e à diretoria de seus serviços que o cuidado paliativo é uma abordagem voltada para o controle de sintomas, conforto e qualidade de vida, devendo ser oferecido em conjunto com o tratamento padrão de qualquer doença que ameace a continuidade da vida e não devendo jamais ser associado com a omissão ou exclusão (abandono terapêutico), mesmo durante uma pandemia.

Caso o ambiente hospitalar não possua uma equipe de cuidados paliativos para avaliação dos pacientes e formulação do plano avançado de cuidados, recomendamos que haja um comitê institucional multidisciplinar, como um Comitê de Bioética¹⁷, com a presença de



profissionais de liderança e maior experiência no ambiente hospitalar, que possa analisar os casos individualmente e formular um parecer para orientar a equipe de assistência. Na inexistência deste, é importante que mais de um profissional esteja envolvido e, na impossibilidade das duas opções anteriores, o intensivista com maior experiência em comunicação deve avaliar o pedido e promover uma conversa com o paciente e/ou seus familiares explicando os limites do tratamento de suporte artificial de vida no seu caso, os benefícios e malefícios associados e promovendo acolhimento dos desejos e valores do paciente¹⁸. Recomendamos que a unidade elabore um protocolo/diretriz/processo operacional da tomada de decisão que direcione os médicos assistentes.

Uma das vantagens dessa abordagem é que ela permite aos médicos e enfermeiros que cuidam dos pacientes manter seus papéis tradicionais, incluindo o de, quando apropriado, recorrer da decisão inicial do comitê. Além disso, enquanto trabalha para garantir decisões consistentes e imparciais para todos os grupos de pacientes, o comitê tem a flexibilidade de considerar fatores que podem ser exclusivos para uma determinada situação. À medida que as circunstâncias mudam e a disponibilidade de ventiladores aumenta ou diminui, ele pode ajustar seus critérios de racionamento para produzir os melhores resultados. Finalmente, quando um hospital é colocado no necessário, porém trágico, papel de tomar decisões que podem prejudicar alguns pacientes, o uso de um comitê remove o peso dessas opções de qualquer indivíduo isoladamente, dividindo a decisão entre todos os membros, cuja responsabilidade mais ampla é salvar o maior número de vidas.

Além de retirar dos profissionais à beira do leito a responsabilidade pelas decisões de triagem, os membros do comitê também devem assumir a tarefa de comunicar a decisão à família. Os médicos responsáveis pelo tratamento podem ser motivados a tentar confortar os familiares dizendo que a ventilação mecânica não está sendo fornecida porque não teria



benefício e assegurando que tudo foi feito, e essas representações imprecisas, embora bem-intencionadas, podem enfraquecer a confiança. A comunicação das decisões via comitê garante mensagens claras e precisas, ajudando a evitar confusões ou mal-entendidos¹⁹.



Em casos de pacientes em uso de suporte artificial de vida e que não estejam respondendo ao tratamento, as equipes devem abordar junto aos familiares a possibilidade de retirada do SAV, em especial a ventilação mecânica, através de um procedimento técnico denominado na literatura médica como extubação paliativa.

A extubação paliativa, que consiste na suspensão da ventilação mecânica, a ser considerada para pacientes com doenças graves, incuráveis e irreversíveis com o único objetivo de permitir que a doença possa seguir a sua evolução da forma mais natural possível, é aceita e praticada em vários países, incluindo aqueles onde a eutanásia é proibida, mas permanece como um assunto delicado e que se torna ainda mais complexo em um momento de pandemia.

As decisões de diminuição ou retirada de ventiladores durante um cenário de calamidade devem ser pautadas por substratos técnicos, éticos e jurídicos bem definidos, não podendo ser tomadas por um único profissional. Elas não podem ser justificadas quando não estão sendo tomadas a pedido do paciente ou de seu responsável, nem se não é possível afirmar que o tratamento é irreversível. Embora as chances de sobrevida possam ser baixas, na ausência da pandemia, o tratamento deve continuar.

Também não deve ser subestimada a angústia que os médicos podem experimentar quando solicitados a retirar ventiladores por motivos não relacionados ao bem-estar de seus pacientes. Tais pedidos podem levar a um sofrimento debilitante e incapacitante para alguns profissionais de saúde.

No que se refere à qualidade de vida do paciente, devemos considerar não apenas as características subjetivas, como a sensação de bem-estar, experiências positivas e satisfação de desejos, mas também características objetivas como a existência de funcionalidade, autonomia, capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal, bem como a



capacidade de adquirir habilidades e conhecimentos para desfrutar do mundo e obter realizações pessoais.

Nesse sentido, há situações clínicas caracterizadas por doenças graves, incapacitantes, incuráveis e irreversíveis, em que a utilização de medidas de suporte avançado e artificial de vida podem levar ao prolongamento da vida biológica sem que haja concomitante prolongamento da vida biográfica e da qualidade de vida, o que pode, inclusive, causar um sofrimento adicional nas esferas física, emocional, social e espiritual, desnecessário ao paciente e à sua família.

O prolongamento artificial da vida biológica quando não há possibilidade de reversibilidade do quadro clínico do paciente significa, na verdade, prolongamento do processo de morrer, conceitualmente descrito como a prática de distanásia e desincentivado inclusive na esfera normativa.

A resolução nº 1.805/2006²⁰ do CFM descreve em seu artigo 1º que “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”.

O Código de Ética Médica²¹, por sua vez, coloca como um dos princípios fundamentais 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”.

Vê-se, portanto, que existe fundamentada argumentação ética, deontológica e jurídica a favor da ortotanásia. Isto posto, pode-se afirmar que a retirada da ventilação mecânica, precedida do cumprimento de protocolos clínicos, em situações de morte iminente e inexorável, em pacientes portadores de doença avançada, incurável e irreversível,



constitui ortotanásia e não eutanásia. Nesse contexto, a extubação paliativa se relaciona à prática da ortotanásia, sendo assim uma forma de recusa à distanásia e uma ação que se inclui naturalmente no exercício ético da medicina, não sendo conduta punível.

Por fim, vale ressaltar que a extubação paliativa deve ser uma opção e não uma obrigação. Ela não deve ser pensada no sentido de liberar leitos ou restringir custos. O objetivo maior é sempre proporcionar o cuidado, a permissão do seguimento da história natural daquela doença e o acolhimento do mecanismo de morte relacionado. Como objetivo final deve-se atingir a integralidade do cuidado, visando à morte digna e ao acolhimento dos familiares.

Recomendamos que cada unidade de saúde tenha uma diretriz/protocolo sobre extubação paliativa validada pela diretoria médica, que oriente cada passo na realização desse procedimento.



1. FRIED, T. R., BRADLEY, E. H., TOWLE, V. R., ALLORE, H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. The New England Journal of Medicine. 346 (14), p. 1061-1066, abr. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932474>.
2. WU, C., CHEN, X., CAI, Y. et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. JAMA Internal Medicine. Mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>.
3. ARENTZ, M., YIM, E., KLAFF, L. et al. Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. JAMA. Mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763485>.
4. ORDEM DOS MÉDICOS. Recomendações no âmbito da pandemia COVID-19. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/recomendacoes-de-medicina-paliativa-no-ambito-da-pandemia-covid-19/>. Acesso em: 25 mar. 2020.
5. MACK, J.W., WEEKS, J.C., WRIGHT, A. A., BLOCK, S. D., PRIGERSON, H. G. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. Journal of Clinical Oncology. 28 (7), p. 1203-1208, mar. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834470/pdf/zlj1203.pdf>.
6. PRATER, L. C., WICKIZER, T., BOWER, J. K., BOSE-BRILL, S. The Impact of Advance Care Planning on End-of-Life Care: Do the Type and Timing Make a Difference for Patients With Advanced Cancer Referred to Hospice? American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 36 (12), p. 1089-1095, dez. 2019.



7. PALADINO, J., BERNACKI, R., NEVILLE, B. A. et al. Evaluating an Intervention to Improve Communication between Oncology Clinicians and Patients with Life-Limiting Cancer: A Cluster Randomized Clinical Trial of the Serious Illness Care Program. *JAMA Oncology*. 5(6), p. 801-809, jun. 2019. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2728562>.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1995 de 31 de agosto de 2012. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.
9. NEERGAARD, M. A., SKORSTENGAARD, M. H., BROGAARD, T. et al. Advance care planning and longer survival in the terminally ill: a randomised controlled trial unexpected finding. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*. Dez. 2019.
10. CURTIS, J. R., KROSS, E. K., STAPLETON, R. D. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*. Mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763952>.
11. NATIONAL PALLIATIVE AND END OF LIFE CARE PARTNERSHIP. Ambitions for palliative and end of life care: a national framework for local action 2015–2020. Disponível em: <http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.
12. THE CHOICE IN END OF LIFE CARE PROGRAMME BOARD. What's important to me: a review of choice in end of life care. Londres, fev. 2015. Disponível em: www.gov.uk/government/publications/choice-in-end-of-life-care.



13. YANG, X., YU, Y., XU, J. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*. Fev. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30079-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30079-5/fulltext).
14. ZHOU, F., YU, T., DU, R. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 395 (10229), p. 1054-1062, mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext).
15. EMANUEL, E. J., PERSAD, G., UPSHUR, R. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. Mar. 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsb2005114>.
16. ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Ethical dimensions of COVID-19 for frontline staff. 2020. Disponível em: <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/covid-19-ethical-considerations>.
17. MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Revista Bioética*. Brasília, v. 22, n. 1, p. 105-115, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a12v22n1.pdf>. Acesso: 03 abr. 2020.
18. TRUOG, R. D., MITCHELL, C., DALEY, G. Q. The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *The New England Journal of Medicine*. Mar. 2020. Disponível em: [nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689).
19. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Ethical dimensions of COVID-19 for frontline staff. Abr. 2020. Disponível em: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/20551/download>.



20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2156 de 17 de novembro de 2016. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>.

Acesso em: 27 mar. 2020.

21. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805 de 28 de novembro de 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm.

Acesso em: 31 mar. 2020.

Caso tenha sugestões para o material ou dúvidas, por favor, entre em contato conosco pelo:

covid@paliativo.org.br



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Rua Artur de Azevedo, 289, Sala 03 - Pinheiros – São Paulo, SP - Brasil
www.paliativo.org.br