

# Cuidados Paliativos, Anestesia e Medicina Intensiva: À Beira da Metanóia?

## *Palliative Care, Anesthesia and Intensive Medicine: On the Brink for the Metanoia?*

João Pina<sup>1\*</sup>

### Afiliação

<sup>1</sup> Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra do Heroísmo, Portugal.

### Palavras-chave

Cuidados Paliativos; Unidades de Cuidados Intensivos

### Keywords

*Intensive Care Units; Palliative Care*

## RESUMO

Olhando o que se passa com a Medicina em Portugal e um pouco por todo o mundo, poucos temas poderiam, nesta altura, dar-me mais satisfação do que este. Não porque sinta uma particular alegria ou prazer, mas porque me parece urgente reflectir sobre o que dele emerge. É, a meu ver, um ciclo que se fecha em que algo surge e encontra algo que estava em espera. Que é como quem diz, os extremos tocam-se. Para onde caminha a Medicina? Os avanços tecnológicos e científicos que nos seduzem e orgulham estão a servir melhor o Homem? E, então, propomo-nos prestar cuidados paliativos (CP) na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)? Poderemos nós "desatar" este oxímoro? Pode a anestesiologia ter o seu próprio papel neste cenário ontologicamente desafiante? Ou estamos, afinal, a assistir a um reencontro da Medicina consigo própria?

## ABSTRACT

Looking at what is happening with Medicine in Portugal and a little around the world, few topics could, at this time, give me more satisfaction than this one. Not because I feel a particular joy or pleasure, but because it seems urgent to me to reflect on what emerges from it. It is, in my view, a cycle that closes when something comes up and finds something that was on hold. Which is as it says, the ends touch. Where does Medicine go? Are the technological and scientific advances that seduce us and pride us to serve Man better? Are we proposing to provide Palliative Care (CP) in the Intensive Care Unit (ICU)? Can we "untie" this oxymoron? Can anesthesiology have its own role in this ontologically challenging scenario? Or are we, after all, witnessing a reassuring meeting of Medicine with herself?

## INTRODUÇÃO

A Anestesia, e mais tarde a Anestesiologia, já constituída disciplina do saber científico, surge e desenvolve-se preocupada com o sofrimento: tirar a dor é a sua demanda primordial! E o controlo da dor é o pretexto para dar atenção a tudo o mais capaz de produzir sofrimento. A intervenção pode tomar a forma de um analgésico, mas pode ser uma ventilação não-invasiva para controlo da dispneia, pode ser umas sessões de cinesioterapia, pode passar por uma cirurgia descompressiva num tumor inoperável do cólon, pode ser a adaptação duma prótese que permita ao próprio levar a comida à boca num doente com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), pode ser uma conversa... Os exemplos são muitos e diversos.

A Anestesiologia tem essa compreensão nos alicerces da sua fundação. O tratamento eficaz e recompensador de quadros dolorosos atrai a atenção da Anestesiologia tendo sido assumida "A Dor" como face visível de um sofrimento humano que está muito para lá da nocicepção e da respectiva proporção límbica. Ironicamente foi a chamada "Boa dor" dos médicos hipocráticos, a dor densa e aguda, tratável ou curável, avisadora duma agressão e dum perigo, e que tão pouco interessou aos filósofos, que conduziu os anestesiologistas até à "Má dor" aquela que provoca o sofrimento, sem cura, da doença grave e crónica, aquela que antecipa a morte. Ao longo dos séculos nada interessou tanto à Teologia e à Filosofia como a "Má dor". Na Teogonia de Hesíodo, Éris, deusa da escuridão, fomentadora do ódio e da discórdia, casou com Éter, o Deus primordial, e teve 14 filhos: Ponos, do desânimo e da fadiga, Lete, do esquecimento, Limos, da fome e, depois, Macas, das batalhas, Fonos, dos assassinatos, Androctasias, dos massacres e devastações, Pseudólogos, das palavras mentirosas, Anfilogias, das dúvidas e traições, Hisminas, das discussões e disputas, Neikea, do ódio, Horcos, do juramento, Disnomia, do desrespeito, Ate, da insensatez e, enfim, Algea,

Autor Correspondente/Corresponding Author:

João Pina

Morada: Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal.

E-mail: pina.jpa@gmail.com

deusa das dores e das tristezas que fazem chorar.

Quando as diversas religiões e filosofias falam da Dor é difícil perceber se se referem à paixão da alma (do latim *passio -onis*, derivado de *passus*, participio passado de *pati* “sofrer”) ou às paixões do corpo dúvida que persiste com Descartes que a sustentava entre a *res extensa*, “coisa extensa”, o corpo sólido palpável, e a *res cogitans*, “coisa pensante”, o pensamento. Onde está a Dor? Não é fácil responder. Os próprios CP são um exemplo disso: certamente, visam diminuir a dor física, insuportável no caso de algumas doenças terminais, mas procuram sobretudo produzir uma tranquilidade que ajude a tornar mais sereno o tempo que se segue.

Os CP trazem consigo o reconhecimento e a humildade, das limitações da ciência médica, mas ao mesmo tempo assumem a luta por um fim digno. “Fim digno...” Duas palavras-chave. Na realidade, a morte não é uma opção. O fim está garantido. É importante não ignorar, não se resignar, mas aceitar, processo activo de resolução interior para o próprio e para quem partilha essa luta. E digno porque essa é a natureza do Homem enquanto ser livre e responsável.

A Medicina Intensiva (MI) constitui, muitas vezes, o cenário final onde se desenrola por excelência o episódio terminal da vida. Onde o médico é confrontado com a morte, com o sofrimento, com o insucesso da Medicina enquanto solução curativa parecendo, no entanto, continuar, secretamente, no seu íntimo, teimosamente, muitas vezes, a perseguir a imortalidade. Talvez o mais importante seja reconhecer que a verdadeira Medicina não acaba nas técnicas mais ou menos sofisticadas e nos equipamentos mais ou menos evoluídos. Significa que, quando tudo isto falha, porque alguma vez tem que falhar com todos os seres vivos, não deveremos abandonar a luta, como se acabássemos de perder um jogo, mas eleger a Medicina como ciência e arte, não só de curar, mas definitivamente de confortar. Este é o sucesso e esta é a linha que une a MI aos CP. Na sua essência, ninguém anuncia nem aceita a MI como o recurso que salva da morte nem os CP como a “*antecâmara do patíbulo*”. A função da MI é dar suporte para ganhar tempo a favor duma recuperação da fisiologia com vista à melhor qualidade possível da vida restante. Afinal, os CP através duma metodologia diferente e por outra via, querem exactamente o mesmo: a melhor qualidade possível da vida restante. A perversão deste objectivo, pondo a ênfase nos meios, resulta no seu contrário, aumentando o sofrimento no imediato e, eventualmente, preserva para uma “*vida sem vida*”. Uma vez, quando estava de serviço na UCI, uma jovem colega do Serviço de Urgência, sugeriu-me a admissão dum doente que se encontrava bem mas cuja transferência para a enfermaria a deixava insegura. Disse-lhe que podia ficar descansada, o doente não tinha indicação para suporte em cuidados intensivos pois o risco era baixo, não necessitava de suporte cardiovascular ou respiratório e não havia benefício marginal nessa admissão.

Respondeu-me admirada: “*Mas este doente já tem catéter venoso central e catéter na artéria radial... Não é um doente de cuidados intensivos?*”

Será possível praticar a MI sem ter presente o conceito fundamental dos CP? No fundo, o conceito fundamental da Medicina? Fazê-lo, penso, seria negar a essência da própria Medicina.

Na realidade não existe uma Medicina curativa e uma Medicina paliativa. Existem terapêuticas curativas e terapêuticas paliativas. Mais uma vez criou-se uma divisão artificial. Um Pneumologista não terá em conta a patologia cardíaca? E o Cardiologista não olha para o pulmão? Trata o coração como órgão isolado que vive de si e para si apenas? Não há doentes apenas com pulmão nem doentes apenas com coração. O ventrículo direito perde o sentido se não houver pulmão, mas de que serve o pulmão se não houver hematóse? Não há doenças nem terapêuticas pulmonares que em última instância não afectem o coração e vice-versa. Tal como não há Medicina curativa sem Medicina paliativa. E a Medicina paliativa só faz sentido com a Medicina curativa pois curando onde pode aliviar o que deve. Todo o Ser Médico, *res medica*, tem em si o DNA dos cuidados paliativos.

Recordo as discussões que houve sobre morte cerebral e morte cardíaca. É consenso que só há uma morte. A morte do indivíduo. Como só há uma vida e só há uma Medicina. Esta Medicina é a arte que luta pela devolução da dignidade ao Homem. Se o médico usa seringas ou robótica, se usa o estetoscópio ou a tomografia, os ultra-sons ou a endoscopia, os analgésicos ou os antibióticos, a histologia ou as provas de esforço, a prótese do joelho ou a simpaticectomia, isso já não é relevante. Qual é o sentido da MI se a preocupação não for, prioritariamente, diminuir o sofrimento e devolver a dignidade? Esse sofrimento não é a dor, não é a parésia, não é a anemia, não é a insuficiência cardíaca e não é o cancro. É o compromisso da Dignidade pela perda de Liberdade que estas doenças trazem ao Homem. A doença, pelo sofrimento, amarra o Homem e tirando-lhe a Liberdade compromete a sua Dignidade. E a medida não é igual para todos. O que é causa de sofrimento atroz para uns, para outros será razoavelmente bem tolerado. A intervenção da Medicina será, pois, proporcional e dirigida em cada pessoa. Sabemos de pessoas fisicamente bem no meio dum grande sofrimento. E também já presenciámos situações de grande limitação física que não condicionam a Liberdade. Não por se resignarem, pois esses são os tristes e amargos, mas por terem aceiteado as suas novas limitações e continuarem a exercer a auto-determinação através das funções que possuem.

Desde sempre a Medicina procurou aliviar o sofrimento e desde sempre o alívio do sofrimento passou por curar o que for para curar, compensar o que houver para compensar e paliar o que houver para paliar. A propósito, há dois termos homófonos, mas que são antónimos, na realidade. *Palear*,

significa exhibir ou ostentar. É donde deriva a expressão coloquial “*Ter muito paleio*” que significa, saber convencer e fazer prevalecer as suas convicções, exímio na retórica. Paliar, pelo contrário, refere-se a encobrir ou ocultar; O Pálio, na prática católica, designa uma espécie de dossel que cobre o sacerdote durante as procissões e cortejos sagrados. *Paliar* é o verbo de onde deriva “Cuidados Paliativos”. A arte de encobrir a doença e continuar a enganar a morte. Para que só se morra uma vez. Onde o sofrimento é ignorado, não existe Medicina.

*“The opposite of love is not hate, it's indifference. The opposite of art is not ugliness, it's indifference. The opposite of faith is not heresy, it's indifference. And the opposite of life is not death, it's indifference.” Elie Wiesel<sup>1</sup>*

Parece-me que é sobre a dor moral que mais se entretiveram os primeiros filósofos do Ocidente, como por exemplo Demócrito, que afirma que ela pode ser eliminada com a busca da *euthymia*, ou seja, da tranquilidade, da serenidade de espírito. Esta dor pode na verdade afectar também os cuidadores... verdadeiro sábio, portanto, é aquele que marca a sua vida com regras de moderação, de justa medida e de equilíbrio, evitando os bens inferiores.

O poder das religiões e da fé, não deve ser menosprezado.<sup>2-4</sup> Tanto a crença religiosa como a espiritualidade têm ajudado as pessoas a aceitar a sua própria doença e a explicá-la a outros. A espiritualidade ajuda essas pessoas a planear o seu futuro. Também a religião pode ajudar as pessoas a viver mais profundamente a sua vida assim como a consolar ou a dar força na preparação para o fim inevitável. Dando um sentido à vida e à morte, as religiões podem ajudar o crente, a família e os próprios profissionais de saúde oferecendo-lhes uma sensação de força e segurança durante o período de provação. A espiritualidade pode ser definida como a *“propensão humana para encontrar um significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, à procura de um sentido de ligação com algo maior que si próprio”*. A espiritualidade pode ou não estar ligada a uma vivência religiosa. Estas definições reflectem, hoje em dia, a construção duma espiritualidade que é individualista e não necessariamente associada a uma religião tradicional. Tal secularização da espiritualidade reflecte uma tendência das sociedades ocidentais actuais para reter alguns aspectos da religiosidade, como a transcendência, rejeitando, no entanto, os aspectos doutrinários e institucionais, mais polémicos das religiões organizadas. A palavra religião provém do latim *“religare”*, que significa, nesta circunstância, o conjunto de práticas e rituais que ligam os crentes ao ser divino em que acreditam. Numa revisão sobre este tema, publicada em 2015 na *Pain Medicine*, Siddall, conclui<sup>5</sup>:

*Given the firm place that spirituality now holds within other fields and the mounting evidence for its relevance and benefit for people with pain, there is increasing evidence to support the inclusion of spiritual factors as an important component in the assessment and treatment of pain.*

Ao contrário dos CP que surgem pela aceitação das limitações do conhecimento científico e da existência efémera, mas obrigatoriamente digna, do Homem, a MI surge na esperança de evitar a morte dando suporte ventilatório mecânico e intubação traqueal e desenvolve-se na expectativa de limitar danos colaterais das agressões traumáticas, infeciosas ou outras. Na realidade a grande diferença entre estas duas disciplinas está na gestão do tempo que falta. Ignorar o doente porque a foice da morte já iniciou o seu embalo é inaceitável em Medicina. O nascimento e a morte são os dois grandes momentos solitários na vida de cada um. A diferença é que somos saudados e acolhidos à chegada, no primeiro, e muitas vezes não temos ninguém de quem nos despedir no segundo. Do primeiro não guardamos consciência e do segundo cada vez mais, com o passar dos anos, e sobretudo na doença, a curiosidade e o medo misturam-se numa visão do que vai acontecer e como vai acontecer sendo que o mais fácil e tentador é evitar a discussão procurando manobras de diversão. O caminho que vem do primeiro está pleno de esperança, mas no caminho para o segundo estamos sempre a tropeçar em memórias. Por isso a companhia é precisa. Olhos que possamos olhar. Olhos que nos olhem.

Perceber os fundamentos éticos da Medicina e o conceito ontológico, agregador e fundador, do “Ser Médico” vem de alguma forma suscitar obrigatoriamente em cada um de nós uma espécie de metanóia, (do verbo grego antigo *metanoein*: *metá*, “além” ou “depois” e *nous*, “pensamento” ou “intelecto”), que no seu sentido original, significa mudar o próprio pensamento. Qualquer que seja a perspectiva em que se olhe esta mudança. Na prática retórica trata-se de retornar a uma afirmação anterior, refazê-la, corrigi-la e dar-lhe ênfase. No sentido místico a metanóia traz o arrependimento e a conversão. Por outro lado, Carl Jung, no seu conceito de individuação, usa o termo metanóia referindo-se a uma transformação completa da pessoa que passa pela catarse e termina com uma reconstrução positiva, a “cura” donde emerge o novo ser.

Este processo de transformação que a Medicina necessita para se tornar de novo digna, ela própria, de servir o Homem, torna-se mais difícil no estado actual de “assumpções aprendidas, assimiladas e fechadas” provenientes da massificação e fruto dos meios de comunicação e das acções de estratégia demagógica com fins corporativos. Mais fácil seria chegar à arte e à ciência genuínas através do coração humilde e simples duma criança livre das máscaras da vida e aberto ao acto de criatividade que nos realiza e aproxima

da Verdade. Num dos seus raros assomos de ternura e carinho, Ludwig van Beethoven deixa esta ideia consignada na elegante mas elucidativa resposta a uma carta da jovem Emilie, aspirante a pianista e sua grande admiradora<sup>6</sup>:

*My dear good Emilie, my dear Friend!*

*[...] Do not only practice art, but get at the very heart of it; this it deserves, for only art and science raise men to the God-head. If, my dear Emilie, you at any time wish to know something, write without hesitation to me. The true artist is not proud, he unfortunately sees that art has no limits; he feels darkly how far he is from the goal; and though he may be admired by others, he is sad not to have reached that point to which his better genius only appears as a distant, guiding sun. I would, perhaps, rather come to you and your people, than to many rich folk who display inward poverty. If one day I should come to [your town], I will come to you, to your house; I know no other excellencies in man than those which causes him to rank among better men; where I find this, there is my home.*

Assim somos nós quando praticamos e compreendemos a nossa arte que é a Medicina. Essa é a nossa casa, o nosso Lar. Sabemos que muito temos para caminhar mas também acabamos por descobrir que a verdadeira Medicina, tal como o verdadeiro Lar, não vem da riqueza e da opulência mas da pobreza e do sofrimento.

Numa revisão de 2013 Rebbeca *et al*<sup>7</sup> em mais de 3400 referências identificadas conseguiram seleccionar 37 estudos sobre intervenções paliativas em Cuidados Intensivos. Os estudos seleccionados mesmo assim eram pequenos e heterogéneos, de um centro apenas, comparativos com “antes e depois” e de baixo poder estatístico. Mesmo assim os dados observados mostram que as intervenções paliativas em UCI fizeram diminuir o tempo de estadia na UCI e no hospital, melhoraram a comunicação e aumentaram o consenso sobre a orientação destes doentes sem alterar a mortalidade. Nenhum estudo mostrou malefício para o doente, família ou profissionais da UCI. Um dos aspectos mais relevantes desta revisão é que uma proporção elevada de intervenções consultivas mostrou significado estatístico na diminuição do tempo de estadia na própria UCI ou no hospital. A comunicação e a permuta de experiências foram fulcrais na diminuição do sofrimento do doente e na eficiência da instituição.

Os CP são cada vez mais precoces e o Anestesiologista é confrontado com este facto cada vez mais frequentemente. Seja no Bloco Operatório, seja na Consulta da Dor seja na Unidade de Cuidados Intensivos. E, muito embora a OMS apresente uma definição para CP,<sup>8</sup> a verdade é que é mais difícil encontrar um consenso sobre o que é um doente para CP.

Lassen<sup>9</sup> apresenta um estudo retrospectivo feito no seu

hospital universitário de Regensburg, Alemanha, onde durante um ano, em 17 580 doentes submetidos a algum tipo de cuidados por Anestesiologia, 276 destes doentes foram identificados como sendo de CP: doença incurável que colocava a vida em risco associada a progressão apesar da terapêutica com estágio avançado e limitada expectativa de vida a receber ou a necessitar de terapêutica paliativa específica. Cerca de 69% dos contactos ocorreram no Bloco Operatório. Em comparação com os outros doentes, as emergências foram em maior número e mais graves e a mortalidade foi maior. Este estudo vem colocar em evidência a necessidade que os médicos Anestesiologistas têm de saber identificar estes doentes, ou talvez, melhor dizendo, esta fase da doença, e proceder adequadamente a cada situação no período peri-operatório de acordo com as características de cada um e das circunstâncias.

Na *Der Anaesthetist*, num artigo publicado já em 2009,<sup>10</sup> Wiese, vai mais longe e defende que os departamentos de Anestesiologia devem tomar parte activa no desenvolvimento das intervenções e dos CP. Parte das responsabilidades na maioria desses departamentos de Anestesiologia, diz, é o tratamento da dor e a MI, duas áreas que constituem outras tantas razões pelas quais os anestesiologistas estão predestinados a ser parte do sistema de CP ao doente e aos seus familiares. Os departamentos de Anestesiologia podem ser responsáveis pela organização dos CP e da Medicina paliativa, intra-hospitalar e em ambulatório. A integração das competências anestesiológicas nos departamentos de terapêuticas paliativas e vice-versa pode ser uma grande oportunidade para ambos e representar um compromisso recompensador.

Uma das grandes vantagens de envolver a Anestesiologia no sistema dos CP prende-se com a diversificação dos departamentos onde intervém, desde o bloco operatório até à unidade de cuidados intensivos passando pela consulta da dor e por procedimentos onde é requerida sedação e analgesia e à emergência intra e pré-hospitalar. A sensibilidade do Anestesiologista para o sofrimento e a sua capacidade de integração institucional associada à versatilidade da sua formação constituem trunfos que não deveriam ser descurados no estabelecimento dos CP precoces. O reconhecimento da importância dos CP precoces tem sido uma tendência e aparece num número crescente de estudos recentes.<sup>11</sup> Estes doentes mostram mais satisfação nos cuidados, menos admissões no serviço de urgência e na UCI, melhor humor e qualidade de vida, menos depressão e maior probabilidade de vir a morrer em casa do que no hospital. Num estudo prospectivo apesar dos doentes receberem tratamentos menos agressivos e mais baratos houve uma significativa vantagem na sobrevivência de doentes com carcinoma não-pequenas células metastático do pulmão.<sup>12</sup> A necessidade de dar prioridade ao conforto em detrimento

da cura ou da compensação fisiológica e minimizar a agressividade das intervenções surge, na UCI, por um de dois motivos:

1. O doente é admitido como sendo grave e agudo mas potencialmente reversível, o doente típico para a MI. No entanto, o quadro clínico deteriora-se sendo que o ónus e a improbabilidade de recuperação para “*uma boa vida*” tornam-se excessivos para o doente e para a família mercê da incapacidade da Medicina curativa, de complicações ou da contribuição de patologia crónica ou,
2. É um doente assumidamente em CP, com doença crónica grave, evolutiva e incapacitante, com tempo limitado de sobrevida que é proposto para medidas de conforto na UCI.

Em qualquer das circunstâncias a mudança da atitude clínica na UCI, e fora dela, enfrenta algumas dificuldades: a sensação antecipada de insucesso, a aparente desproporção de recursos a alocar ao “novo” doente, as questões emergentes sobre comunicação com o doente e com a família, o alinhamento de toda a equipa, até onde ir, se não é para “salvar” o que estamos nós a fazer, porque não “*colocar já uma perfusão de morfina*”?

Mercadante, numa revisão de 2018,<sup>13</sup> lembra que CP são, antes de mais, cuidados a pensar no doente e na família, que optimizam a qualidade de vida restante antecipando, prevenindo e tratando o sofrimento quando a terapêutica de “perspectiva curativa” se tornou ineficaz. A prática de CP na UCI é um tema largamente discutido e é um recurso que tem vindo a ser utilizado de forma crescente na prática clínica. Trata-se de procurar o controlo rápido e seguro dos sintomas e conduzir as decisões médicas em fim de vida, a comunicação com o próprio e com os seus familiares, definindo objectivos de cuidados que garantam tanto quanto possível a dignidade e auto-determinação no tempo que resta de vida.

A aplicação efectiva e específica de CP na UCI, no entanto, pressupõe alterações significativas não só nos conhecimentos e no treino dos profissionais que prestam serviço na UCI como daqueles que cuidam destes doentes fora da UCI. A gestão de recursos e a logística assim como os limiares de decisão para admissão e alta na UCI, consultoria externa em MI e CP, juntamente com a articulação dos cuidados domiciliários, o ambiente dentro da UCI, normalmente mais técnico e menos acolhedor, colocam um desafio organizativo, económico, técnico e cultural, mas sobretudo, levanta o véu do tempo que foi escondendo as raízes da Medicina enquanto vocação para aliviar o sofrimento humano. Garantir ao doente uma vida e uma morte com dignidade exige reflexão, tempo e espaço para criar os laços que serão lembrados pelos sobreviventes muito depois da partida do seu ente querido. Exige humanismo, coragem, experiência, conhecimento e empenhamento de todos na UCI e na instituição. Assumir CP na Unidade de Cuidados Intensivos é a oportunidade da

Medicina se encontrar consigo mesma. Garantir um fim de vida com Dignidade e em Paz epitomiza a arte da Medicina, converte e transforma, exigindo o melhor de nós.

“...*this it deserves, for only art and science raise men to the God-head*” - *Ludwig Van Beethoven*

#### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

#### Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Submissão: 26 de fevereiro, 2019 | Aceitação: 27 de fevereiro, 2019

Received: 26th of February, 2019 | Accepted: 27th of February, 2019

## REFERÊNCIAS

1. Wiesel, Elie. The Perils of Indifference. Speech delivered 12 April 1999, Washington. [consultado Jan 2018] Disponível em: <https://www.americanrhetoric.com/speeches/ewieselperilsofindifference.html> e em: <https://www.youtube.com/watch?v=dTs05SH87Cc>
2. Dedeli O, Kapta G. Spirituality and Religion in Pain and Pain Management. *Health Psychol Res.* 2013 13: e29.
3. Wiech K, Farias M, Kahane G, Shackel N, Tiede W, Tracey I. An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain.* 2008;139:467-76. doi: 10.1016/j.pain.2008.07.030.
4. Elmholt EM, Skewes J, Dietz M, Möller A, Jensen MS, Roepstorff A, et al. Reduced pain sensation and reduced BOLD signal in parietofrontal networks during religious prayer. *Front Hum Neurosci.* 2017;11:337. doi: 10.3389/fnhum.2017.00337.
5. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Med.* 2015;16:51-60. doi: 10.1111/pme.12511.
6. Carta de Beethoven a Emilie. [consultado Jan 2018] Disponível em: <https://www.brainpickings.org/2017/05/18/beethoven-emilie-letter/>
7. Rebecca A, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *J Palliat Med.* 2014;17:219-35. doi: 10.1089/jpm.2013.0409.
8. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24:91-6.
9. Lassen CL, Aberle S, Lindenberg N, Bundscherer A, Klier TW, Graf BM, et al. Palliative patients under anaesthesiological care: a single-centre retrospective study on incidence, demographics and outcome. *BMC Anesthesiol.* 2015;15:164. doi: 10.1186/s12871-015-0143-4.
10. Wiese CH, Bartels UE, Zausig YA, Graf BM, Hanekop GG. Palliativmedizin: Fünfte Säule anästhesiologischer Abteilungen? *Der Anaesthetist*, March 2009, Volume 58, Issue 3, pp 218-230 <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00101-009-1543-y>
11. Romano AM, Gade KE, Nielsen G, Harvard R, Harrison JH, Barclay J, et al. Early palliative care reduces end-of-life intensive care unit (ICU) use but not ICU course in patients with advanced cancer. *Oncologist.* 2017;22:318-23. doi: 10.1634/theoncologist.2016-0227.
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363:733-42 doi: 10.1056/NEJMoa1000678
13. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018;18:106. doi: 10.1186/s12871-018-0574-9.