

POSICIONAMENTO ANCP & ABN

Não implementação ou retirada de dieta em paciente em estado vegetativo crônico

Comitês de Bioética, Nutrição, Terapia Intensiva e Neurologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, e Núcleo de Medicina Paliativa da Academia Brasileira de Neurologia



**ACADEMIA
BRASILEIRA
DE NEUROLOGIA**

Comitês de Bioética, Nutrição, Terapia Intensiva e Neurologia da
Academia Nacional de Cuidados Paliativos, e Núcleo de Medicina Paliativa
da Academia Brasileira de Neurologia

Posicionamento ANCP e ABN
Não implementação ou retirada de dieta em
paciente em estado vegetativo crônico



- **Rodrigo Kappel Castilho** - Comitê de Terapia Intensiva ANCP
- **Edison Iglesias de Oliveira Vidal** - Comitê de Bioética ANCP
- **Fernanda Gomes Lopes** - Comitê de Bioética da ANCP
- **Luciana de Oliveira Neves** - Comitê de Neurologia da ANCP e Núcleo de Medicina Paliativa da ABN
- **Laura Cardia Gomes Lopes** - Comitê de Neurologia da ANCP e Núcleo de Medicina Paliativa da ABN
- **Camila Galvão Lopes** - Comitê de Neurologia da ANCP e Núcleo de Medicina Paliativa da ABN
- **Zilfran Carneiro Teixeira** - Comitê de Medicina Intensiva ANCP
- **Maria Júlia Kovacs** - Comitê de Bioética da ANCP
- **Monica Benarroz** - Comitê de Nutrição da ANCP
- **José Eduardo Siqueira**



Comitê de Bioética da Academia Nacional de Cuidados Paliativos:

- Edison Iglesias de Oliveira Vidal
- Fernanda Gomes Lopes
- Maria Júlia Kovács
- Simone Brasil de Oliveira Iglesias
- Josimário João da Silva
- Luciano Máximo da Silva
- Daniele Sacardo Nigro

Comitê de Nutrição da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

- Monica de Oliveira Benarroz
- Alessandra Rischitelli Bragança Silva
- Juana Rosa Lomes Costa Lessa
- Mariana Fernandes Costa
- Marina Bouças Pinto
- Tamyris dos Santos Gonçalves



Comitê de Neurologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

- Camila Galvão Lopes
- Laura Cardia Lopes
- Luciana Neves

Comitê de Terapia Intensiva da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

- Zilfran Carneiro Teixeira
- Janete Maria da Silva
- Vítor Carlos Santos da Silva
- Ramon Teixeira Costa
- Luisa Murakami
- Rodrigo Kappel Castilho
- Lara Patricia Kretzer
- Rodrigo Alves dos Santos
- Raquel Pusch de Souza



**Núcleo de Medicina Paliativa da Academia de
Neurologia Brasileira**

- Luciana de Oliveira Neves
- Laura Cardia Gomes Lopes
- Camila Galvão Lopes



Presidente	Douglas Henrique Crispim
Vice-Presidente	João Batista Santos Garcia
Vice-Presidente	Rudval Souza da Silva
Tesoureira	Jussara de Lima e Souza
Secretária	Alexandra Mendes Barreto Arantes
Diretor Científico	Rodrigo Kappel Castilho
Diretora Científica	Maria Helena Pereira Franco
Diretora de Comunicação	Lisandra Stein Bernardes
Diretora de Comunicação	Nahâmi Cruz de Lucena
ESTADUAIS	
Rio de Janeiro	
Presidente	Cristhiane Silva Pinto
Vice-Presidente	Debora de Wylson F G de Mattos
Vice-Presidente	Liana Amorin C Trotte
Tesoureira	Livia Pereira Coelho
Secretária	Ana Patricia N Oliveira
Diretoria Científico	Simone Garruth dos S M Sampaio
Diretoria Científica	Rodrigo Pena Soares da Silva
Diretoria de Comunicação	Elizabeth Cristina Alves Uh'
Diretoria de Comunicação	Andreia Pereira de Assis Ouverney
Rio Grande do Sul	
Presidente	Luciana Pinto Saavedra
Vice-Presidente	Joao Luiz De Souza Hopf
Vice-Presidente	Nara Selaimen Gaertner de Azeredo
Tesoureira	Raphael Lacerda Barbosa
Secretária	Viviane Raquel Buffon
Diretoria Científico	Rosana da Silva Fraga
Diretoria Científica	Paula Leite Dutra
Diretoria de Comunicação	Monica Echeverria De Oliveira
Diretoria de Comunicação	Ana Cristina De Araújo Vianna
São Paulo	
Presidente	Rodrigo Alves dos Santos
Vice-Presidente	Fabiana Sirolli Fernandes de Morais Carvalho
Tesoureira	Roberta Antoneli Fonseca
Secretária	Poliana Cristina Carmona Molinari
Diretoria Científica	José Roberto Ortega Junior
Diretoria Científica	Marysia Mara Rodrigues do Prado de Carlo
Diretoria de Comunicação	Danielle Brito Rodrigues
Diretoria de Comunicação	Helenice Alves Teixeira
Diretoria de Comunicação	Juliana Nalin S Passarini
Colaborador	Tiago Pugliese Branco
Colaborador	Mariana Sarkis Braz
Colaborador	Daniela Achette
Colaborador	Luis Fernando Rodrigues



1. Preâmbulo 9
2. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados
Paliativos 17
3. Referências 19



Lesões cerebrais podem impulsionar níveis variados de alteração de consciência, a depender do grau de comprometimento ou dano, apresentando-se de maneira provisória ou permanente. Situações diversas como traumatismos cranioencefálicos (TCE), ressuscitação de parada cardíaca ou outra catástrofe cardiopulmonar complicada por lesão cerebral hipóxico-isquêmica podem resultar em estados prolongados de alteração de consciência (i.e. com duração de pelo menos 28 dias), incluindo o estado vegetativo e o estado minimamente consciente.

Entre os distúrbios de consciência, o estado vegetativo persistente é apresentado na literatura como relacionado a falta de reações a estímulos ambientais, apesar da manutenção das funções autonômicas e algumas respostas cerebrais. O estado vegetativo resulta em total desconhecimento de si mesmo e do ambiente. Esses pacientes são incapazes de interagir com os outros; eles não têm respostas comportamentais sustentadas, reproduzíveis, intencionais ou voluntárias a estímulos; e eles não têm evidência de compreensão ou expressão da linguagem. Apresentam a presença de ciclo sono-vigília com preservação da função hipotalâmica e do tronco encefálico. O estado vegetativo é subdividido em estado vegetativo persistente e estado vegetativo crônico. A delimitação temporal entre estes dois estados depende do mecanismo que causou a lesão cerebral, em reconhecimento dos diferentes prognósticos associados a cada tipo de dano cerebral. Quando este decorre de TCE, o estado vegetativo persistente é definido como estado vegetativo que persiste de 4 semanas a 12 meses, enquanto que o estado vegetativo crônico corresponde ao estado vegetativo que se estende por período superior a 12 meses. Já para as situações onde a injúria cerebral tem origem não traumática (ex. por anoxia cerebral), o estado vegetativo persistente é definido como o estado vegetativo que perdura de 4 semanas a 3 meses, e o estado vegetativo crônico como o estado vegeta-



tivo que se prolonga por mais de 3 meses (Giacino et al. 2018).

O estado minimamente consciente é o termo utilizado para descrever pacientes que apresentam evidências limitadas, mas claramente discerníveis, de consciência, demonstradas de forma reprodutível de forma sustentada ou intermitente (Royal College of Physicians 2020). Estes pacientes podem demonstrar de forma intermitente interação limitada com o ambiente através de acompanhamento com o olhar, obedecendo comandos simples, sinalizando sim ou não (não necessariamente com precisão), ou tendo verbalização inteligível, ou discretos comportamentos intencionais.

O processo necessário para estabelecer o diagnóstico de um distúrbio prolongado da consciência de um paciente é complexo e requer uma avaliação pormenorizada por uma equipe interdisciplinar com expertise em avaliação cognitiva, das funções motoras e da comunicação no contexto dessas situações (Royal College of Physicians 2020). Nenhum exame complementar sozinho é capaz de diagnosticar estado vegetativo e nem prever capacidade de recuperação, sendo necessária avaliação em conjunto dos exames associados a avaliação clínica (Giacino et al. 2018). Infelizmente, erros de diagnóstico são comuns e podem ser exacerbados quando tais avaliações são realizadas por profissionais inexperientes em relação a estas situações, são realizadas em uma fase precoce e quando o paciente está sob efeito de medicamentos, ou possui outros problemas de saúde que podem afetar suas respostas.

É fundamental reconhecer que o processo de estabelecimento do prognóstico de recuperação da consciência e da funcionalidade em pacientes com distúrbios prolongados da consciência depende primeiramente de um diagnóstico acurado do subtipo de distúrbio de consciência vivenciado pelo paciente, pois pacientes com estado minimamente consciente apresentam uma maior probabilidade de recupe-



rar a consciência do que pacientes em estado vegetativo. No entanto, limitações importantes relativas à literatura envolvendo o acompanhamento de longo prazo de pacientes com distúrbios prolongados de consciência requerem que os profissionais de saúde esclareçam os representantes do paciente acerca das incertezas relacionadas ao prognóstico durante todo processo de tomada de decisão acerca de tratamentos médicos (Peterson et al. 2022). Em última instância, apenas o acompanhamento prolongado do paciente por equipe interdisciplinar especializada, com observação da trajetória de evolução de seu estado de consciência e incapacidade funcional, é capaz de reduzir as incertezas relativas ao prognóstico (Royal College of Physicians 2020).

De acordo com o posicionamento recente envolvendo a Academia Americana de Neurologia, o Congresso Americano de Medicina de Reabilitação e o Instituto Nacional de Incapacidade, Vida Independente e Pesquisa em Reabilitação, a maior parte dos pacientes em estado vegetativo crônico permanecerá em tal estado de forma permanente, mas uma minoria não insignificante recuperará a consciência após decorridos 3 meses para danos cerebrais não traumáticos e 12 meses para mecanismos de lesão cerebral relacionados a TCE (Giacino et al. 2018). Este documento afirma ainda que, dos pacientes que recuperarão a consciência, a maioria permanecerá com grande incapacidade funcional e apenas alguns tornar-se-ão capazes de comunicar-se de forma consistente, interagir socialmente e realizar atividades básicas de autocuidado novamente.

Diante de situações graves e crônicas, em que o tratamento para manutenção da vida depende de medidas invasivas que podem levar ao sofrimento e um prolongamento penoso do morrer, a discussão sobre o papel da alimentação se faz fundamental. Nesses casos, deve-se ir ao encontro dos melhores interesses do paciente, respeitando seus valores e



biografia, bem como considerando aspectos técnicos e legais.

Nas últimas décadas, com o desenvolvimento tecnológico, a descoberta da cura de muitas doenças e o desenvolvimento de novos tratamentos, a medicina tem voltado seu olhar muito mais para as doenças do que para os doentes. A pessoa enferma tem sido considerada como a portadora do mal que deve ser combatido, e a morte passou a ser um sinônimo de derrota e fracasso. Expectativas, experiências, culturas, medos e preferências do paciente deixaram de ter a importância devida. Diante da existência de algum tratamento ou intervenção, pessoas passaram a ser submetidas a medidas invasivas, independente das consequências, inclusive nos casos de irreversibilidade.

As medidas de suporte artificial de vida são frequentemente inseridas em situações em que o sofrimento associado ao tratamento é maior que a possibilidade de viver com um mínimo de dignidade, e contrárias à vontade do paciente. Nossa cultura dá contorno para essas decisões, desempenhando papel fundamental na manutenção ou retirada de procedimentos. Tratamentos e intervenções aparentemente bem-intencionados e simples podem causar bastante dano para o indivíduo.

A Constituição Federal, no inciso III do artigo 5º diz que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. O Código Civil, no artigo 15º expressa que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. O Conselho Federal de Medicina, através de sua resolução 1805/2006, estabelece 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". Também o código de Ética Médica, no



princípio fundamental XXI cita que “No processo de tomada de decisões profissionais (...) o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por ele expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”. Além disso, o mesmo Código de Ética, no princípio fundamental XXII, expressa: “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”. Para que os pacientes possam mais claramente expressar sua autonomia, a resolução do CFM 1995/2012 define como Diretivas Antecipadas de Vontade o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente sua vontade.

Neste posicionamento, focaremos na discussão crescente sobre implementação ou retirada de suporte nutricional em pacientes em estado vegetativo crônico. Conforme dados da literatura científica, à medida que se agrava o quadro clínico do paciente com doença progressiva, torna-se imprescindível a reavaliação e o replanejamento da conduta nutricional, que a priori deve ser realizada em equipe multidisciplinar (Druml et al. 2016; Schwartz et al. 2021). Por isso, convém avaliar se, para esta discussão, há indicação, ou suspensão de Alimentação e Hidratação por via Artificial de pacientes em estado vegetativo crônico.

O papel da alimentação em cuidados paliativos, independentemente da via (oral, enteral ou parenteral), não se relaciona apenas aos aspectos biológicos do paciente; mas igualmente aos aspectos psicossocioculturais (Benarroz et al. 2009, 2017; Costa e Soares 2016; Pereira et al. 2022). Destaca-se então que as crenças religiosas, a origem étnica e as particularidades regionais de pacientes e familiares devem ser considera-



das nas tomadas de decisões, junto com os princípios e deveres éticos e requisitos legais (Schwartz et al. 2021).

Por se tratar de procedimentos invasivos, os métodos artificiais de alimentar e hidratar os pacientes são considerados tratamentos médicos (Schwartz et al. 2021) e, portanto, podem ser julgados clinicamente. Todavia, torna-se essencial compreender que a tomada de decisão deve ser processual e compartilhada, pautada em aspectos éticos e legais, no conhecimento científico consistente e baseado em evidências. Ademais, a biografia dos pacientes e seus familiares, bem como seus valores e crenças devem ser respeitados. Daí a necessidade de se analisar o propósito da prescrição ou da suspensão de dietas artificiais e toda a sua complexidade, para não se incorrer em erro tanto de implementar tratamentos que não estejam alinhados aos valores do paciente, como de deixar de implementar tratamentos consistentes com tais valores.

Frisa-se que, sem dúvida, existe a obrigação moral de cuidar, pois “o cuidado deve sempre ser prioritário sobre a cura, pela mais óbvia das razões: nunca há qualquer certeza de que nossas enfermidades possam ser curadas, ou nossa morte evitada” (Callahan 1990). Entretanto, essa obrigação não deve ser orientada pelo imperativo tecnológico, que faz da medicina subserviente à tecnologia (Floriani 2021). A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia. Pelo contrário, exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte. As mudanças de condutas diante de doença avançada e incurável objetiva a redução do sofrimento do paciente, não a sua morte; esta é consequência da evolução inexorável da doença de base.

Como se observa, mudanças terapêuticas se fazem necessárias no curso natural da doença. Então, para impedir a ocorrência de equívocos nas tomadas de decisões quanto às intervenções propostas - incluindo a



não indicação ou a suspensão da Nutrição e Hidratação por via Artificial – preconiza-se a abordagem de equipe interdisciplinar, integrando na prática o cuidado centrado na pessoa e orientado para a família (Schwartz et al. 2021). Nessa lógica, importa salientar que a avaliação impecável de pacientes com doenças progressivas e terminais, o manejo apropriado para controle de sintomas e a boa comunicação com o paciente (ou seu representante legal) e sua família são fundamentais nos cuidados paliativos (D’Alessandro et al. 2020). No caso da alimentação, ainda devemos considerar que:

“Há mais valor emocional ligado à provisão de nutrição e hidratação do que, por exemplo, no uso contínuo de antibióticos ou outros tratamentos. É importante levar em consideração o princípio da autonomia do paciente. A decisão de fornecer NHA (nutrição e hidratação por via artificial) deve basear-se em evidências, melhores práticas, experiência clínica e julgamento; comunicação eficaz com o paciente, família e/ou tomador de decisão substituto autorizado; e respeito à autonomia e a dignidade do paciente” (Bottoni e Zaher-Rutherford 2019 p.3).

O nutricionista, assim como toda a equipe, deve empregar todas as habilidades necessárias para oferecer a melhor proposta terapêutica; bem como saber comunicar à família as limitações da dieta artificial (Pereira JL 2016; Benarroz et al. 2017) e a importância da priorização deve alertar o paciente e família quanto ao apego pela preferência do prazer gustativo em detrimento à quantidade consumida, frente a situações de irreversibilidade (Cushen e Ryan 2021). Nesses momentos dramáticos, é inegável a relevância da comunicação efetiva, envolvendo conversas sensíveis e compassivas para proporcionar maior compreensão da real situação do paciente e segurança na tomada de decisão da família juntamente com a equipe de cuidados paliativos (Schwartz et al. 2021).

À vista disso, ressalta-se que há, sem dúvida, a obrigação moral de



se tratar e procurar curar, mas essa obrigação há de medir-se segundo as situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento da qualidade de vida do paciente. A renúncia a meios extraordinários, ou desproporcionados não equivale ao suicídio, ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte. A *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) e a *European Association for Palliative Care* (EAPC) publicaram posicionamentos acerca da questão da eutanásia (Radbruch et al. 2016; De Lima et al. 2017). Tanto a IAHPC como a EAPC foram categóricas ao afirmar que a prática de suspender ou não iniciar tratamentos prolongadores da vida para pacientes em fase terminal de doenças graves e incuráveis não correspondia a eutanásia.

Portanto, é imprescindível compreender que o processo de tomada de decisão deve ser processual e compartilhado, pautado em aspectos éticos e legais, um conhecimento científico consistente e baseado em evidências, bem como na biografia dos pacientes e seus familiares, considerando seus valores e crenças.



Tendo em vista as considerações apresentadas na seção anterior, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos emite os seguintes posicionamentos:

1. É ético e legal a renúncia à dieta artificial (não instalação ou retirada), diante de situação de estado vegetativo crônico onde haja clareza, após o devido processo de avaliação diagnóstica e prognóstica por equipe interdisciplinar experiente no manejo de pacientes com distúrbios prolongados de consciência, de que as possibilidades de recuperação da consciência e/ou da funcionalidade são mínimos e haja evidências obtidas através de diretivas antecipadas de vontade ou de relatos de familiares e entes queridos do paciente de que, para o mesmo, em função de seus valores pessoais, ser mantido indefinidamente em tais condições representaria algo pior do que a própria morte. Nestes casos, a retirada/não introdução da nutrição e hidratação por via artificial não correspondem nem a eutanásia nem ao suicídio.

2. A suspensão/não introdução de nutrição e hidratação por via artificial somente pode ser realizada mediante o consentimento esclarecido do representante legal do paciente.

3. Cada caso deve ser avaliado individualmente levando em consideração os diferentes graus de incerteza relacionados ao prognóstico de sobrevivência, recuperação da consciência e da funcionalidade do paciente, sempre respeitando suas crenças e valores, os quais são essenciais para a definição daquilo que corresponde ao seu melhor interesse em cada situação.



4. A discussão sobre a retirada ou não implementação da nutrição e hidratação por via artificial deve ser pautada por uma comunicação proativa e compassiva, sem qualquer forma de coerção e em consonância com o que se espera de qualquer processo de decisão compartilhada digno deste nome.

5. Sempre que possível, os profissionais de saúde devem promover conversas sobre os valores e preferências de cuidados de seus pacientes enquanto estes estão de posse de suas capacidades mentais e de comunicação, encorajar a identificação de um representante e documentar as diretivas antecipadas de vontade de pacientes em seus prontuários, de forma que, em situações tais como o estado vegetativo crônico, elas possam contribuir para a tomada de decisão compartilhada com seu representante sempre respeitando o melhor interesse dos pacientes.



- Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2009;25:1875–82.
- Benarroz MO, Scapulatempo HH, da Silva SMA, dos Santos MS. Nutritional intervention and bioethics challenges in palliative care for advanced cancer. Em: Cole MC, organizador. *Bio and Research Ethics: Issues, Perspectives and Challenges of the 21st Century*. Hauppauge, New York: Nova Science Pub Inc; 2017. p. 57–75.
- Bottoni A, Zaher-Rutherford VL. Reflexão Bioética sobre uso de nutrição e hidratação artificial em pacientes terminais. *Revista Brasileira de Bioética*. 19 de agosto de 2019;15:1–25.
- Callahan D. *Setting limits : medical goals in an aging society* [Internet]. New York : Simon and Schuster; 1990 [citado 26 de maio de 2022]. Disponível em: <http://archive.org/details/settinglimitsmed0000call>
- Costa MF, Soares JC. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Rev bras cancerol*. 2016;215–24.
- Cushen S, Ryan A. The role of the dietitian in palliative care. Em: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, organizadores. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6th ed. New York: Oxford University Press, USA; 2021. p. 219–44.
- D’Alessandro MPA, Pires CR, Forte DN. *Manual de Cuidados Paliativos* [Internet]. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020 [citado 26 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-CuidadosPaliativos-versão-final-1.pdf>
- De Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *J Palliat Med*. janeiro de 2017;20(1):8–14.



- Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* junho de 2016;35(3):545–56.
- Floriani CA. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 22 de setembro de 2021 [citado 26 de maio de 2022];37. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/8HxKZqpBJGF656ngq4bv6Ft/?lang=pt>
- Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S, et al. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research. *Neurology.* 4 de setembro de 2018;91(10):450–60.
- Pereira AZ, da Cunha SF de C, Grunspun H, Bueno MAS. The Difficult Decision Not to Prescribe Artificial Nutrition by Health Professionals and Family: Bioethical Aspects. *Front Nutr.* 2022;9:781540.
- Pereira JL PF. The Dietitian's Role in Palliative Care: A Qualitative Study Exploring the Scope and Emerging Competencies for Dietitians in Palliative Care. *J Palliat Care Med* [Internet]. 2016 [citado 26 de maio de 2022];06(02). Disponível em: <http://www.omicsgroup.org/journals/the-dietitians-role-in-palliative-care-a-qualitative-study-exploring-the-scope-and-emerging-competencies-for-dietitians-in-palliat-2165-7386-1000253.php?aid=70040>
- Peterson A, Young MJ, Fins JJ. Ethics and the 2018 Practice Guideline on Disorders of Consciousness: A Framework for Responsible Implementation. *Neurology.* 26 de abril de 2022;98(17):712–8.



- Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* fevereiro de 2016;30(2):104–16.
- Royal College of Physicians. Prolonged disorders of consciousness following sudden onset brain injury: National clinical Guidelines [Internet]. London: RCP; 2020 [citado 5 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/prolonged-disorders-consciousness-following-sudden-onset-brain-injury-national-clinical-guidelines>
- Schwartz DB, Barrocas A, Annetta MG, Stratton K, McGinnis C, Hardy G, et al. Ethical Aspects of Artificially Administered Nutrition and Hydration: An ASPEN Position Paper. *Nutr Clin Pract.* abril de 2021;36(2):254–67.

ANCP - ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
RUA ARTUR DE AZEVEDO, 289 SALA 3 - CERQUEIRA CESAR
SÃO PAULO, SP - CEP-05404-010
FONES: +55 11 3087-3403 1 +55 11 93146-5291
CONTATO@PALIATIVO.ORG.BR - WWW.PALIATIVO.ORG.BR



ACADEMIA
BRASILEIRA
DE NEUROLOGIA