



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Vânia Ferreira de Sá Mayoral

Adaptação Transcultural do formulário
POLST: *Physician Orders for Life-
Sustaining Treatment*

Orientador: Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Botucatu
2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Vânia Ferreira de Sá Mayoral

Adaptação Transcultural do formulário POLST:
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Mayoral, Vânia Ferreira de Sá.

Adaptação transcultural do formulário POLST : Physician Orders for Life-Sustaining Treatment / Vânia Ferreira de Sá Mayoral. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Edison Iglesias de Oliveira Vidal

Capes: 40602001

1. Cuidados primários de saúde. 2. Tratamento paliativo. 2. Diretivas Antecipadas. 5. Estudos interculturais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Diretivas antecipadas; Planejamento antecipado de cuidados.

Folha de Aprovação



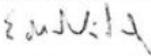
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Botucatu

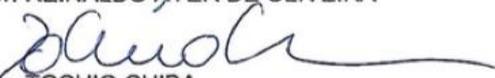


ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de VANIA FERREIRA DE SÁ MAYORAL, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

Aos 11 dias do mês de março do ano de 2016, às 09:00 horas, no(a) Solário Prof. Dr. Tiberê Alves de Resende - Depto. de Clínica Médica - FM/Botucatu - Unesp, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. EDISON IGLESIAS DE OLIVEIRA VIDAL do(a) Depto. de Clínica Médica / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. REINALDO AYER DE OLIVEIRA do(a) Depto. de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho / IOF/São Paulo - USP, Prof. Dr. TOSHIO CHIBA do(a) Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de VANIA FERREIRA DE SÁ MAYORAL, intitulada **Adaptação Transcultural do Formulário POLST: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Prof. Dr. EDISON IGLESIAS DE OLIVEIRA VIDAL


Prof. Dr. REINALDO AYER DE OLIVEIRA


Prof. Dr. TOSHIO CHIBA

Dedicatória

A minha família que nos momentos
difíceis foi o meu alicerce!

Agradecimientos

Agradeço a Deus por mais essa conquista que Ele permitiu na minha vida!

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal, pela confiança e oportunidade de trabalhar ao seu lado e, sobretudo, pelos ensinamentos, serei sempre grata.

As alunas do curso de graduação de medicina Aniela, Raissa e Larissa pela dedicação durante essa jornada, obrigada!

A todos os médicos que participaram desse estudo, muito obrigada!

Agradeço, especialmente aos pacientes e familiares de pacientes, sem vocês a ciência médica não existiria.

Ao Prof. Dr. Paulo Villas Boas, pelo incentivo, desde sempre.

Agradeço a Prof. Dra. Fernanda Bono Fukushima pelos ensinamentos que muito enriqueceu meus conhecimentos.

À Dra. Luciana Dadalto que dividiu com nossa equipe seu conhecimento jurídico

Ao Prof. Dr. Willian Saad Hossne e ao Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira pela disponibilidade em dividir conosco seus conhecimentos

Agradeço a todos funcionários da secretaria do Departamento de Clínica Médica, em especial ao Mário e a Laura, que sempre me apoiaram nos momentos em que deles precisei.

Epígrafe

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

Albert Einstein

Resumo

No Brasil atual a maior parte dos profissionais e instituições de saúde ainda se encontram longe de constituírem uma rotina de discussão sobre preferências de cuidados no fim da vida junto a pacientes com prognóstico reservado. Esta corresponde a uma grande lacuna na atenção à saúde em nosso país, a qual frequentemente se associa a sofrimento evitável de pacientes e familiares. Em 1991 nos EUA foi iniciado um programa de discussão de preferências de cuidados no fim da vida denominado POLST (*Physician Orders for Life-sustaining Treatment*). Trata-se de um sistema coordenado para evocar, documentar e comunicar as preferências de pacientes/familiares quanto a tratamentos prolongadores da vida para enfermos com expectativa de vida reduzida. Atualmente o POLST representa uma das melhor sucedidas estratégias para a elicitación e documentação de preferências de cuidados no fim da vida naquele país. O objetivo dessa pesquisa foi realizar a Adaptação Transcultural (ATC) do formulário POLST para o contexto brasileiro. A metodologia de ATC baseou-se nas recomendações da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. Foram realizadas 3 traduções diretas e independentes do instrumento fonte para o português, as quais passaram por uma reunião de reconciliação de forma a gerar uma versão síntese. Essa versão foi submetida a duas traduções reversas para o inglês e posteriormente foi realizado um teste piloto do formulário com 20 médicos e 10 pacientes. Versões do instrumento foram apresentadas a membros do Comitê Nacional do POLST nos EUA e discutidas com uma especialista em direito e dois especialistas em bioética. Finalmente foi alcançada uma versão do formulário POLST adaptada para o Brasil. Trata-se da primeira ATC desse instrumento para além das fronteiras dos EUA. A ATC desse formulário representa o primeiro passo para sua futura implantação no Brasil, a qual irá demandar sua apresentação ao Conselho Federal de Medicina e a pactuação de seu uso entre diversos atores sociais (ex. Hospitais, Serviços de Urgência Pré-hospitalar e Rede de Atenção Primária à Saúde). Espera-se que no longo prazo o resultado desse trabalho contribua para uma melhor atenção à saúde no fim da vida no Brasil e sirva de estímulo para novos processos de ATC do POLST em outros países.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas, Planejamento Antecipado de Cuidados, Cuidados Paliativos.

Abstract

In Brazil most health care professionals and institutions still have not included discussions about preferences of care at the end of life with patients with decreased life expectancy as part of their daily routine. This represents a major gap for the care at the close of life in Brazil that is frequently associated with avoidable suffering of patients and their loved ones. In 1991 the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) program was started in the USA. It embodies a coordinated system to elicit, record and communicate patients' and families' preferences about life-prolonging treatments for individuals with decreased life expectancy across a variety of health care settings. The POLST paradigm has spread across the USA and currently represents one of the most successful strategies to elicit and record preferences of care at the end of life in that country. The present research aimed to conduct the Cross-Cultural Adaptation (CCA) of the POLST form to the Brazilian context. The cross-cultural adaptation methodology was based on the principles of good practice for the translation and cultural adaptation process recommended by the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. Three independent direct translations of the source instrument to Portuguese were performed. Those translations were synthesized into a single version after a reconciliation meeting. Two independent native English speakers performed 2 back translations of that version into English. We pilot tested the form under adaptation with 20 physicians and 10 patients. Versions of the instrument were discussed with members of the National POLST Paradigm Task Force. The form was also discussed with an attorney and 2 specialists in Bioethics. Finally we arrived at a cross-culturally adapted version of the POLST form for Brazil. This is the first CCA of the POLST form for use beyond the borders of the USA. The CCA of this form represents the first step for its future implantation in Brazil, which will require the presentation of the POLST Paradigm to the Brazilian Federal Medical Council and a set of agreements among a variety of social stakeholders (e.g., Hospitals, Pre-hospital Emergency Systems, and Primary Care Units). We hope that in the long term the result of the present research will contribute to improvements in the care at the end of life in Brazil and that it may foster new CCA initiatives of the POLST form in other countries.

Key words: Advance Directives, Advance Care Planning, Palliative Care.

Lista Figuras e Quadros

1-Fluxograma do processo de ATC	41
2-Questionamentos e sugestões sobre o formulário POLST do primeiro grupo de 10 médicos envolvidos na Etapa Piloto	49
3-Artigos da Resolução 1995/2012 sobre DA	66

Lista de Anexos

1.	Versão fonte em inglês do formulário POLST em uso no estado do Oregon 2014	80-81
2.	Versão fonte em Inglês do formulário POLST em uso no estado da Califórnia 2014	82-83
3.	Formulário Coleta de dados demográficos dos sujeitos da pesquisa	84
4.	Script de “conversa do POLST” para a pesquisa de Adaptação Transcultural do formulário POLST: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment	85-93
5.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Pacientes	94
6.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Médicos	95
7.	Versão fonte em inglês, tradução direta e a versão reconciliada	96-104
8.	Versão Reconciliada do formulário POLST	117-118
9.	Versão fonte em inglês, versão reconciliada obtida a partir das 3 traduções diretas, e traduções reversas	119-132
10.	Versão do formulário POLST utilizada na etapa Piloto A - Primeiro grupo de 10 médicos	133-134
11.	Versão do formulário POLST utilizada na etapa Piloto B - Segundo grupo de 10 médicos	135-136
12.	Versão do Formulário POLST após apresentação para membro do NPPTF durante o Congresso American e Especialista em DA	137-138
13.	Nova retradução do formulário POLST	139-140
14.	Versão do Formulário POLST após formatação	141-142
15.	Versão final Formulário POLST após sugestão da banca de mestrado quanto à alteração do título - Folha de Rosto	143-144

1.INTRODUÇÃO.....	21
1.1 AS ERAS DA MORTE NO OCIDENTE.....	22
1.2 O LIMITE ENTRE A VIDA E A MORTE E A INCORPORAÇÃO DO PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PELA ÉTICA OCIDENTAL.....	23
1.3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DA) E PLANEJAMENTO ANTECIPATÓRIO DE CUIDADOS (PAC) 24	
1.4 POLST – PHYSICIAN ORDERS FOR LIFE SUSTAINING TREATMENT.....	27
1.5 MOMENTO HISTÓRICO NO BRASIL.....	30
2 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	32
3.METODOLOGIA.....	34
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	35
3.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ATC DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES DA FORÇA TAREFA ISPOR. 35	
3.2.1 <i>Etapa 1 - Preparação.....</i>	35
3.2.2 <i>Etapa 2 - Tradução direta.....</i>	35
3.2.3 <i>Etapa 3 - Reconciliação.....</i>	36
3.2.4 <i>Etapa 4 - Tradução reversa.....</i>	36
3.2.5 <i>Etapa 5 - Revisão da Tradução Reversa.....</i>	37
3.2.6 <i>Etapa 6 - Teste Piloto.....</i>	37
3.2.7 <i>Etapa 7 - Reapresentação ao Comitê Nacional do POLST nos EUA...39</i>	
3.2.8 <i>Etapa 8 - Revisão de formatação, gramática e sintaxe.....</i>	39
3.2.9 <i>Etapa 9 - Relatório Final.....</i>	40
4.ÉTICA EM PESQUISA.....	43
5.RESULTADOS.....	45
5.1 ETAPA DE PREPARAÇÃO.....	46
5.2 ETAPAS DE TRADUÇÃO DIRETA, RECONCILIAÇÃO E TRADUÇÃO REVERSA.....	47
5.3 ETAPA PILOTO.....	48
5.3.1 <i>Etapa Piloto Primeiro grupo de 10 médicos.....</i>	48
5.3.2 <i>Etapa Piloto – Segundo Grupo de 10 médicos.....</i>	52
5.3.3 <i>Etapa Piloto – Pacientes.....</i>	53
5.4 REAPRESENTAÇÃO AO COMITÊ NACIONAL DO POLST NOS EUA.....	54
5.4.1 <i>Reunião com uma membra do Comitê Nacional do POLST.....</i>	54
5.4.2 <i>Avaliação do formulário por uma advogada especialista em DA.....</i>	56
5.4.3 <i>Apresentação a especialistas em Bioética.....</i>	58
5.4.5 <i>Nova tradução reversa e Web conferência.....</i>	58
5.5. MODIFICAÇÕES DO FORMULÁRIO SUGERIDAS PELA BANCA DURANTE A DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado.....	59
6.DISSCUSSÃO.....	61
7.CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS.....	79

1.1 As eras da morte no ocidente

A concepção da morte tem sofrido importantes mudanças no decorrer da história da humanidade. *Phillipe Ariès*, filósofo francês, que viveu no século XX, estudou a longa trajetória das atitudes do homem diante da morte no mundo ocidental como reflexo dos diversos momentos das políticas sociais, econômicas, religiosas, e culturais de cada época. (PHILLIPE ARIÈS, 2014).

ARIÈS demarcou quatro modelos de atitudes diante da morte que se sucederam nas diferentes épocas da história do ocidente. A transição entre cada modelo não se deu de forma abrupta e ocorreu em compasso com outras mudanças sociais ao longo da história e permitindo períodos de superposição temporal de diferentes concepções de morte. Para aquele autor o primeiro modelo de atitude diante da morte foi a “Morte domada” caracterizado pela compreensão da morte como um evento familiar e próximo, baseado sobretudo em uma concepção coletiva do destino. Nessa fase, que durou até por volta do século XII d.C. a morte era encarada com naturalidade e o ser humano acreditava na ordenança da natureza para justificativa da finitude da vida.

O segundo modelo atitudinal em relação foi denominado de “A morte de si mesmo” e iniciou-se em paralelo à devastação causada pela peste negra no século XII. As mudanças sociais desse período envolveram o enfraquecimento dos laços coletivos, propiciando o surgimento de novas possibilidades de apreciação da vida. A morte passou a ser vista como um momento onde a essência verdadeira de cada indivíduo seria revelada. Esse momento de valorização da individualidade humana é expresso através da popularização das autobiografias a partir de então. A morte adquire sentido de horror e de medo; amplia-se a expressão da decomposição do corpo na literatura e nas artes (ARIÈS, PHILIPPE, 2014).

A partir do século XVIII surge um modelo atitudinal em relação ao morrer denominado de “A morte do outro”. O temor quanto à morte deixa de recair sobre o indivíduo propriamente dito e passa a seus entes queridos. Trata-se da morte romântica, eloquente, cuja saudade e lembrança do morto gera sofrimento e dor. É nesse momento histórico que surge o culto dos túmulos e dos cemitérios.

No entanto é a partir da segunda metade do século XIX que se dão as mudanças mais intensas na forma como a morte é vivenciada nas sociedades ocidentais. A concepção do morrer nesse período foi denominada de “Morte Interdita” ou “Invisível”. A partir de então praticamente desaparece qualquer vestígio de uma morte familiar. A morte passa a ser associada ao que há de pior e deve ser ocultada

sempre que possível. As famílias buscam poupar os enfermos da gravidade do seu estado e a revelação da verdade sobre o adoecimento torna-se problemática para muitos. A nova fealdade da morte e o apego aos bens materiais fazem com que a ruptura da continuidade da vida deixe de ser aceitável. A morte torna-se definitivamente um inimigo a ser combatido. O local de morte deixa de ser o domicílio e passa a ser o hospital, longe dos olhos de grande parte da sociedade.

1.2 O limite entre a vida e a morte e a incorporação do princípio da autonomia pela ética ocidental

Os séculos XIX e XX presenciaram o surgimento de uma série de eventos significativos no campo da saúde desde melhoramentos sanitários nas cidades até o surgimento das vacinas e dos antibióticos. Tais avanços sociais e tecnológicos permitiram importantes incrementos na expectativa de vida das populações bem como se associaram a uma mudança no perfil epidemiológico de ocorrência de doenças. As doenças infecciosas deram lugar às doenças crônico-degenerativas como principais causas de mortalidade e o percentual de idosos nas pirâmides populacionais aumentou significativamente (OMRAN, 2005). Adicionalmente, as trajetórias de adoecimento no fim da vida também mudaram dramaticamente. Há pouco mais de um século atrás a maior parte das mortes refletia processos agudos e de curta duração. Atualmente em grande parte das sociedades ocidentais, em especial nos países de maior renda, a maior parte das trajetórias de adoecimento até a morte reflete processos crônico-degenerativos de longa duração e marcados por declínio funcional prolongado (MURRAY et al., 2005).

Na década de 50 do século XX foi desenvolvido o procedimento de desfibrilação elétrica externa. Na década de 60 daquele século surgiram os primeiros desfibriladores externos portáteis e teve início da era moderna da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (COOPER; COOPER; COOPER, 2006). Esses fatos juntamente com a popularização das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tornaram possível a reversão de situações clínicas de quase óbito e foram recebidos como uma vitória da medicina sobre a morte (HILBERMAN, 1975) (HANSON; TULSKY; DANIS, 1997). No entanto, tal progresso científico da medicina também trouxe consigo diversos questionamentos de ordem ética e legal (RANDALL, 2011) (MURRAY, 2012) (LUCE, 2010; LUCE; WHITE, 2009). De certa forma o limite entre a vida e a morte tornou-se menos claro e passou-se a questionar em que medida as intervenções médicas haviam salvo uma vida ou apenas estavam prolongando seu processo de morte (ANGUS; TRUOG,

2016) (MCKENNA; SHEIKH; SMITH, 2007). De fato, para muitos pacientes a preocupação maior deixou de ser a ocorrência da morte e se remeteu ao prolongamento da vida em situações piores que a morte (BOK, 1976).

A ética médica, da primeira metade do século XX, que era pautada fundamentalmente sobre os princípios de beneficência e da não-maleficência, passa a incorporar o princípio da autonomia (“Advance Directives and Advance Care Planning: Report to Congress”, [s.d.]; LUCE; WHITE, 2009; MCKENNA; SHEIKH; SMITH, [s.d.]). A introdução deste princípio se deu frente a uma conjunção de fatores envolvendo desde a constatação das atrocidades cometidas durante o regime nazista em nome da pesquisa médica até os movimentos pelos direitos civis das mulheres e de minorias étnicas. Adicionalmente diversos processos judiciais nos EUA contribuíram para o estabelecimento da necessidade de consentimento de pacientes acerca dos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde bem como seu direito de declinar tais procedimentos mesmo frente a situações que de outro modo conduziriam à sua morte.

1.3 Diretivas Antecipadas de Vontade (DA) e Planejamento Antecipatório de Cuidados (PAC)

Dentro desse contexto histórico e como resposta às preocupações relacionadas ao tipo de tratamentos que as pessoas receberiam na eventualidade de encontrarem-se impossibilitadas de decidir e consentir ou não sobre tais tratamentos surgem as diretivas antecipadas (DA) de vontade relacionadas à saúde. A primeira proposta conceitual de DA em um artigo se deu em 1969 sob a forma de um testamento vital (“living will”) pelo advogado norte-americano de nome Luis Kutner (KUTNER, 1969) (MCKENNA et al., 2007). Kutner fundamentou sua argumentação no fato de que a lei norte-americana requeria o consentimento dos pacientes para que estes fossem submetidos a tratamentos médicos e que os pacientes poderiam deixar um documento em que especificassem tratamentos que não consentiriam em determinadas situações de saúde. É interessante notar que a orientação de Kutner sobre o testamento vital também previa que o paciente indicasse uma pessoa a ser contactada caso o paciente se tornasse comatoso e que caso os médicos possuíssem dúvidas sobre as intenções contidas no testamento vital, essa pessoa seria consultada no intuito de esclarecer a questão de modo a orientar os médicos sobre como agir em consonância com o desejo do paciente.

Ao longo do tempo surgiram diferentes tipos de documentos com finalidade semelhante à descrita por Kutner e o termo DA passou a

referir-se a qualquer documento escrito que descrevesse os desejos do paciente em relação a seus cuidados de saúde frente a uma situação futura eventual de incapacidade de tomada de decisão incluindo ou não a designação de um representante para tomada de decisão. De forma geral as DA foram classificadas em diretivas de processo e diretivas substantivas (WOOD; ARNOLD, 2012). As diretivas de processo correspondem essencialmente a documentos onde os pacientes apontam seus representantes para tomada de decisões relacionadas à saúde. Já as diretivas substantivas, ou testamentos vitais, documentam os valores e as preferências de cuidados de saúde dos pacientes caso estes venham a tornar-se incapazes de decidir por si mesmos. (ANDORNO; BILLER-ANDORNO; BRAUER, 2009).

Em 1990 o Congresso americano aprovou a Lei da Autodeterminação do Paciente (Patient Self-Determination Act - PSDA) a qual entrou em vigor a partir de dezembro de 1991 (THOBABEN; PROCTOR, 1996). Essa lei teve como objetivo permitir a pacientes decidirem sobre o próprio tratamento através do exercício de sua autonomia utilizando como documento para registro de seus valores as DA. O PSDA estabeleceu que as instituições de cuidados em saúde deveriam questionar o paciente no momento de sua internação se o mesmo já possui alguma DA. Em caso afirmativo tal informação deveria ser documentada no prontuário do paciente. Também foi determinado que as instituições de saúde deveriam informar os pacientes no momento da internação sobre seus direitos de aceitar ou recusar procedimentos médicos bem como sobre o direito de realizar uma DA a esse respeito. O PSDA também estabelecia que as instituições de saúde deveriam educar seus funcionários sobre as DA e nunca discriminar pacientes em função da presença ou ausência de uma DA.

Apesar de esforços políticos e legais para a disseminação do uso das DA entre os pacientes nos EUA, diversos autores argumentam que as DA, em especial os testamentos vitais, falharam em atingir seu objetivo de honrar os desejos das pessoas em relação a seus cuidados de saúde no fim da vida (CASTILLO et al., 2011; DOUKAS; REICHEL, 2007; FAGERLIN; SCHNEIDER, 2004; LO; STEINBROOK, 2004; PERKINS, 2007; SUDORE; FRIED, 2010; WOOD; ARNOLD, 2012b). São muitas as causas que fundamentam tais críticas. O primeiro argumento diz respeito à dificuldade dos indivíduos em predizer acuradamente que tipo de cuidados desejariam em determinada situação hipotética no futuro porque tais predições são feitas com base no estado atual do paciente não apenas de saúde, mas de contexto social e de emoções e que nem sempre refletem seus valores e preferências quando de experiências futuras de adoecimento uma vez que muitas pessoas se adaptam a

situações que antes julgavam como insuportáveis e indignas. Outro argumento remete à pequena proporção de pacientes nos EUA que chegam a completar uma DAA – cerca de 29% dos adultos em 2005 (GILLICK, 2010). Adicionalmente, com grande frequência as DA escritas não se encontravam acessíveis quando decisões médicas eram necessárias e, mesmo quando disponíveis, mostravam-se excessivamente vagas e não permitiam a extrapolação daquilo que havia sido documentado para a situação em que os pacientes se encontravam. De fato, a maior parte das DA sequer era feita mediante a consulta e os esclarecimentos necessários de um médico. Além disso, uma série de barreiras legais em diversos estados norte-americanos – ex. exigências quanto à presença de testemunhas ou de registro das DA em cartório ou restrições sobre quem poderia representar o paciente quando este não houvesse nomeado um representante – dificultaram sobremaneira o acesso a esse tipo de documento.

Como resultado dessas questões a literatura médica vem apontando ao longo da última década que a ênfase desse processo deve deixar de recair sobre a elaboração de um documento de cunho legalista-transacional e deve se dar sobre o processo de comunicação entre médicos, pacientes e seus representantes de forma a gerar esclarecimento sobre o estado de saúde atual do paciente, elicitando valores, preferências, expectativas e objetivos de cuidado, e designar um representante para tomada de decisão em tempo real de forma conjunta com a equipe médica caso o paciente se torne incapaz para fazê-lo (DETERING et al., 2010; FAGERLIN; SCHNEIDER, 2004; GILLICK, 2010; LO; STEINBROOK, 2004; PERKINS, 2007; SABATINO, 2010; SUDORE; FRIED, 2010; WOOD; ARNOLD, 2012b) a tomada de decisão de forma.

Tal processo de discussão foi denominado de Planejamento Antecipatório de Cuidados (PAC). Embora o foco principal desse tipo de planejamento se constitua no processo de diálogo longitudinal estabelecido entre pacientes, profissionais de saúde e familiares / representantes, tais discussões devem ser documentadas em prontuário médico, na forma de uma DA e/ou ainda de outros modos como será descrito na próxima seção. Isso significa que embora as DA permaneçam como um importante instrumento para a tomada compartilhada de decisão

a Diversos são os argumentos que contribuíram para que uma pequena proporção dos norte-americanos concluíssem um testamento vital: 1) muitos pacientes e médicos hesitam em tocar nesse assunto; 2) muitos pacientes acreditam que se trata de algo restrito a pessoas muito idosas ou gravemente enfermas; 3) diversos pacientes acreditam que um testamento vital não influenciaria seus tratamentos de saúde; 4) uma parcela significativa de pacientes preferiria delegar as decisões sobre seus cuidados a seus entes queridos; 5) para um certo contingente de pacientes um testamento vital não é compatível com suas tradições culturais (FAGERLIN; SCHNEIDER, 2004).

sobre cuidados no fim da vida, elas devem ser vistas como apenas um dos elementos que devem ser levados em consideração quando tais decisões se fazem necessárias (CASTILLO et al., 2011; SUDORE; FRIED, 2010). Essa mudança de foco permitiu que o PAC demonstrasse maior frequência de respeito às preferências de cuidados dos indivíduos no fim da vida, uma redução no sofrimento de familiares, melhor qualidade de vida de pacientes próximos ao fim da vida e melhor recuperação de seus entes queridos durante o luto (DETERING et al., 2010; HAMMES; ROONEY; GUNDRUM, 2010; WOOD; ARNOLD, 2012c; WRIGHT et al., 2008).

1.4 POLST – Physician Orders for Life Sustaining Treatment

Em 1991 o Centro de Ética da Universidade de Saúde e Ciência de Oregon (EUA), a partir do reconhecimento de que as preferências de cuidados dos pacientes quanto a tratamentos prolongadores da vida não eram honradas de forma consistente a despeito da existência de DA, reuniu representantes de organizações de saúde chave em uma força tarefa para desenvolver um formulário de ordens médicas baseadas nos valores e desejos dos pacientes quanto a procedimentos prolongadores da vida (NATIONAL POLST PARADIGM TASK FORCE, [s.d.]). Em 1995 esse formulário passou a ser utilizado no estado do Oregon sob o nome de Physician Orders for Life Sustaining Treatment / POLST. O formulário POLST representa um dos componentes centrais do “Paradigma POLST”. Esse paradigma corresponde a um processo clínico de facilitação da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes portadores de doenças graves ou saúde frágil (ou seus representantes) quando o profissional não se surpreenderia se o paciente falecesse dentro um ano. Esse processo objetiva traduzir os valores e preferências de cuidados atuais desses pacientes (i.e. com base no seu estado de saúde corrente) em um conjunto de ordens médicas sobre tratamentos prolongadores da vida. Tais ordens médicas são documentadas em um formulário que deve acompanhar o paciente através de seu trânsito entre diferentes cenários de cuidados (ex. hospital, domicílio e instituições de longa permanência).

Para facilitar acesso ao POLST em meio a outros documentos, o formulário é impresso em papel de cores vibrantes. Uma cópia fica com o paciente e a outra é anexada ao seu prontuário. No formulário POLST as ordens médicas estão dispostas em três seções: A, B e C. A seção “A”, refere-se a ordens de realização ou não de Ressuscitação Cárdio Pulmonar (RCP) e obviamente aplica-se apenas a pacientes em parada cardiorrespiratória.

A seção “B” contém ordens sobre a uma variedade de intervenções médicas prolongadoras da vida que não incluem a realização de RCP mas envolvem desde hidratação artificial e uso de antibióticos até intubação traqueal e ventilação mecânica em UTI. Esta seção possui três opções básicas e um campo aberto para observações e instruções adicionais. A primeira opção é denominada de “Somente Medidas de Conforto”, onde os tratamentos são direcionados exclusivamente para alívio de sintomas, por exemplo, tratamento da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, mudança de decúbito no leito, cuidado com feridas, aspiração de vias aéreas, e uso de oxigênio. A segunda opção, “Tratamento Limitado”, contempla as medidas voltadas ao conforto descritas na opção “Somente Medidas de Conforto”, porém acrescidas do uso de antibióticos, hidratação endovenosa em acesso periférico ou central, monitoramento cardíaco e mesmo modalidades de ventilação mecânica não invasiva. A terceira opção corresponde a “Tratamento Invasivo Completo” e prevê além dos tratamentos descritos nas duas opções anteriores, todas as medidas de suporte de vida necessárias, tais como intubação traqueal, ventilação mecânica e tratamento em UTI se houver indicação.

A seção “C” contém ordens médicas sobre “Nutrição por via artificial”. Nessa seção existem três opções e um campo aberto destinado a instruções adicionais ou observações. As opções contidas nessa seção são: nutrição artificial por sonda (ex. nasoenteral ou gastrostomia) a longo prazo, a utilização de alimentação artificial por sonda por um período de teste e, por fim, não utilizar sonda de alimentação artificial sequer por um período de teste.

As demais seções contidas na folha de rosto do formulário referem-se à identificação do paciente e do profissional de saúde responsável pelo preenchimento do formulário. Adicionalmente há um campo destinado à especificação da pessoa com quem foi realizado o processo de discussão de preferências de cuidado (o próprio paciente ou seu representante). O verso do formulário é composto majoritariamente por orientações para profissionais de saúde acerca do formulário POLST e do seu preenchimento. No Anexo 1 disponibilizamos o formulário POLST em uso no Oregon e, no Anexo 2 o POLST em uso no estado da Califórnia, utilizados como instrumentos “fonte” neste estudo, conforme detalhado na seção de resultados mais à frente.

Desde sua criação, o POLST tem se difundido pelos EUA. Em junho de 2014 dos 50 estados americanos, 43 deles possuíam um programa POLST em desenvolvimento ou já efetivado (HICKMAN; KEEVERN; HAMMES, 2015b). Dependendo do estado, o POLST pode ser referido como Medical

Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST), Medical Orders for Scope of Treatment (MOST), and Physician Orders for Scope of Treatment (POST) (BOMBA, et al., 2012). Cabe ressaltar que cada um dos estados norte-americanos que implantou o POLST até os dias atuais possui um formulário próprio, o qual, todavia respeita os princípios de composição e organização estabelecidos pela National POLST Paradigm Task Force (NPPTF). Adicionalmente os formulários são submetidos a um processo de revisão e atualização periódico de acordo com o feedback dos profissionais de saúde que o utilizam em seu dia a dia e dos resultados obtidos em pesquisas.

Em 2009 foi criado no estado do Oregon um registro eletrônico do POLST para acesso eletrônico de modo a possibilitar que naquele estado os profissionais de saúde tenham acesso imediato às ordens médicas documentadas através de um formulário POLST para pacientes que chegam aos hospitais em situação de urgência ou que sejam atendidos pelos serviços de emergência pré-hospitalar (FROMME et al., 2012).

O POLST é considerado marco importante na história do planejamento de cuidados no fim da vida e há evidências crescentes de estudos observacionais demonstrando tanto a eficácia da estratégia de documentação de preferências de cuidado no fim da vida através do POLST como sua superioridade quando comparada a estratégias tradicionais no que tange à probabilidade de honrar tais preferências (FROMME; GUTHRIE; GRUEBER, 2011; HICKMAN et al., 2010; HICKMAN; KEEVERN; HAMMES, 2015b).

Recente revisão sistemática realizada para avaliar o impacto do uso do POLST desde sua criação até o ano de 2014 incluiu 23 estudos, 12 dos quais foram conduzidos no estado do Oregon (HICKMAN; KEEVERN; HAMMES, 2015b). Os autores dessa revisão concluíram que o POLST exerce influência positiva nos cuidados de saúde no fim da vida contribuindo para que tais cuidados sejam consistentes com as preferências de cuidados de pacientes e/ou seus representantes.

Estudos que avaliaram a percepção de profissionais de saúde sobre o POLST observaram que a maioria concorda que este instrumento melhora a comunicação e facilita o início de conversas com pacientes e/ou familiares sobre preferências de cuidados (CAPRIO; ROLLINS; ROBERTS, 2012; HICKMAN et al., 2004). Outro aspecto relevante observado corresponde ao efeito positivo que o formulário exercia na comunicação entre hospitais e instituições de longa permanência a respeito dos cuidados de pacientes que transitavam entre esses cenários de atenção.

Estudo recente que comparou a presença de uma diretiva antecipada de vontade ou de um formulário POLST com idosos residentes na comunidade observou que a presença do formulário POLST resultou em chance quatro vezes superior de os indivíduos falecerem fora do hospital do que quando apenas uma diretiva antecipada de vontade estava presente (PEDRAZA et al., 2015).

Outro estudo, conduzido em instituições de longa permanência de idosos, analisou o grau de concordância entre as ordens médicas contidas em formulários POLST com os cuidados efetivamente prestados aos pacientes no fim da vida (HICKMAN et al., 2011). Esse estudo observou concordância geral de 94% entre as ordens médicas documentadas no formulário POLST e os cuidados efetivamente prestados aos pacientes no fim de suas vidas.

Cabe no entanto ressaltar que a despeito da grande aceitação do POLST como uma grande contribuição no campo do Planejamento Antecipado de Cuidados, que até o momento inexistem ensaios clínicos randomizados examinando seu uso (HALPERN, 2015; MOORE; RUBIN; HALPERN, 2016).

1.5 Momento histórico no Brasil

As últimas décadas presenciaram importantes avanços no campo dos cuidados no fim da vida e do respeito à autonomia dos pacientes no Brasil. Em 1999 foi promulgada no estado de São Paulo a lei 10241, mais conhecida como lei Covas, a qual regulamentava os direitos dos usuários dos serviços de saúde no estado e lhes garantia o direito de consentir ou recusar procedimentos médicos. Em 2006 o Conselho Federal de Medicina publicou a resolução 1805 que permite ao médico suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doentes portadores de doenças incuráveis, mas que garante também cuidados necessários para aliviar sintomas e sofrimento, respeitando o desejo do paciente ou de seu representante no âmbito da prática médica (BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Em 2009 o CFM publicou o novo código de ética médica (BRASIL, RESOLUÇÃO, 2009) que trouxe consigo grandes avanços no sentido do respeito à autonomia dos pacientes quanto às decisões relacionadas a seus cuidados de saúde e além de estabelecer como dever do médico a provisão de cuidados paliativos a pacientes no fim da vida. Em 2012 foi publicada a resolução 1995 pelo CFM que regulamentava as DA no contexto da prática médica no país (BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Apesar desses avanços a maior parte dos profissionais e instituições de saúde ainda não introduziram na sua prática médica

discussão sobre preferências de cuidados no fim da vida junto a pacientes com prognóstico reservado. De fato, em 2010 importante relatório avaliou a qualidade da morte no mundo e comparou o ambiente de cuidados no final da vida, a disponibilidade de cuidados especializados para o fim da vida, os custos envolvidos e a qualidade do cuidado em 40 países (“Quality of death”, 2010). O Brasil foi avaliado como um dos piores locais para se morrer, à frente apenas de Índia e Uganda. Após cinco anos 80 países foram submetidos as mesmas avaliações e o Brasil mantém-se muito aquém de oferecer qualidade nos cuidados em final de vida (Quality of Death Index, 2015).

Nesse sentido a adaptação transcultural de um instrumento reconhecido internacionalmente como o POLST pela sua importância na viabilização e documentação de discussões sobre preferências de cuidados no fim da vida torna-se extremamente oportuna e relevante para o contexto brasileiro, com implicações importantes para o SUS, para a prática médica e para o cuidado dos pacientes em nosso país

2 Objetivo Primário

Realizar a Adaptação Transcultural (ATC) do formulário POLST para a língua portuguesa falada no Brasil.

3. Metodologia

3.1 Delimitação do Estudo

Trata-se de um estudo observacional seguindo metodologia de ATC de instrumentos de pesquisa oriundos de outros idiomas e contextos culturais.

3.2 Descrição do processo de ATC de acordo com as recomendações da força tarefa ISPOR.

O processo de ATC do formulário POLST foi embasado no referencial dos princípios de boas práticas para a tradução e ATC de instrumentos de pesquisa de mensuração de desfechos relatados pelo paciente, desenvolvidos pela força tarefa da International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) (WILD et al., 2005). São descritas a seguir as etapas que constituíram o processo de ATC utilizado neste estudo.

3.2.1 Etapa 1 - Preparação

Foi realizado contato com o NPPTF nos EUA e obteve-se autorização para a realização da ATC do formulário POLST para o Brasil. Nessa etapa ainda foram definidos os formulários POLST fonte que seriam utilizados para o processo de ATC. Além foi expandida a revisão da literatura sobre o POLST e a temática do Planejamento Antecipatório de Cuidados.

3.2.2 Etapa 2 - Tradução direta

Três traduções diretas e independentes foram realizadas por tradutores fluentes no idioma fonte, no caso o inglês, nativos e residentes no país do idioma alvo (Brasil). Dois tradutores possuíam formação médica (um especialista em Geriatria e uma especialista em Medicina Paliativa) e eram familiarizados com os conceitos do instrumento. A terceira tradutora foi uma professora de inglês, leiga na área médica.

3.2.3 Etapa 3 - Reconciliação

Um painel comparou o instrumento fonte com as três traduções diretas entre si e chegou a uma versão síntese. Este painel foi constituído por dois especialistas em Medicina Paliativa, três especialistas em Geriatria, dois especialistas em Clínica Médica, três estudantes de medicina e um leigo, representando pacientes e familiares de pacientes. Cada membro desse painel recebeu uma planilha contendo a versão original do formulário, as três traduções diretas e uma coluna para observações e comentários.

Solicitou-se a cada membro do painel que classificasse cada um dos itens contidos nas três traduções diretas como adequado e inadequado, bem como que assinalasse dentre as traduções que lhe pareciam adequadas qual a versão de escolha para cada item. Adicionalmente, cada um dos membros do painel tinha a liberdade de sugerir uma nova versão para cada item seja integrando diferentes aspectos das traduções diretas disponíveis, seja propondo novas alternativas de tradução / adaptação. Com base no preenchimento dessa planilha por cada um dos membros do painel foi realizada uma reunião de reconciliação onde por consenso produziu-se a versão reconciliada do formulário POLST.

3.2.4 Etapa 4 - Tradução reversa

A versão síntese obtida no processo de reconciliação foi submetida a duas traduções reversas de forma independente. Foram contratados dois tradutores profissionais nativos dos EUA, fluentes no idioma alvo, residentes no Brasil e sem conhecimento da versão original do POLST em inglês. Uma das traduções reversas almejou uma tradução mais literal enquanto a outra tradução reversa objetivou uma versão mais semelhante em termos conceituais e conotativos do que literais da versão síntese em português. É importante notar os tradutores foram esclarecidos de que em hipótese alguma poderiam ter contato com a versão original do formulário e que foram omitidos da versão enviada para os tradutores elementos que facilitariam a identificação da versão fonte pela internet. Por exemplo, o termo "POLST" foi excluído do texto enviado aos tradutores.

3.2.5 Etapa 5 - Revisão da Tradução Reversa

Ambas as traduções reversas foram comparadas com o formulário POLST original em inglês, tanto pelos coordenadores da pesquisa como por uma representante do Comitê Nacional do POLST nos EUA.

3.2.6 Etapa 6 - Teste Piloto

Nesta etapa o protocolo da pesquisa previa a aplicação do formulário POLST nos moldes de um treinamento individual para grupos de 10 médicos e no formato de uma conversa de discussão de objetivos de cuidado no fim da vida individualmente para grupos de 10 pacientes até que se obtivesse concordância de compreensão de 90% entre os participantes. Após a aplicação do formulário na forma de treinamento a 10 médicos, foram realizadas modificações na versão síntese obtida após a reunião de reconciliação de modo a chegar a uma nova versão a qual foi aplicada a outro grupo de 10 médicos. Em seguida a mesma versão foi aplicada a 10 pacientes que preencheram os critérios inclusão.

A seleção de médicos a serem convidados para participar da pesquisa se deu por conveniência de acesso dos pesquisadores, que buscaram abranger diversas especialidades médicas. Foi adotado como critério de elegibilidade para os médicos que participariam dessa etapa, apenas o fato de prestarem atendimento durante sua prática médica rotineira atual a pacientes adultos no fim da vida ou que fossem portadores de doenças ameaçadoras da vida. Após a assinatura do TCLE e do fornecimento de uma cópia dos mesmos aos médicos procedia-se a um treinamento individual sobre a aplicação do POLST conjuntamente com a apresentação do formulário. Ao fim do treinamento sobre a aplicação do POLST cada médico era perguntado sobre aspectos do formulário que lhe suscitavam dúvidas e que deveriam ser clarificados. Finalmente foram colhidos os seguintes dados sócio demográficos dos sujeitos de pesquisa: especialidade médica, sexo e ano de formatura.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão de pacientes:

1. Idade igual ou superior a 21 anos,
2. Encontrarem-se internados nas enfermarias de Geriatria ou de Clínica Médica de Hospital Universitário.

3. O pesquisador deveria obter uma resposta negativa de ao menos um dos médicos responsáveis pelos cuidados do paciente à seguinte pergunta: “Você ficaria surpreso se este (a) paciente vir a falecer no intervalo de um ano? ”
4. Concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O único critério de exclusão para participação nessa etapa da pesquisa correspondia à demonstração de ausência tanto de capacidade de decisão por parte do paciente como de seu representante.

Quando um paciente potencialmente elegível à participação no presente estudo apresentava condição clínica ou psiquiátrica que o impedia de comunicar-se de forma coerente, a oportunidade de participar do presente estudo era oferecida a um ou mais familiares do paciente. O julgamento sobre a capacidade de comunicação do paciente era obtido inicialmente pelo relato do médico responsável pelo paciente e posteriormente pela avaliação do entrevistador da pesquisa acerca da capacidade de decisão do paciente. Durante a aplicação do POLST o entrevistador confirmava a presença dos quatro elementos necessários ao julgamento sobre a capacidade de decisão, a saber: 1) conseguir comunicar suas escolhas; 2) demonstrar compreender as informações relevantes sobre seu estado de saúde, opções de tratamento com suas vantagens e desvantagens associadas; 3) indicar compreender as consequências das escolhas associadas com as diferentes opções de tratamento; e 4) esclarecer os motivos e valores que fundamentam sua decisão (APPELBAUM, 2007).

Definiu-se como representante do paciente para a finalidade dessa etapa da pesquisa parentes ou companheiro (a) ou acompanhantes que julgassem conhecer o paciente o suficiente para poder inferir suas escolhas quanto a tratamentos prolongadores da vida.

A avaliação do grau de funcionalidade do indivíduo em exercer o autocuidado e suas atividades diárias foi realizada pela Escala de Performance de Karnofsky (Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (PÉUS; NEWCOMB; HOFER, 2013). O KPS foi desenvolvido nos anos 40 por dois médicos americanos, David Karnofsky e Joseph Burchenal, como uma tentativa de aferir o lado “mais subjetivo” do resultado do tratamento do câncer. A escala pontua de 0 a 100, quanto maior o valor significa que o paciente pode realizar melhor as atividades diárias e o valor zero indica a morte. O formulário de coleta de dados clínicos e sócio demográficos dos pacientes encontra-se no ANEXO 3.

A entrevista com pacientes ou seus representantes no teste piloto foi realizada com base no script de “conversa do POLST” publicado pela força tarefa do POLST do estado da Califórnia. Esse script encontra-se no ANEXO 4. Deve-se notar que esse script não foi objeto de ATC uma vez que corresponde a um material educacional de apoio à aplicação do POLST, porém distinto do formulário em si.

As entrevistas com os pacientes ou seus representantes foram realizadas pela pesquisadora principal e por três alunas de graduação em medicina cursando 4º, 5º e 6º anos. Ao final das entrevistas as pesquisadoras anotavam se haviam surgido dúvidas em relação ao texto do formulário durante sua aplicação aos sujeitos da pesquisa.

3.2.7 Etapa 7 - Reapresentação ao Comitê Nacional do POLST nos EUA

Nessa etapa foi realizada uma reunião presencial durante o Congresso da American Geriatrics Society de 2015 com uma representante do Comitê Nacional do POLST nos EUA para discussão de aspectos relacionados ao processo de ATC. Esta representante apontou a necessidade de implementação de alterações no verso do formulário em adaptação de forma a distinguir claramente o POLST das diretivas antecipadas de vontade. Além disso essa representante sugeriu que o formulário fosse revisado por um especialista em direito no Brasil. Na sequência foram realizadas as alterações indicadas e submetemos o instrumento ao escrutínio de uma advogada especialista em diretivas antecipadas de vontade e a dois especialistas em bioética. A versão obtida após esse processo foi então submetida a uma tradução reversa e foi apresentada através de web conferencia a um conjunto de membros do Comitê Nacional do POLST nos EUA. Durante essa conferência os representantes daquele comitê fizeram algumas novas sugestões, as quais também foram incorporadas ao formulário em adaptação.

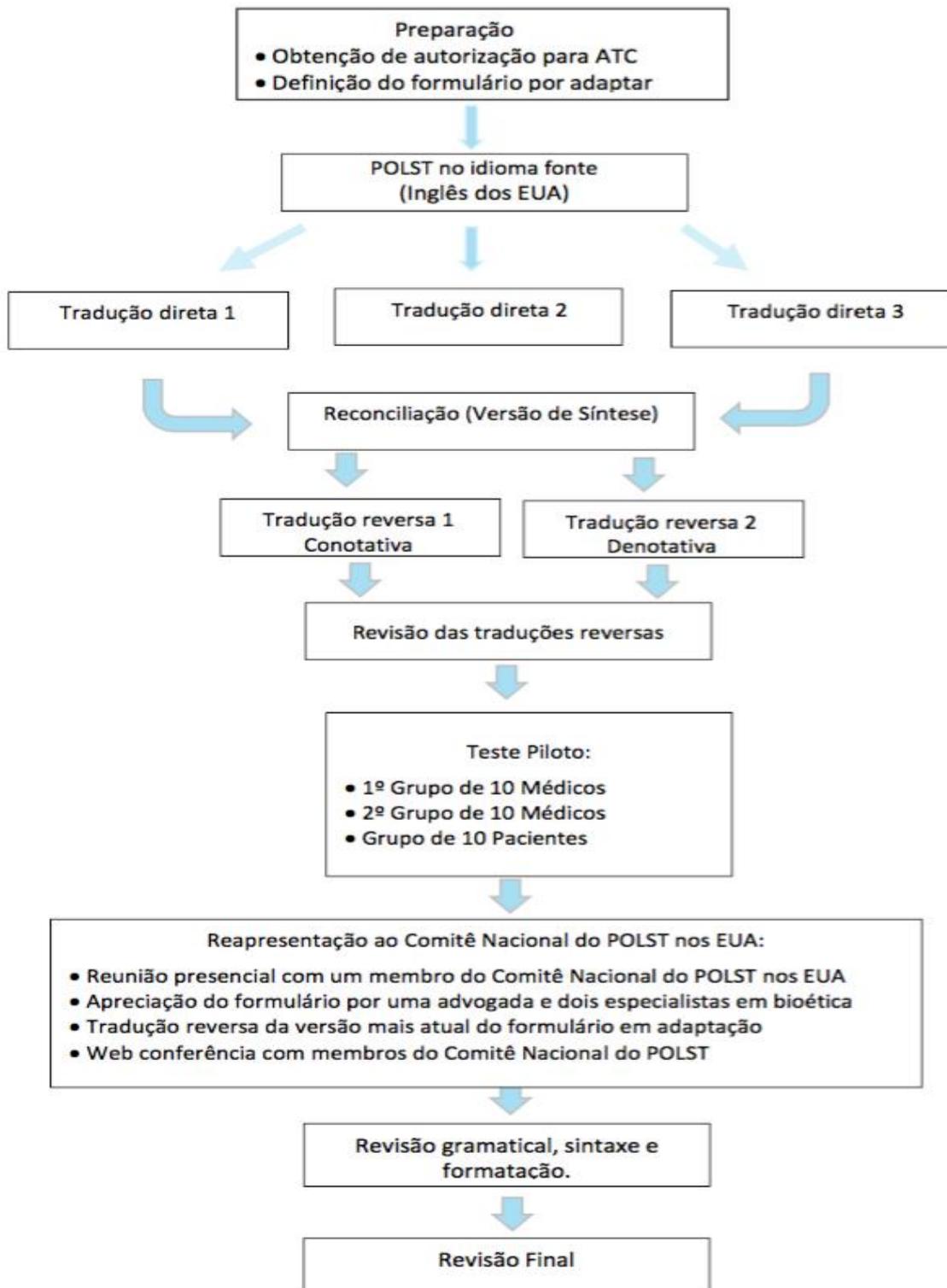
3.2.8 Etapa 8 - Revisão de formatação, gramática e sintaxe

Finalmente uma revisão minuciosa da qualidade gramatical do instrumento e de formatação foi realizada e, assim obtivemos a versão final.

3.2.9 Etapa 9 - Relatório Final

O relatório final corresponde ao detalhamento do processo de ATC destacando os resultados das diferentes etapas desse processo. Este relatório se dá sob a forma dos resultados da presente dissertação de mestrado. A Figura 1 abaixo esquematiza o processo de ATC descrito acima.

Figura 1. Fluxograma do processo de ATC



Cabe ainda notar que em relação às recomendações originais da ISPOR estas incluíam como 6º passo a “harmonização”, a qual corresponde ao processo de comparação de versões do instrumento em adaptação entre diferentes idiomas para os quais o instrumento tenha sido adaptado simultaneamente. Este passo foi excluído uma vez que ele não se aplicava ao presente estudo. Do mesmo modo optou-se por fundir o passo denominado pela ISPOR de “cognitive debriefing” e “review of cognitive debriefing” em uma única etapa denominada de “teste piloto”.

Esta decisão se deveu ao fato de ter sido desenhado um processo de teste piloto mais rigoroso, no qual estabelecemos que o formulário seria aplicado repetidamente a grupos de 10 indivíduos até que alcançássemos um grau de compreensão de 90% por parte dos sujeitos de pesquisa. Por isso a própria etapa de aplicação do teste piloto já envolvia a realização de modificações na última versão do formulário e reaplicação do mesmo a um novo grupo de sujeitos de pesquisa.

Finalmente, optou-se por adicionar um novo passo ao processo de ATC para além daqueles propostos pela ISPOR e apresentar a última versão obtida durante o teste piloto ao Comitê Nacional do POLST antes de realizarmos a revisão de formatação final do instrumento. Este passo mostrou-se bastante relevante ao processo de ATC conforme descrito na seção de resultados.

4.Ética em Pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Medicina de Botucatu da UNESP sob processo nº FMB-PC-211-2012. Os dois TCLE utilizados para os sujeitos da pesquisa, pacientes e médicos, da etapa de teste piloto encontram-se nos ANEXOS 5 e 6, respectivamente.

5.Resultados

5.1 Etapa de Preparação

Após revisão da literatura a respeito do paradigma POLST evidenciou-se a relevância do formulário POLST como um instrumento para discussão e documentação sobre tratamentos no final da vida. Obteve-se autorização junto à NPPTF nos EUA para realizar a ATC do formulário POLST para o contexto brasileiro. Ainda nessa etapa, este comitê foi convidado envolver-se com a pesquisa em suas etapas futuras.

O primeiro desafio do projeto envolveu definir qual formulário POLST utilizaríamos para a ATC dentre todos aqueles existentes nos diferentes estados norte-americanos. Inicialmente um grupo de pesquisadores examinou todos os formulários disponíveis no website do POLST e realizou recortes de seções de diferentes instrumentos com o objetivo de compor uma versão que congregasse aquilo que lhes parecia mais adequado para a futura adaptação do formulário para o Brasil. Esta primeira tentativa de instrumento fonte de “Polst Patchwork” pois consistia de uma colcha de retalhos de diferentes instrumentos. Todavia ao discutir essa proposta inicial com uma representante da NPPTF obtivemos esclarecimentos sobre os motivos das atualizações dos diversos formulários em uso e recebemos a sugestão de utilizar uma das versões mais atuais dos instrumentos disponíveis nos EUA naquele momento: as versões de 2014 do POLST do Oregon e da Califórnia.

Optou-se pelo uso do formulário de 2014 do Oregon como fonte básica para a ATC em função da ordenação e do conteúdo das opções de tratamento na seção B do formulário bem como das características da seção D para documentação dos indivíduos envolvidos durante a discussão de objetivos de cuidados. No entanto, como grande parte das orientações contidas no verso do formulário do Oregon de 2014 era voltada para questões muito específicas daquele estado – relativas ao registro eletrônico do POLST no Oregon – optou-se por substituir tal seção pelas orientações sobre o preenchimento do formulário contidas no formulário do estado da Califórnia, também em sua última versão de 2014. As versões originais dos formulários do ano de 2014 do Oregon e da Califórnia encontram-se nos **ANEXOS 1 e 2**, respectivamente.

5.2 Etapas de Tradução Direta, Reconciliação e Tradução Reversa

O ANEXO 7 apresenta lado a lado a versão fonte do POLST em inglês, as três traduções diretas para o português e a versão síntese alcançada durante a reunião de reconciliação. Cada item do formulário original foi separado e numerado na primeira coluna com a finalidade de facilitar a análise e discussão junto à equipe envolvida na etapa de reconciliação.

O ANEXO 8 mostra a versão síntese obtida após a reunião de reconciliação das traduções diretas.

O ANEXO 9 exhibe a versão original em inglês, a versão síntese reconciliada para o português brasileiro e as duas traduções reversas da versão síntese para o inglês seguindo a mesma disposição descrita no parágrafo anterior. Essas traduções foram examinadas por três membros da coordenação do projeto de pesquisa do POLST no Brasil, bem como por uma representante do Comitê Nacional do POLST nos EUA.

Após a análise das traduções reversas foram realizadas as seguintes alterações no formulário:

1) Foi retirado do cabeçalho o texto: “É PERMITIDO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO POR OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONFORME NECESSÁRIO” por se tratar de exigência específica da legislação norte-americana (Health Insurance Portability and Accountability Act).

2) O termo “Instruções Médicas” do título do formulário foi alterado para “Ordens Médicas” para melhor expressar a intenção prescritiva do formulário original na versão fonte. Além disso, alterou-se a sigla “IMSV” para “POLST Brasil” por ser uma sigla que remete ao instrumento original.

3) A terceira opção da seção D foi excluída (“Substituto definido pela política da Instituição ou substituto para o paciente com deficiência de desenvolvimento ou doença mental grave”), porque no contexto brasileiro da área da saúde não é comum a distinção entre os termos “representante” e “substituto” como ocorre nos EUA.

4) O termo “Substituto” foi alterado para “Representante” na seção E.

5) No verso, o subtítulo “Usando este formulário” foi modificado para “Como utilizar este formulário” por corresponder melhor ao intuito da versão original, que era o de prestar esclarecimentos sobre o uso do formulário. Ainda no verso substituímos

o subtítulo “Revisando este formulário” para “Revisão deste formulário” por questões meramente estéticas.

Os formulários da versão obtida após a análise das traduções reversas para o inglês encontram-se no **ANEXO 10**.

5.3 Etapa Piloto

5.3.1 Etapa Piloto Primeiro grupo de 10 médicos

O primeiro grupo de 10 médicos que participou da etapa de teste piloto do formulário POLST envolveu profissionais das seguintes áreas: um nefrologista, um oncologista, dois especialistas em medicina intensiva, dois especialistas em cuidados paliativos, um hematologista, um gastroenterologista e dois clínicos gerais. Seis desses profissionais eram mulheres. A média de tempo de formado desse grupo de médicos foi de 20 anos. O conteúdo dos questionamentos que surgiram durante a apresentação do formulário POLST a esse primeiro grupo de 10 médicos bem como seus desdobramentos em termos de alterações na versão do formulário foram descritas no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1- Questionamentos e sugestões sobre o formulário POLST do primeiro grupo de 10 médicos envolvidos na Etapa Piloto

Médicos	Questionamentos dos médicos sobre o formulário POLST e sua aplicação	Desdobramentos dos questionamentos dos médicos
1	<p>a) Achou que faltava clareza sobre o significado dos termos "posicionamento" e "tratamento manual para obstrução de vias aéreas" no primeiro item da seção B;</p> <p>b) Achou o uso do termo "gastrostomia" confuso na seção C por gerar dúvida sobre os tipos de sondas referidas nessa seção;</p> <p>c) Achou confusa a distinção entre o POLST e as Diretivas Antecipadas de Vontade;</p> <p>d) Comentou que lhe parece relevante incluir a possibilidade de acesso venoso central no item "tratamento limitado" da seção B</p>	<p>a) O termo "posicionamento" do item "Somente medidas de conforto" da seção A, foi substituído para "posicionamento no leito, mudança de decúbito" por expressar de forma mais clara os cuidados pretendidos com o termo original "<i>positioning</i>". No mesmo item dessa seção acrescentou-se trecho em parênteses para esclarecer melhor o significado de "tratamento manual para obstrução de vias aéreas". O novo trecho entre parênteses diz "(ex. posicionamento adequado da cabeça e remoção de secreções orais)".</p> <p>b) Na seção C o trecho que dizia " (inclui gastrostomia) " foi substituído por "(ex. sonda nasoenteral e gastrostomia) " para deixar mais claro que as opções de alimentação por sonda incluem tanto as sondas nasais (nasoenteral e nasogástrica) quanto a gastrostomia. Reconhecemos que o termo "<i>tube feeding</i>" em inglês compreende ambos os tipos de intervenções.</p> <p>c) No primeiro tópico do verso a frase: "Por isso uma Diretiva Antecipada de vontade é recomendada a todos os adultos capazes.....", foi alterada para: "Por isso um documento mais abrangente contendo Diretivas Antecipadas de vontade é recomendado a todos os adultos capazes.....". Essa alteração pretendeu ajudar a distinguir o POLST das DA ainda que uma explicação mais detalhada a esse respeito ultrapasse os limites do formulário.</p> <p>d) No item "Tratamento Limitado" da seção B, inserimos o trecho "em acesso venoso periférico ou central" para não deixar dúvidas sobre as vias possíveis de acesso venoso dentro dessa opção.</p>
2	Sem questionamentos	
3	<p>a) O uso do termo gastrostomia dentro da seção C lhe pareceu confuso;</p> <p>b) Achou que o termo "Transferir" na seção B não corresponde a um termo comumente utilizado no contexto brasileiro.</p> <p>c) Achou que a linguagem da primeira seção do verso seria de difícil compreensão para pacientes com nível de instrução muito baixo.</p>	<p>a) Vide item b dos desdobramentos dos questionamentos do médico 1.</p> <p>b) Na seção B e substituiu-se o termo "transferir" por "encaminhar" por corresponder melhor à forma verbal e escrita utilizada no Brasil.</p> <p>c) Não foram feitas alterações no formulário e foi explicado ao médico que, apesar de o paciente receber uma cópia do POLST, o mesmo faz parte da documentação do prontuário médico e é destinado sobretudo a outros profissionais de saúde que podem vir a encontrar o paciente inconsciente e sem capacidade de tomada de decisão. Por ser um documento médico explicou-se que caso o formulário fosse escrito com linguagem leigo o mesmo talvez pudesse perder em termos de sua aceitação por outros profissionais de saúde. Também foi esclarecido que é papel do médico que aplicar o instrumento explicar tudo com linguagem compreensível ao paciente e se assegurar de sua compreensão.</p>
4	Sem questionamentos	
5	<p>a) Questionou o uso de termos médicos (ex. gastrostomia) que podem ser de difícil compreensão para o leigo.</p> <p>b) Questionou sobre a eventualidade do paciente que aceitaria reanimação cardiopulmonar, mas não aceitaria intubação.</p>	<p>a) Vide item c dos desdobramentos dos questionamentos do médico 3.</p> <p>b) Foi explicado ao médico que a opção por RCP no item A não é consistente com uma opção no item B que não envolva a intubação traqueal porque grande parte dos pacientes submetidos a RCP requerem ventilação mecânica invasiva e que a operacionalização de um alternativa de RCP sem a possibilidade de intubação traqueal geraria dúvidas e confusão para muitos profissionais de saúde, o que diminuiria a utilidade do formulário. Ainda foi explicado que um paciente que desejasse RCP no Item A sem intubação no item B provavelmente não teria compreendido</p>

		adequadamente as opções terapêuticas de tratamentos prolongadores da vida e suas implicações.
6	a) Questionou sobre a explicação dada pelo médico na seção C para familiares de portadores de síndromes demenciais em fase avançada.	a) Foi esclarecido que a explicação do médico deve ser consistente com o quadro clínico do paciente e nesse caso deve incorporar as evidências de que, em pacientes portadores de síndromes demenciais avançadas, a nutrição artificial por sonda ou gastrostomia quando comparada à nutrição de conforto não demonstrou aumentar a sobrevida dos pacientes ou melhorar sua qualidade de vida, mas que pelo contrário demonstrou uma maior frequência de algumas complicações como úlceras de pressão, necessidade de restrição mecânica no leito e de visitas a serviços de urgência para reposicionamento de sondas ou gastrostomias que houvessem se deslocado.
7	a) Criticou o tamanho da fonte do texto, que lhe pareceu muito pequeno. Do mesmo modo criticou o tamanho do espaço para anotação dos dados do representante do paciente e do médico no verso. b) Questionou a aplicabilidade do formulário no contexto de pacientes brasileiros e manifestou não se sentir confortável para incorporar tal rotina com seus pacientes.	a) Explicamos que a versão apresentada naquele momento seria formatada futuramente para facilitar a legibilidade do texto da melhor forma possível. b) Reconhecemos que a prática de discussão de preferências de cuidados no fim da vida ainda não foi incorporada na rotina de grande parte dos médicos mas que entendemos que esta tem sido uma demanda progressiva tanto de pacientes como dos profissionais de saúde.
8	Sem Questionamentos	
9	a) Questionou a legalidade desse tipo de discussão com pacientes bem como do formulário; b) Questionou sobre a diferença entre o POLST e diretivas antecipadas de vontade.	a) No tópico "Preenchendo esse formulário" foi inserido o trecho a seguir a fim de esclarecer um pouco mais sobre o teor da resolução 1995/2012 do CFM: "Esta resolução também determina que o médico registrará em prontuário as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe forem comunicadas pelo paciente". Ainda nesse tópico inserimos o seguinte trecho referente ao reconhecimento da constitucionalidade da resolução 1995/2012 pela justiça federal: "Esta resolução do Conselho Federal de Medicina foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/7100" . b) Vide item c dos desdobramentos dos questionamentos do médico 1.
10	a) Acredita que no item B deveria haver uma especificação sobre o uso de acesso venoso central e nutrição parenteral.	a) Vide item d dos desdobramentos dos questionamentos do médico 1. Além disso foi explicado que o formulário não pretende ser exaustivo, mas apenas captar os valores e as preferências de cuidado dos pacientes em algumas situações hipotéticas, mas dentro do seu estado de saúde atual, de forma a traduzi-las em um conjunto de ordens médicas capazes de contribuir para o cuidado do paciente quando decisões sobre terapias de suporte de vida precisarem ser tomadas e o paciente encontra-se incapaz de se comunicar.

Além das alterações efetuadas na versão do formulário com base nos comentários e questionamentos do primeiro grupo de médicos, envolvidos na etapa do teste piloto descritos no Quadro 1, a experiência de aplicação dessa etapa também revelou aos pesquisadores a necessidade de outras alterações no formulário, as quais são elencadas a seguir.

1. No verso do formulário, o termo “fragilidade” foi substituído pelo termo “saúde frágil” para diferenciar “fragilidade” da conotação específica que esse termo ganhou dentro da geriatria (síndrome geriátrica marcada por um fenótipo específico) a qual não nos pareceu clara para médicos de diversas especialidades. O significado pretendido no formulário original pareceu mais genérico aos pesquisadores que o do significado da síndrome de fragilidade no campo da geriatria. OBS: apesar de nenhum dos médicos ter realizado questionamento a esse respeito, foi durante a etapa piloto que os pesquisadores tomaram consciência desse detalhe.
2. No tópico “Preenchendo esse formulário” a palavra “vontades” foi substituída por “desejos” por questão meramente estética associada ao intuito de minimizar a repetição excessiva do termo “vontades” dentro da mesma seção. OBS: dentro do próprio texto da resolução 1995/2012 do CFM em seu artigo 1º consta que “... Diretivas Antecipadas de Vontade como o conjunto de desejos...” de modo que esses termos acabam sendo usados de forma equivalente e sua disposição no texto obedece mais a critérios estéticos que semânticos.
3. Durante a aplicação do piloto aos médicos nos ocorreu que havia alguns problemas com a questão da obrigatoriedade da assinatura do formulário por pacientes ou seus representantes. Um dos problemas dizia respeito à não exigência, por parte da resolução 1995/2012 do CFM, de que pacientes ou representantes destes assinem nos prontuários médicos onde suas DA foram documentadas. Da mesma forma a força tarefa do POLST nos EUA não adota essa obrigatoriedade, mas permite que cada estado lide com essa questão de acordo com sua legislação. Adicionalmente ainda há no Brasil de hoje uma grande população de pacientes analfabetos ou de baixa escolaridade – em especial entre os idosos – e exigir sua assinatura como forma de proporcionar validade ao documento poderia dificultar seu uso. Finalmente, durante toda ATC, fizemos a opção por utilizar uma linguagem típica dos profissionais de

saúde em contraposição aos leigos, por entendermos que o formulário POLST representa documentação médica (sobre as preferências de cuidados no fim da vida de pacientes) destinada a outros médicos e profissionais de saúde. Por isso o médico, durante sua conversa sobre preferências de cuidado com os pacientes, deve usar linguagem clara ao leigo, devendo, todavia, registrá-la conforme o padrão de linguagem utilizada nos prontuários médicos e sem o qual o POLST perderia força entre os profissionais. Portanto, acrescentamos a essa ao tópico do verso cujo título diz **“Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas”** o seguinte trecho “A assinatura do paciente ou de seu representante é recomendável, mas não é obrigatória (ex. paciente analfabeto) ”. Essa alteração se deu com base na percepção dos pesquisadores e não com base em um questionamento dos médicos que participaram da etapa piloto.

4. Ainda no verso, no item “Como utilizar este formulário”, na explicação sobre a seção B a frase “Antibióticos e hidratação IV geralmente não são “Somente Medidas de Conforto”” foi modificada para “Antibióticos e hidratação IV geralmente não fazem parte das medidas previstas em “Somente Medidas de Conforto” da sessão B” para maior clareza.

A versão obtida após a incorporação de todas as modificações no formulário, nesse primeiro momento do teste piloto encontra-se no Anexo 11.

5.3.2 Etapa Piloto – Segundo Grupo de 10 médicos

O segundo grupo de 10 médicos que participou da etapa de teste piloto do formulário POLST envolveu profissionais das seguintes áreas: um hematologista, um gastroenterologista, um nefrologista, um especialista em medicina paliativa, um especialista em medicina intensiva e cinco clínicos gerais. Desse total havia 4 mulheres e 6 homens. A média de tempo de formado desses profissionais foi de 15,8 anos.

Durante a aplicação da nova versão do formulário POLST ao segundo grupo de 10 médicos não houve necessidade de novas modificações no formulário, uma vez que houve consenso quanto à clareza do mesmo. Ainda assim, três médicos questionaram a existência

de amparo legal para um formulário como o POLST. Por outro lado, deve-se notar que um dos participantes se mostrou ansioso a começar a utilizar o formulário por entender que o mesmo contribuiria bastante para sua prática profissional de cuidados de pacientes no fim da vida.

5.3.3 Etapa Piloto – Pacientes

Após a aplicação do formulário POLST aos dois grupos de médicos descritos acima, procedeu-se à aplicação do mesmo a um grupo de 10 pacientes de forma individual. Dos 10 pacientes que participaram da etapa piloto 5 eram mulheres. A média de idade entre todos os pacientes foi de 73,4 anos. A média de anos de escolaridade dos pacientes foi de 4,7 anos, variando de 0 a 15 anos de escolaridade (mediana de 4 anos e intervalo interquartil de 2 a 4 anos). Uma paciente era analfabeta e 3 pacientes foram classificados como analfabetos funcionais por declararem ser capazes de assinar o próprio nome, entender as letras e ler palavras simples ou trechos curtos, porém incapazes de ler e entender textos como notícias de jornais ou revistas. Quanto à religião, 6 pacientes declararam-se como católicos, 3 como evangélicos e um como espírita. O valor mediano da escala KPS antes da internação foi de 70% e de 45% durante o momento da entrevista. Os pacientes possuíam em média 7 diagnósticos médicos documentados em prontuário. O motivo principal da internação envolveu insuficiência cardíaca descompensada em 4 pacientes, delirium em 2 pacientes, pneumonia em 2 pacientes, descompensação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em um paciente, e manejo de dor associada a metástase óssea em um paciente.

Três pacientes foram considerados como incapazes para tomada de decisão quanto a sua saúde e nesses casos 3 representantes forneceram as informações necessárias à participação na pesquisa. Todas as representantes eram filhas dos pacientes e suas idades variaram de 37 a 55 anos. Duas se declararam como católicas e uma como evangélica. A escolaridade dessas representantes variou de 3 a 15 anos.

Para as quatro pesquisadoras envolvidas durante a etapa do teste piloto a versão do formulário POLST utilizada foi clara e não requereu novas alterações.

5.4 Reapresentação ao Comitê Nacional do POLST nos EUA

5.4.1 Reunião com uma membra do Comitê Nacional do POLST

Foi realizada uma reunião presencial com uma membra da NPPTF nos EUA durante o congresso da American Geriatrics Society de 2015. Essa reunião tinha como objetivo apresentar o estado do andamento do processo de ATC e esclarecer questões quanto ao paradigma POLST bem como sobre como se dava a implantação do POLST em um estado nos EUA.

Um dos pontos em relação ao qual buscou-se uma avaliação crítica dizia respeito à seguinte afirmação contida no verso do formulário em adaptação: “Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade”. A membra da NPPTF explicitou a necessidade de diferenciar o POLST das DA pois este constitui um ponto central da caracterização original do POLST, sendo imprescindível mantê-lo como tal. De acordo com essa experiente membra da NPPTF não era obrigatória a presença de uma lei específica sobre o POLST e que sua legitimidade advém da forma como são regulamentadas as prescrições / ordens médicas e a questão da ortotanásia, uma vez que na sua essência o formulário constitui um conjunto de ordens médicas sobre tratamentos prolongadores da vida para pacientes com expectativa de vida reduzida.

É relevante notar ainda que a membra da NPPTF sugeriu a consulta a um especialista em direito no Brasil sobre o formulário em adaptação como uma forma de permitir que um profissional que partisse de um ponto de vista das normas legais no país examinasse o formulário em adaptação.

Em função dessa reunião procedemos às seguintes modificações no formulário em adaptação.

1. Na primeira sessão do verso substituímos o trecho “Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual...” por “As ordens médicas aqui representadas tem como objetivo traduzir seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual...”.
2. Adicionamos o trecho a seguir à seção do verso denominada “Preenchendo este formulário (POLST Brasil) ”: “A resolução 1805/2006** do CFM determina que “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 o desejo da pessoa ou de seu representante legal”. Na mesma seção foi inserida a seguinte nota de rodapé: “** A

resolução 1805/2006 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 2007.34.00.014809-3”. A inserção desses trechos teve como objetivo esclarecer o amparo ético-profissional existente para ordens médicas que limitassem medidas prolongadoras da vida e que poderiam ser registradas como ordens médicas no formulário POLST de pacientes cujos valores e preferências se mostrassem consistentes com tal perspectiva.

3. Ainda na mesma seção pontuada acima substituímos o trecho “Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente” por “O presente formulário tem como objetivo traduzir os valores e as preferências de cuidado dos pacientes no fim da vida em um conjunto de ordens médicas de forma a facilitar a prestação de cuidados consistentes com tais valores e preferências”.
4. Na seção seguinte modificamos a frase “Este formulário não substitui outras Diretivas Antecipadas de Vontade” para “Este formulário não substitui Diretivas Antecipadas de Vontade existentes”.

Além dessas alterações motivadas pelos comentários do membro da NPPTF realizamos as seguintes alterações pontuais no formulário em função de aspectos que ocorreram à equipe de pesquisa durante a revisão do formulário:

1. Na seção D da folha de rosto do formulário incluímos o seguinte trecho “A discussão que fundamentou as ordens médicas contidas neste formulário foi realizada com”: por entendermos que esse trecho traria maior clareza a essa seção.
2. No verso, quando da explicação sobre a seção B foram realizadas pequenas alterações de redação no ponto “Antibióticos e hidratação IV geralmente não fazem parte das medidas previstas em “Somente Medidas de Conforto” da sessão B” que passou ao seguinte formato “Antibióticos e hidratação endovenosa geralmente não fazem parte das medidas previstas no item “Somente Medidas de Conforto” da seção B”. Estas alterações objetivaram maior clareza para a frase e a correção de um erro de escrita.
3. Na Seção B, do verso, substituímos o trecho “Tratamento de desidratação prolonga vida” por “Tratamento de desidratação é uma

medida de prolongamento da vida”, por entendermos que a nova redação era mais clara.

5.4.2 Avaliação do formulário por uma advogada especialista em DA

Conforme sugerido pela membra da NPPTF, consultamos uma advogada especialista em DA no Brasil. Após a avaliação crítica do formulário em adaptação por essa especialista foram realizadas as seguintes modificações no formulário:

1. Inserimos o trecho a seguir como uma explicação breve sobre o POLST no cabeçalho do formulário em sua folha de rosto: “Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente portador de doenças graves ou saúde frágil em situações em que ele se encontre incapaz de comunicar suas preferências de cuidados de saúde e que envolvam decisões sobre suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais detalhes no verso) ”.
2. Na primeira seção do verso substituímos a palavra “contendo” pelo termo “denominado” na seguinte frase “Por isso, um documento mais abrangente contendo Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes...” de modo que sua redação passou a “Por isso, um documento mais abrangente denominado Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes...”.
3. No item do verso: “Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas”, excluimos o seguinte trecho onde constava a definição que havíamos utilizado para o termo “representante” dos pacientes: “Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente

na medida de seus conhecimentos”. Apesar de entendermos que tal definição correspondia de fato à realidade da prática médica no Brasil, a advogada consultada afirmou que a redação daquele trecho era frágil do ponto de vista jurídico. Como não foi encontrada regulamentação pelo CFM da definição de quem pode representar os pacientes quando estes encontram-se incapazes e há na legislação em vigor uma lacuna quanto à regulamentação do representante para fins de saúde, em especial quanto a situações de emergência imediata e que não permitem consulta a juiz para obtenção de curatela, optou-se por excluir esse trecho.

A versão do formulário contendo as modificações decorrentes dos comentários da membra da NPPTF e da advogada brasileira encontra-se no **ANEXO 12**.

5.4.3 Apresentação a especialistas em Bioética

Foram consultados dois especialistas em bioética a quem foram apresentadas uma versão do formulário em adaptação. Os especialistas em Bioética não questionaram o conteúdo do formulário, mas ratificaram como de suma importância a apresentação do formulário ao CFM uma vez que o processo de ATC e as etapas futuras de validação tenham sido concluídas. Os pesquisadores concordaram plenamente com essa observação. De fato, já fazia parte da proposta do grupo de pesquisa que o formulário e o paradigma POLST fossem apresentados ao CFM antes de qualquer tentativa de implantação do mesmo.

5.4.5 Nova tradução reversa e Web conferência

Após as alterações citadas nos subtítulos acima realizamos nova tradução reversa por um tradutor independente de modo que pudéssemos apresentar o formulário a um grupo de membros do Comitê Nacional do POLST através de uma web conferência. A tradução reversa utilizada durante a web conferência encontra-se no **Anexo 13**. Esta reunião levou às seguintes modificações na versão do formulário:

1. A explicação sobre o POLST que se encontra no cabeçalho da folha de possuía a seguinte forma “Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente portador de doenças graves ou saúde frágil em situações em que ele se encontre incapaz de comunicar suas preferências de cuidados de saúde e que envolvam decisões sobre suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais detalhes no verso) ” e foi alterado para “Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente em situações clínicas que envolvam tomada de decisão sobre tratamentos de suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais

detalhes no verso) ”. A mudança principal relativa a esse trecho consistiu na retirada da restrição do uso do formulário a situações em que o paciente se encontre incapaz de se comunicar. Isto se deveu ao esclarecimento realizado por um dos membros da NPPTF de que o formulário e as ordens ali contidas podem ser de fato utilizadas mesmo em pacientes que consigam comunicar-se.

2. Na seção A, o subitem “Não tentar ressuscitação/NR” foi substituído pela frase “Permitir morte natural / Não tentar ressuscitação”, em função do comentário de um dos membros do comitê que afirmou ter percebido como favorável a mudança ocorrida previamente no formulário POLST de seu estado quando havia sido incluída a terminologia “*Allow natural death*” como uma forma de ajudar pacientes a entender a não realização de RCP de forma mais positiva que a simples ordem de “não tentar RCP”, porque essa ordem isoladamente às vezes era interpretada como se o paciente estivesse recebendo menos cuidados ou cuidados inferiores. Como essa terminologia (“Permitir Morte Natural”) ainda é pouco usual no Brasil, além de implementá-la optou-se por manter em paralelo o termo “Não tentar ressuscitação”. A mesma alteração se fez refletir no verso do formulário na explicação sobre a Seção A onde passou a vigorar a expressão “Permitir morte natural / Não tentar ressuscitação”

Encontra-se no **Anexo 14** a versão do formulário POLST adaptado para o Brasil incorporando as alterações descritas acima e algumas poucas modificações de formatação e correção gramatical. Essa foi a versão apresentada à banca da dissertação da pesquisa de mestrado ora descrita.

5.5. Modificações do formulário sugeridas pela Banca durante a defesa da dissertação de Mestrado

Durante a defesa desta dissertação de mestrado, a banca questionou a adequação do uso do termo “Ordens”, constante do título do formulário POLST, sugerindo que o mesmo fosse substituído pela palavra “Prescrição”. Os argumentos tecidos pela banca foram os seguintes. A palavra “ordem” não faz parte da linguagem médica usual no Brasil e possui em nosso país uma conotação excessivamente impositiva (ato mandatário ou mesmo de coação) e denotadora de

hierarquia de um profissional sobre outros. Enquanto que nos EUA esse termo possui uma conotação que pode ser mais leve, no sentido de requerer, requisitar. Um exemplo que ilustra essa situação é o fato de nos EUA a fala de um garçom para um cliente em inglês ser usualmente no formato de “May I take your order? ”, enquanto que no idioma em português a mesma frase seria traduzida como “Posso anotar seu pedido?”. Ademais a banca sinalizou que em discussão recente no âmbito do CFM sobre as “Do Not Resuscitate Orders”, a tradução da palavra “orders” como “ordens” foi motivo de grande controvérsia.

Entendemos que a sugestão da banca quanto à mudança de título foi bastante pertinente e contribuiu para o aprimoramento da versão brasileira do POLST. Pensamos que o termo “Prescrição” reflete melhor o intuito do formulário no contexto cultural brasileiro. Na sequência entramos em contato com dois membros da NPPTF comunicando-os sobre nosso intuito de alterar o título da versão brasileira do POLST. Até a data de hoje, em que a versão final dessa dissertação deveria ser entregue ao setor de Pós-Graduação da UNESP, recebemos um feedback favorável de um dos membros da NPPTF à alteração do título e ainda não recebemos resposta do outro membro consultado. Por acreditarmos que essa nova versão será aceita pela NPPTF incluímos no **ANEXO 15** a última versão do formulário incorporando a modificação no título, que passa a ser “Prescrição Médica para Tratamento Relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil) ”.

6. Discussão

Este é o primeiro estudo de ATC do formulário POLST do inglês americano para outro idioma fora dos EUA, no caso para a língua portuguesa falada no Brasil. Existem nos EUA traduções do POLST para outros idiomas, as quais são direcionadas a populações de imigrantes residentes naquele país. Tais traduções refletem o contexto jurídico e médico-legal do estado da federação norte-americana onde o formulário fonte foi desenvolvido (HIGHWAY; SACRAMENTO; US, [s.d.]). Conforme descrito nas seções de métodos e resultados, o processo de ATC de um formulário como o POLST extrapola significativamente a complexidade quando de uma simples tradução direta.

Escrutínio da literatura foi necessário para encontrar embasamento teórico que atendesse ao processo de ATC do formulário POLST por este não ter sido concebido como um questionário de pesquisa, mas como um instrumento que busca evocar valores individuais sobre tratamentos no final da vida e documentá-los na forma de um conjunto de ordens médicas (REICHENHEIM ME,; MORAES CL, 2007)(BEATON et al., 2000)(MCKENNA; DOWARD, 2005).

Diante da ausência de consenso internacional amplo sobre um padrão ouro para práticas de ATC (HERDMAN.M; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998) optou-se por adotar como referencial metodológico aquele desenvolvido pela força tarefa da ISPOR (WILD et al., 2005) devido aos seguintes motivos: 1) as recomendações da ISPOR originaram-se de uma profunda revisão da literatura e também do processo de consenso entre diversos especialistas no âmbito internacional, 2) tais recomendações levam em conta questões pragmáticas a respeito da viabilização dos processos de ATC com alguma maleabilidade para adequação a diferentes tipos de pesquisa e disponibilidade de recursos, 3) esse referencial atendia plenamente aos parâmetros de outro instrumento desenvolvido para a avaliação da qualidade de publicações científicas relacionadas às propriedades de mensuração de instrumentos de pesquisa na área da saúde, o COSMIN (sigla inglesa para Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments) (MOKKINK et al., 2010). Além disso, esta abordagem metodológica vem sendo utilizada de forma bem sucedida para a ATC de diversos instrumentos para uma variedade de contextos linguísticos e culturais (BAEZA et al., 2010; BREUER et al., 2012; ROSNAH; NOOR HASSIM; SHAFIZAH, 2013; SALA-SASTRE et al., 2009).

Alguns aspectos merecem destaque em relação à metodologia utilizada nesse estudo por terem contribuído para sua qualidade da pesquisa:

1. Foi possível envolver membros da NPPTF nos EUA em diferentes etapas da pesquisa.

2. A fase de teste piloto se deu em três etapas, duas envolvendo médicos e uma envolvendo pacientes. De tal modo que a versão apresentada ao segundo grupo de médicos já incorporou as modificações cujas necessidades haviam sido reconhecidas durante a apresentação do POLST ao primeiro grupo de médicos – as recomendações da ISPOR apresentavam o teste piloto como uma etapa única seguida de sua revisão e não requeriam a reapresentação da versão modificada após o teste piloto a um novo grupo de sujeitos de pesquisa.
3. Para além das recomendações da ISPOR adotamos uma etapa após o teste Piloto que envolveu a apresentação da versão adaptada a um membro do comitê nacional do POLST nos EUA bem como a uma advogada especialista em DA e a dois especialistas em Bioética.

Um dos aspectos mais relevantes do processo de ATC do formulário POLST envolveu a avaliação de sua adequação à legislação vigente no Brasil tanto no âmbito do direito como das regulamentações do CFM. De fato, parte dos médicos que participaram do teste piloto do formulário mostraram-se inseguros sobre a legalidade de ordens médicas que pudessem limitar medidas prolongadoras da vida de pacientes. São abordados a seguir diversos elementos que direta ou indiretamente amparam uma futura utilização do POLST na prática médica brasileira.

Em 2006 o CFM publicou a resolução 1805 onde estabeleceu a “eticidade” da suspensão e da não introdução de intervenções médicas prolongadoras da vida no contexto de pacientes portadores de doenças graves e incuráveis, respeitada a vontade do doente ou de seu representante (“RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006”, 2006). Essa resolução foi questionada pelo Ministério Público Federal (MPF) e teve sua legalidade reconhecida através de sentenças judiciais em duas instâncias. É importante notar que a argumentação final que fundamentou o reconhecimento da legalidade da resolução 1805/2006 proveio do próprio MPF durante a etapa final de análise do processo. Os argumentos do MPF e acolhidos pelo juiz foram os seguintes:

1. A resolução 1805/2006 não versa sobre direito penal mas sobre ética médica e medidas disciplinares, para as quais o CFM possui competência quanto à edição de normatizações.
2. A ortotanásia não constitui crime de acordo com o código penal brasileiro.

3.A resolução 1805/2006 incentiva os médicos a registrarem em prontuário os procedimentos que adotam ou não em relação a doentes terminais, promovendo maior transparência ao processo de cuidados desses pacientes.

Em 2009 através da resolução 1931 do CFM entrou em vigor o novo Código de Ética Médica (BRASIL, RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009, 2009). Merece destaque para a finalidade dessa discussão, os seguintes elementos do novo código:

1.0 novo código afirma diversas vezes o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente quanto a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

1.Capítulo I, princípio XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas dos seus pacientes relativas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.

2.Capítulo IV art. 24: (“É vedado ao médico”) Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.

3.Capítulo V, art. 31: (“É vedado ao médico”) Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte ”.

2.0 novo código afirma o dever profissional do médico quanto ao provimento de cuidados paliativos a pacientes portadores de situações clínicas irreversíveis e terminais conforme disposto abaixo:

1. Capítulo I, princípio 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.

2. Capítulo V, artigo 41: (“É vedado ao médico”) Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

“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 ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

Em 2012 o CFM publicou a resolução 1995 que dispõe sobre as DA (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012) e cujo texto encontra-se no **Quadro 2** abaixo.

Quadro 2 - Artigos da Resolução 1995/2012 sobre DA

<p>O Conselho Federal de Medicina... resolve:</p> <p>Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como 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.</p> <p>Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.</p> <p>§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.</p> <p>§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.</p> <p>§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.</p> <p>§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.</p> <p>§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.</p>
--

A legalidade dessa resolução do CFM também foi contestada pelo MPF logo após sua publicação no diário oficial. No entanto, em 2014 o juizado federal reconheceu sua constitucionalidade (SILVA, 2014). A sentença do magistrado referente à resolução 1995/2012 baseou-se nos seguintes argumentos principais:

1. O CFM possui legitimidade para supervisionar, julgar e disciplinar a prática médica no Brasil quanto à ética profissional.
2. Embora inexistam leis sobre as DA no Brasil, a lacuna de tal legislação não impede a prática de registro das DA pelo médico em prontuário, tão pouco impedem as demais disposições da resolução, visto que a mesma “apenas regulamenta a conduta médica perante a situação fatídica de o paciente externar a seu desejo quanto aos cuidados e tratamentos médicos que deseja receber ou não, na hipótese de se encontrar sem possibilidade de exprimir seu desejo”
3. A resolução não se propõe a regulamentar questões relativas às esferas cível ou penal e não impede que familiares questionem os

atos profissionais dos médicos relacionadas às DA ou aos cuidados de saúde a ela associados.

4. Enfatiza a preocupação do CFM com a autonomia e a dignidade: “A resolução do Conselho Federal de Medicina é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante (BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988, 1988). Do mesmo modo o magistrado reconhece que o espírito da resolução se encontra em acordo com o código Civil em seu artigo 15, que versa: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, [s.d.]).

As normatizações da prática médica por parte do CFM citadas acima validam diversos elementos centrais ao Paradigma POLST e incorporificados no formulário adaptado:

1. O processo de discussão sobre valores e preferências de cuidados dos pacientes e sua tradução em um conjunto de ordens médicas consistentes com os desejos dos pacientes reforçam o princípio de autonomia do paciente ratificado pelo código de ética médica
2. A adequação ético-profissional de ordens médicas que limitem tratamentos prolongadores da vida a pacientes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis quando tais ordens forem consistentes com os valores e desejos dos pacientes ou de seus representantes.

De fato, é prática corriqueira e de longa data na grande maior parte das instituições hospitalares brasileiras a prescrição de ordens médicas de não reanimação para pacientes portadores de “estados terminais” e para os quais os médicos tenham julgado que a RCP traria mais danos que benefícios. Pelo bem da verdade tal prática antecede em muito a própria resolução 1805/2006 citada previamente. O POLST expande essa prática ao englobar um conjunto maior de intervenções médicas prolongadoras da vida e o faz de forma mais transparente na medida em que os pacientes recebem uma cópia do formulário. Tornar esse processo mais transparente é fundamental pois reduz a possibilidade de decisões unilaterais que não levariam em conta os valores dos pacientes. O formulário em si não pretende induzir nem pacientes nem médicos a condutas mais ou menos invasivas. Almeja unicamente que os cuidados de saúde recebidos no fim da vida honrem os valores e preferências dos pacientes a quem tais cuidados serão prestados.

Adicionalmente cabe frisar que no estado de São Paulo em 1999 foi promulgada a lei 10241, a qual dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde (LEI ESTADUAL Nº 10.241, DE 17 DE MARÇO DE 1999, [s.d.]). Destacam-se na redação dessa lei os direitos dos pacientes de “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados”, bem como de “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para prolongar a vida” e de optar por seu local de morte .

Tal lei é mais conhecida como “Lei Covas” por ter sido sancionada pelo governador Mario Covas, o qual, cerca de dois anos após a publicação da lei, se valeu da mesma ao recusar tratamento em uma UTI durante fase avançada de adoecimento devido a uma neoplasia de bexiga.

Inicialmente havia sido adaptada a definição de representante do paciente existente no formulário fonte inclusive devido à percepção de que a mesma era consistente com a prática médica usual no Brasil. Todavia, após consulta à especialista em direito optou-se por suprimir tal definição uma vez que a advogada reconheceu em tal definição uma fragilidade jurídica ao distinguir como representantes legais e legítimos apenas curadores nomeados por juiz de direito ou portadores de procurações específicas por escrito. A opção final da equipe de pesquisa por suprimir a definição de representante do formulário em adaptação e por não aprofundar tal questão no formulário se deveu a uma variedade de questões, tais quais:

1. A compreensão de que para muitas situações clínicas que envolvem decisões imediatas sobre tratamentos prolongadores da vida e para as quais os médicos devem levar em consideração as perspectivas de valores e preferências de pacientes ou de seus representantes, simplesmente não é viável aguardar a nomeação de um curador por parte de um juiz de direito.
2. A percepção de que há uma certa lacuna no código civil brasileiro, quanto à representação de pacientes para fins de tomada de decisões relacionadas à saúde. Por exemplo, no capítulo X do código civil, intitulado “Do Mandato”, consta que apesar do mandato poder ser “expresso, tácito, verbal ou escrito” (Art. 656 do código civil), que “o mandato em termos gerais só confere poderes de administração” (Art. 661 do código civil), sendo essa última redação estranha ao contexto dos cuidados de saúde. De modo semelhante o conteúdo do capítulo II do código civil, “Da Representação”, parece voltado eminentemente para a representação

quanto a negócios de natureza econômica / transacional do que relacionados à saúde.

Adicionalmente é relevante lembrar que autores norte-americanos são críticos ao afirmar que em diversos estados de seu país as legislações locais findaram por criar obstáculos à provisão de cuidados aos pacientes que fossem consistentes com seus valores ao restringirem excessivamente a determinação de representantes de pacientes quando estes não houvessem sido nomeados de modo formal pelos mesmos (CASTILLO et al., 2011; LO; STEINBROOK, 2004). Ou seja, a definição de quem pode e deve representar pacientes que não tenham apontado formalmente um representante para tomada de decisão relacionada à saúde não apenas extrapola os limites da presente pesquisa como constitui um campo para cuidadoso exame futuro seja pelo CFM seja pelo Poder Legislativo.

São muitas as possíveis contribuições futuras do POLST para os cuidados no fim da vida no Brasil. Considerando que atualmente a maioria dos médicos e das instituições de saúde em nosso país ainda não desenvolveram a prática de discussão de valores e preferências de cuidados no fim da vida com pacientes com expectativa de vida reduzida a futura implantação do POLST pode representar um facilitador para que tais conversas ocorram com maior frequência e qualidade, conforme foi observado no cenário norte-americano (CAPRIO; ROLLINS; ROBERTS, 2012; HICKMAN; KEEVERN; HAMMES, 2015a).

De modo semelhante futuras experiências de implantação do POLST no Brasil podem vir a contribuir não apenas para uma melhor transição de pacientes entre diferentes cenários de cuidados (ex. hospitais, assistência domiciliar e instituições de longa permanência) como também para uma maior integração entre esses diferentes cenários. Adicionalmente há uma diversidade de pesquisas no campo dos cuidados de saúde no fim da vida que podem ser estimuladas mediante uma futura implantação do POLST no Brasil.

No entanto é fundamental ratificar que o formulário adaptado transculturalmente através desta pesquisa não se encontrará em condições de ser utilizado na prática médica no Brasil até que o mesmo tenha sido formalmente apresentado ao CFM e este venha a concordar com a opinião dos pesquisadores de que nem o formulário nem o Paradigma POLST ferem as regulamentações da prática médica em vigor.

Além disso, a própria natureza do POLST implica que o mesmo só pode existir em um ambiente onde tenha ocorrido a pactuação de seus princípios envolvendo uma variedade de atores institucionais em uma mesma região (ex. hospitais, serviços de urgência pré-hospitalar, rede de atenção primária à saúde) e extensas atividades educativas. Por

isso, não faz sentido pensar que profissionais ou pacientes possam começar a usar o formulário isoladamente fora de uma rede de cuidados bem definidos.

Adicionalmente é importante ter em mente que o POLST não é um formulário estanque, mas que versões futuras serão produzidas na medida em que a experiência com sua utilização na prática de cuidados aos pacientes no fim da vida aporte novas informações que requeiram novas versões.

Portanto o caminho iniciado através da presente pesquisa não findará com a apresentação dessa dissertação de mestrado nem com a publicação de um artigo científico. Os próximos passos envolverão a conclusão do estudo de validação de construto e de avaliação da confiabilidade do formulário adaptado, a apresentação do POLST ao CFM e a tentativa de implantação do Paradigma POLST em Botucatu. Sigamos adiante!

7. Conclusão

A presente pesquisa concluiu a ATC do formulário POLST para o contexto brasileiro. Trata-se da primeira ATC desse formulário para além das fronteiras norte-americanas. A perspectiva futura de implantação do POLST no Brasil traz consigo uma série de possibilidades não apenas de novas pesquisas, mas principalmente de melhorias no padrão de cuidados no fim da vida em nosso país. Todavia é fundamental esclarecer que o formulário ora adaptado não se encontra pronto nem disponível para uso na prática clínica. Um longo caminho deverá ser percorrido para que o POLST possa ser implantado no Brasil e envolverá a conclusão dos estudos já em andamento de avaliação de confiabilidade e validade de construto do formulário, a apresentação do Paradigma POLST e do formulário ao CFM, a pactuação do paradigma POLST em um microssistema de saúde a título de teste piloto e extensa educação de profissionais e instituições de saúde.

Advance Directives and Advance Care Planning: Report to Congress. Disponível em: <<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2008/adcongrpt.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

ANDORNO, R.; BILLER-ANDORNO, N.; BRAUER, S. Advance health care directives: towards a coordinated European policy? **European Journal of Health Law**, v. 16, n. 3, p. 207-227, set. 2009.

ANGUS, D. C.; TRUOG, R. D. Toward Better ICU Use at the End of Life. **JAMA**, v. 315, n. 3, p. 255, 19 jan. 2016.

APPELBAUM, P. S. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. **N Engl J Med**, v. 357, n. 18, p. 1834-1840, 1 nov. 2007.

ARIÈS, PHILIPPE. **Homem Diante Da Morte, O - Fundação Editora Unesp.** Disponível em: <<http://editoraunesp.com.br/catalogo/9788539305353,homem-diante-da-morte-o>>. Acesso em: 29 dez. 2015.

BAEZA, F. L. C. et al. Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Measure of Parental Style (MOPS)--a self-reported scale--according to the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) recommendations. **Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)**, v. 32, n. 2, p. 159-163, jun. 2010.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 15 dez. 2000.

BOK, S. Personal directions for care at the end of life. **The New England Journal of Medicine**, v. 295, n. 7, p. 367-369, 12 ago. 1976.

BOMBA, P. A.; KEMP, M.; BLACK, J. S. POLST: An improvement over traditional advance directives. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 79, n. 7, p. 457-464, jul. 2012.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1805/2006**, 28 nov, Seção I pag.169 2006. Disponível em: <Diário Oficial da União, Brasília(DF)>. Acesso em: 12 jan. 2015

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805/2006. , 2006. . Acesso em: 11 fev. 2016

BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988. CONSTITUIÇÃO FEDERAL. . 1988.

BRASIL, RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009, . **Resolução CFM Nº 1931/2009, Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.** Disponível em: <http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21000>. Acesso em: 11 fev. 2016.

BREUER, J.-P. et al. [A standardised German translation of the STANDards for Reporting of Diagnostic accuracy studies (STARD statement)*: Methodological aspects]. **Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen**, v. 106, n. 7, p. 500-508, 2012.

CAPRIO, A. J.; ROLLINS, V. P.; ROBERTS, E. Health care professionals' perceptions and use of the medical orders for scope of treatment

(MOST) form in North Carolina nursing homes. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 162-168, fev. 2012.

CASTILLO, L. S. et al. Lost in translation: the unintended consequences of advance directive law on clinical care. **Annals of internal medicine**, v. 154, n. 2, p. 121-128, 18 jan. 2011.

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. **L10406**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1995. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012. . 8 set. 2012.

COOPER, J. A.; COOPER, J. D.; COOPER, J. M. Cardiopulmonary Resuscitation: History, Current Practice, and Future Direction. **Circulation**, v. 114, n. 25, p. 2839-2849, 19 dez. 2006.

DETERING, K. M. et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. **BMJ: British Medical Journal**, v. 340, 2010.

DOUKAS, D. J.; REICHEL, W. **Planning for uncertainty: living wills and other advance directives for you and your family**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

FAGERLIN, A.; SCHNEIDER, C. E. Enough. The failure of the living will. **The Hastings Center Report**, v. 34, n. 2, p. 30-42, abr. 2004.

FROMME, E. K. et al. POLST Registry do-not-resuscitate orders and other patient treatment preferences. **JAMA**, v. 307, n. 1, p. 34-35, 4 jan. 2012.

FROMME, E. K.; GUTHRIE, A. E.; GRUEBER, C. M. Transitions in end-of-life care: the Oregon trail. **Frontiers of Health Services Management**, v. 27, n. 3, p. 3-16, 2011.

GILLICK, M. R. Reversing the Code Status of Advance Directives? **N Engl J Med**, v. 362, n. 13, p. 1239-1240, 2010.

HALPERN, S. D. Toward Evidence-Based End-of-Life Care. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 21, p. 2001-2003, 19 nov. 2015.

HAMMES, B. J.; ROONEY, B. L.; GUNDRUM, J. D. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 7, p. 1249-1255, jul. 2010.

HANSON, L. C.; TULSKY, J. A.; DANIS, M. Can Clinical Interventions Change Care at the End of Life? **Annals of Internal Medicine**, v. 126, n. 5, p. 381-388, 1 mar. 1997.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A Model of Equivalence in the Cultural Adaptation of HRQoL Instruments: The Universalist Approach - Fulltext.pdf. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 323-335, 1998.

HICKMAN, S. E. et al. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment program in Oregon nursing facilities: beyond resuscitation status. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 9, p. 1424-1429, set. 2004.

HICKMAN, S. E. et al. A Comparison of Methods to Communicate Treatment Preferences in Nursing Facilities: Traditional Practices Versus the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program: METHODS TO COMMUNICATE TREATMENT PREFERENCES. *J Am Geriatr Soc*, v. 58, n. 7, p. 1241-1248, jul. 2010.

HICKMAN, S. E.; KEEVERN, E.; HAMMES, B. J. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program in the Clinical Setting: A Systematic Review of the Literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 63, n. 2, p. 341-350, Fevereiro 2015a.

HICKMAN, S. E.; KEEVERN, E.; HAMMES, B. J. Use of the physician orders for life-sustaining treatment program in the clinical setting: a systematic review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 63, n. 2, p. 341-350, fev. 2015b.

HIGHWAY, C. FOR C. C. OF C. 1331 G.; SACRAMENTO, S. 100; US, C. 95833 P.-2222489-2222 F. FAX789-9475 C. OR Q. E. POLST. Disponível em: <<http://capolst.org/>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

HILBERMAN, M. The evolution of intensive care units. *Critical Care Medicine*, v. 3, n. 4, p. 159-165, ago. 1975.

KUTNER, L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. *Indiana Law Journal*, v. 44, n. 4, p. 539-554, 1969.

Lei Estadual nº 10.241/1999. . 17 mar. 1999.

LEI ESTADUAL Nº 10.241, DE 17 DE MARÇO DE 1999. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n.51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.1*. Disponível em: <Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n.51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.1>. Acesso em: 28 jan. 2016.

LO, B.; STEINBROOK, R. Resuscitating advance directives. *Archives of internal medicine*, v. 164, n. 14, p. 1501-1506, 26 jul. 2004.

LUCE, J. M. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States. *Critical Care Medicine*, v. 38, n. 8, p. 1623-1629, ago. 2010.

LUCE, J. M.; WHITE, D. B. A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, v. 25, n. 1, p. 221-237, jan. 2009.

MCKENNA, P.; SHEIKH, A. A.; SMITH, D. *Is it time for advance healthcare directives?* [s.l.] The Irish Council for Bioethics, 2007.

MCKENNA, P.; SHEIKH, A. A.; SMITH, D. *Is it time for advance healthcare directives?* [s.l.] The Irish Council for Bioethics, [s.d.].

MCKENNA, S. P.; DOWARD, L. C. The Translation and Cultural Adaptation of Patient-Reported Outcome Measures. *Value in Health*, v. 8, n. 2, p. 89-91, 1 mar. 2005.

MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*, v. 19, n. 4, p. 539-549, maio 2010.

MOORE, K. A.; RUBIN, E. B.; HALPERN, S. D. The Problems with Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. *JAMA*, v. 315, n. 3, p. 259, 19 jan. 2016.

MURRAY, K. Why doctors die differently. **The Wall Street Journal**, 25 fev. 2012.

MURRAY, S. A. et al. Illness trajectories and palliative care. **BMJ: British Medical Journal**, v. 330, n. 7498, p. 1007-1011, 30 abr. 2005.

NATIONAL POLST PARADIGM TASK FORCE. **POLST OREGON**. Disponível em: <<http://www.or.polst.org/>>. Acesso em: 6 fev. 2016.

OMRAN, A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, dez. 2005.

PEDRAZA, S. L. et al. POST Forms More Than Advance Directives Associated With Out-of-Hospital Death: Insights From a State Registry. **Journal of Pain and Symptom Management**, 23 out. 2015.

PERKINS, H. S. Controlling death: the false promise of advance directives. **Annals of Internal Medicine**, v. 147, n. 1, p. 51-57, 3 jul. 2007.

PÉUS, D.; NEWCOMB, N.; HOFER, S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 13, p. 72, 19 jul. 2013.

Quality of death. **The Economist**, 14 jul. 2010.

Quality of Death Index. Disponível em: <<http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

RANDALL, F. Advance care planning: ethical and clinical implications for hospital medicine. **British Journal of Hospital Medicine (London, England: 2005)**, v. 72, n. 8, p. 437-440, ago. 2011.

REICHENHEIM ME,; MORAES CL. **Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

ROSTAH, I.; NOOR HASSIM, I.; SHAFIZAH, A. S. A Systematic Translation and Cultural Adaptation Process for Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21). **The Medical Journal of Malaysia**, v. 68, n. 5, p. 424-434, out. 2013.

SABATINO, C. P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. **The Milbank Quarterly**, v. 88, n. 2, p. 211-239, jun. 2010.

SALA-SASTRE, N. et al. Principles and methodology for translation and cross-cultural adaptation of the Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002) to Spanish and Catalan. **Contact Dermatitis**, v. 61, n. 2, p. 109-116, ago. 2009.

SILVA, E. P. **Sentença n. 001039-86.2013.4.01.3500**, 2014. Disponível em: <<http://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/arquivo/abrir.php?tipo=fs&nome=523195d696a0b8c8f4afebf9edae5e75.pdf&size=278595>>. Acesso em: 11 fev. 2016

SUDORE, R. L.; FRIED, T. R. Redefining the "Planning" in Advance Care Planning: Preparing for End-of-Life Decision Making. **Annals of internal medicine**, v. 153, n. 4, p. 256-261, 17 ago. 2010.

THOBABEN, M.; PROCTOR, C. Patient Self-Determination Act: advocating for the patient's wishes. **Home Care Provider**, v. 1, n. 3, p. 157-158, jun. 1996.

WILD, D. et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 8, n. 2, p. 94-104, abr. 2005.

WOOD, G.; ARNOLD, R. A. What are advance care plans and how are they different from advance directives? In: GOLDSTEIN, N. E.; MORRISON, R. S. (Eds.). . **Evidence-Based Practice of Palliative Medicine**. 1 Pap/Psc edition ed. Philadelphia: Saunders, 2012a. p. 258-262.

WOOD, G.; ARNOLD, R. A. What are advance care plans and how are they different from advance directives? In: GOLDSTEIN, N. E.; MORRISON, R. S. (Eds.). . **Evidence-Based Practice of Palliative Medicine**. 1 Pap/Psc edition ed. Philadelphia: Saunders, 2012b. p. 258-262.

WOOD, G.; ARNOLD, R. A. What is the evidence that advance care plans change patient outcomes? In: GOLDSTEIN, N. E.; MORRISON, R. S. (Eds.). . **Evidence-Based Practice of Palliative Medicine**. 1 Pap/Psc edition ed. Philadelphia: Saunders, 2012c. p. 270-274.

WRIGHT, A. A. et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 300, n. 14, p. 1665-1673, 8 out. 2008.

Anexo 1 - Versão fonte em inglês do formulário POLST em uso no estado do Oregon - 2014

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)			
Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.			
Patient Last Name:	Patient First Name:	Patient Middle Name:	Last 4 SSN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Address: (street / city / state / zip):		Date of Birth: (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
A Check One	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>Unresponsive, pulseless, & not breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR		
	If patient is not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B and C.		
B Check One	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient has pulse and is breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only. Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <i>Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</i> Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.		
	<input type="checkbox"/> Limited Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). <i>Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit.</i> Treatment Plan: Provide basic medical treatments.		
	<input type="checkbox"/> Full Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment Only and Limited Treatment, use intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation as indicated. <i>Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated.</i> Treatment Plan: All treatments including breathing machine.		
	Additional Orders: _____		
C Check One	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible.</i>		
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> Defined trial period of artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> No artificial nutrition by tube.		
	Additional Orders (e.g., defining the length of a trial period): _____		
D Must Fill Out	DOCUMENTATION OF DISCUSSION: (REQUIRED) <i>See reverse side for add'l info.</i>		
	<input type="checkbox"/> Patient (If patient lacks capacity, must check a box below)		
	<input type="checkbox"/> Health Care Representative (legally appointed by advance directive or court)		
	<input type="checkbox"/> Surrogate defined by facility policy or Surrogate for patient with developmental disabilities or significant mental health condition (Note: Special requirements for completion- see reverse side)		
	Representative/Surrogate Name: _____		Relationship: _____
E	PATIENT OR SURROGATE SIGNATURE AND OREGON POLST REGISTRY OPT OUT		
	Signature: <i>recommended</i>		This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out, if so check opt out box: <input type="checkbox"/>
F Must Print Name, Sign & Date	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA (REQUIRED)		
	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.		
	Print Signing MD / DO / NP / PA Name: <i>required</i>	Signer Phone Number:	Signer License Number: <i>(optional)</i>
	MD / DO / NP / PA Signature: <i>required</i>	Date: <i>required</i>	Office Use Only
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED			
SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION E			

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Information for patient named on this form PATIENT'S NAME: _____			
<p>The POLST form is always voluntary and is usually for persons with serious illness or frailty. POLST records your wishes for medical treatment in your current state of health (states your treatment wishes if something happened tonight). Once initial medical treatment is begun and the risks and benefits of further therapy are clear, your treatment wishes may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. No form, however, can address all the medical treatment decisions that may need to be made. An Advance Directive is recommended for all capable adults and allows you to document in detail your future health care instructions and/or name a Health Care Representative to speak for you if you are unable to speak for yourself. Consider reviewing your Advance Directive and giving a copy of it to your health care professional.</p>			
Contact Information (Optional)			
Health Care Representative or Surrogate:	Relationship:	Phone Number:	Address:
Health Care Professional Information			
Preparer Name:	Preparer Title:	Phone Number:	Date Prepared:
PA's Supervising Physician:		Phone Number:	
Primary Care Professional:			
Directions for Health Care Professionals			
Completing POLST			
<ul style="list-style-type: none"> • Completing a POLST is always voluntary and cannot be mandated for a patient. • An order of CPR in Section A is incompatible with an order for Comfort Treatment Only in Section B (will not be accepted in Registry). • For information on legally appointed health care representatives and their authority, refer to ORS 127.505 - 127.660. • Should reflect current preferences of persons with serious illness or frailty. Also, encourage completion of an Advance Directive. • Verbal / phone orders are acceptable with follow-up signature by MD/DO/NP/PA in accordance with facility/community policy. • Use of original form is encouraged. Photocopies, faxes, and electronic registry forms are also legal and valid. • A person with developmental disabilities or significant mental health condition requires additional consideration before completing the POLST form; refer to <i>Guidance for Health Care Professionals</i> at www.or.polst.org. 			
Oregon POLST Registry Information			
Health Care Professionals: (1) You are <i>required</i> to send a copy of <u>both</u> sides of this POLST form to the Oregon POLST Registry unless the patient opts out. (2) The following sections must be completed: <ul style="list-style-type: none"> • Patient's full name • Date of birth • MD / DO / NP / PA signature • Date signed 	Registry Contact Information: Phone: 503-418-4083 Fax or eFAX: 503-418-2161 www.orpolstregistry.org polstreg@ohsu.edu Oregon POLST Registry 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Mail Code: CDW-EM Portland, Or 97239	Patients: Mailed confirmation packets from Registry may take four weeks for delivery. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MAY PUT REGISTRY ID STICKER HERE: </div>	
Updating POLST: A POLST Form only needs to be revised if patient treatment preferences have changed.			
This POLST should be reviewed periodically, including when: <ul style="list-style-type: none"> • The patient is transferred from one care setting or care level to another (including upon admission or at discharge), or • There is a substantial change in the patient's health status. If patient wishes haven't changed, the POLST Form does not need to be revised, updated, rewritten or resent to the Registry.			
Voiding POLST: A copy of the voided POLST <u>must</u> be sent to the Registry unless patient has opted-out.			
<ul style="list-style-type: none"> • A person with capacity, or the valid surrogate of a person without capacity, can void the form and request alternative treatment. • Draw line through sections A through E and write "VOID" in large letters if POLST is replaced or becomes invalid. • Send a copy of the voided form to the POLST Registry (required unless patient has opted out). • If included in an electronic medical record, follow voiding procedures of facility/community. 			
For permission to use the copyrighted form contact the OHSU Center for Ethics in Health Care at polst@ohsu.edu or (503) 494-3965. Information on the Oregon POLST Program is available online at www.or.polst.org or at polst@ohsu.edu			
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED. SUBMIT COPY TO REGISTRY			

Anexo 2 - Versão fonte em Inglês do formulário POLST em uso no estado da Califórnia - 2014

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTHCARE PROVIDERS AS NECESSARY		
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)		
 EMSA #111 B (Effective 10/1/2014)*	<p>First follow these orders, then contact physician. A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.</p>	Patient Last Name: _____ Date Form Prepared: _____ Patient First Name: _____ Patient Date of Birth: _____ Patient Middle Name: _____ Medical Record #: (optional) _____
	A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>If patient has no pulse and is not breathing.</i> <i>If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.</i>	
	Check One <input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A requires selecting Full Treatment in Section B) <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)	
B MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient is found with a pulse and/or is breathing.</i>		
Check One <input type="checkbox"/> Full Treatment – primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. <input type="checkbox"/> Trial Period of Full Treatment. <input type="checkbox"/> Selective Treatment – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care. <input type="checkbox"/> Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location. <input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment – primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication by any route as needed; use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location. Additional Orders: _____		
C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible and desired.</i>		
Check One <input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: _____ <input type="checkbox"/> Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. _____ <input type="checkbox"/> No artificial means of nutrition, including feeding tubes. _____		
D INFORMATION AND SIGNATURES:		
Discussed with: <input type="checkbox"/> Patient (Patient Has Capacity) <input type="checkbox"/> Legally Recognized Decisionmaker		
<input type="checkbox"/> Advance Directive dated _____, available and reviewed → Healthcare Agent if named in Advance Directive: <input type="checkbox"/> Advance Directive not available Name: _____ <input type="checkbox"/> No Advance Directive Phone: _____		
Signature of Physician My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.		
Print Physician Name: _____		Physician Phone Number: _____
Physician Signature: (required) _____		Physician License Number: _____
Date: _____		
Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the patient who is the subject of the form.		
Print Name: _____		Relationship: (write self if patient) _____
Signature: (required) _____		Date: _____
Mailing Address (street/city/state/zip): _____	Phone Number: _____	Office Use Only: _____
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED		

*Form versions with effective dates of 1/1/2009 or 4/1/2011 are also valid

Continuação do Anexo 2 - Verso do formulário POLST - Califórnia 2014

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTHCARE PROVIDERS AS NECESSARY		
Patient Information		
Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: M F
Healthcare Provider Assisting with Form Preparation <input type="checkbox"/> N/A if POLST is completed by signing physician		
Name:	Title:	Phone Number:
Additional Contact <input type="checkbox"/> None		
Name:	Relationship to Patient:	Phone Number:
Directions for Healthcare Provider		
Completing POLST		
<ul style="list-style-type: none"> • Completing a POLST form is voluntary. California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences. • POLST does not replace the Advance Directive. When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts. • POLST must be completed by a healthcare provider based on patient preferences and medical indications. • A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known. • A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately. • POLST must be signed by a physician and the patient or decisionmaker to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician in accordance with facility/community policy. • If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form. • Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible. 		
Using POLST		
<ul style="list-style-type: none"> • Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section. <p><i>Section A:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation." <p><i>Section B:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture). • Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations. • IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment." • Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment." • Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel. 		
Reviewing POLST		
It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:		
<ul style="list-style-type: none"> • The patient is transferred from one care setting or care level to another, or • There is a substantial change in the patient's health status, or • The patient's treatment preferences change. 		
Modifying and Voiding POLST		
<ul style="list-style-type: none"> • A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line. • A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests. 		
<p align="center">This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force. For more information or a copy of the form, visit www.caPOLST.org.</p>		
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED		

Anexo 3 - Questionário utilizado para coleta dos dados demográficos dos pacientes na etapa Piloto

Questionário referente pesquisa de Mestrado: Adaptação Transcultural do Instrumento POLST			
1-Identificação			
Nome do Paciente:		RG-HC:	
Data de nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Etnia: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena		Religião:	
Anos de Escolaridade do paciente: _____		<input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Analfabeto funcional <input type="checkbox"/> Analfabeto	
A entrevista foi realizada com: <input type="checkbox"/> Paciente sozinho <input type="checkbox"/> Paciente com acompanhante <input type="checkbox"/> Representante			
2- Dados do Representante. Preencher somente se o entrevistado foi um representante do paciente			
Relação com paciente: <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Sexo do representante: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Idade: _____	
Anos de Escolaridade do representante: _____		<input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Analfabeto funcional <input type="checkbox"/> Analfabeto	
3-Motivo da Internação (conforme dados do prontuário):			
4-Diagnósticos (conforme dados do prontuário):			
1-	7-		
2-	8-		
3-	10-		
4-	11-		
5-	12-		
6-	13-		
5-Avaliação da Capacidade de Decisão			
		Sim	Não
1). Consegue comunicar suas escolhas de tratamento médico com base nos seus valores pessoais?			
2). Compreende as informações relevantes sobre seu estado de saúde, opções de tratamento com suas vantagens e desvantagens associadas?			
3). Compreende as consequências das escolhas associadas com as diferentes opções de tratamento?			
4) Consegue esclarecer os motivos e valores que fundamentam sua decisão?			
6-Karnofsky Performance Status Scale			
	Índice (%)	Basal (antes internação)	Atual
Normal, sem queixas, sem sinais de doença	100%		
Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas de doença	90%		
Atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas	80%		
Capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho	70%		
Necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias	60%		
Frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente	50%		
Incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda	40%		
Gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada, mas sem risco de morte	30%		
Muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento	20%		
Moribundo, rápida progressão para doença fatal	10%		
Morte.	0%		
7-Critérios de Inclusão:			
		Sim	Não
• Possuir 21 anos de idade ou mais			
• Estar internado no HC-FMB nas enfermarias de Geriatria, Clínica Médica I ou II			
• Uma resposta negativa de ao menos um dos médicos responsáveis pelos cuidados do paciente à seguinte pergunta: "Você ficaria surpreso se este (a) paciente vir a falecer no intervalo de um ano?"			
• No momento do convite para participar no estudo ter expectativa de duração de internação de ao menos 7 dias conforme relato de um dos médicos envolvidos no cuidado do paciente.			
• Concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.			
8-Critérios de Exclusão:			
		Sim	Não
Demonstrar não possuir capacidade de decisão atendendo os 4 critérios elencados acima. OBS: Caso o paciente não possua capacidade de decisão, pode-se convidar seus familiares para participar na pesquisa.			
9-O paciente solicitou espontaneamente que o resultado da sua entrevista para o POLST seja comunicado à equipe médica que está cuidando dele atualmente?			
		Sim	Não
10-Nome do Entrevistador:		Data da entrevista	

Anexo 4 – Script de “conversa do POLST” para a pesquisa de Adaptação Transcultural do formulário POLST: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

Inicie a “conversa do POLST” seguindo os elementos principais do seguinte exemplo:

“Gostaria de novamente lhe agradecer por ter aceito participar dessa pesquisa. Como eu expliquei antes, o objetivo dessa conversa é tentar entender como as pessoas gostariam de ser cuidadas caso alguns problemas de saúde acontecessem de repente e os pacientes não conseguissem se comunicar e explicar para os médicos que tipo de coisas eles gostariam que os médicos fizessem ou deixassem de fazer para ajudá-los. Então nós vamos fazer um exercício de imaginação em que eu vou pedir para o (a) Sr (a) se imaginar em algumas situações como se elas fossem acontecer de repente hoje à noite por exemplo. É importante que o (a) Sr (a) saiba que eu não acho que nenhuma das coisas que eu vou pedir para o(a) Sr(a) imaginar irão de fato ocorrer hoje à noite ou nos próximos dias mas que eu espero que o exercício de imaginá-las me ajude a entender as coisas que são importantes para o(a) Sr(a) e como o(a) Sr(a) gostaria de ser cuidado caso elas acontecessem. Isso é importante porque nós queremos cuidar das pessoas da forma como elas gostariam de ser cuidadas sem deixar de fazer as coisas que elas gostariam que fossem feitas, e sem fazer coisas que elas não gostariam que fossem feitas”.

Observação Importante:

Durante a conversa do POLST esteja atento às emoções e reações do paciente ou da família:

1. Permita tempo para silêncio.
2. Dê tempo para reações.
3. Convide a fazerem perguntas.

Continue a conversa do POLST (POLST Seção A):

“Eu gostaria então que o a) Sr (a) imaginasse que o (a) Sr (a) está do jeito que o (a) Sr(a) está agora e de repente o seu coração parou de bater por causa de um infarto do coração. Quando o coração parou de bater o (a) Sr (a) isso quer dizer que o (a) Sr (a) estaria morrendo, parando de respirar para não acordar mais.

Quando isso acontece com um paciente os médicos podem tentar fazer o coração voltar a bater ou podem deixar o paciente ter uma morte natural.

Para tentar fazer o coração voltar a bater os médicos fazem aquelas coisas que aparecem nos filmes, quer dizer, dar choque no peito, fazer compressões no peito e podem até colocar a pessoa para respirar com ajuda de uma máquina, através de um tubo que é passado pela garganta do paciente. Essas coisas que os médicos podem fazer para tentar fazer o coração voltar a bater e para não deixar a pessoa morrer são chamadas de Ressuscitação Cardiopulmonar, ou RCP.

É importante saber que grande parte das pessoas que são submetidas a esses procedimentos para tentar fazer o coração voltar a bater não sobrevivem, principalmente se há uma grande demora até que a RCP seja iniciada, se os pacientes já são muito idosos ou já estão muito doentes por causa de vários problemas de saúde. De forma geral, pessoas idosas com múltiplos problemas de saúde ou dificuldade em tomar conta de si mesmo, têm menos de 1% de chance de viver depois de uma RCP. Mesmo para uma pessoa relativamente saudável em uma instalação bem preparada para reabilitação de curto prazo, se essa pessoa sobreviver a RCP, menos de 10% estão vivas depois de 60 dias. Outro problema tem a ver com quanto tempo o coração ficou parado e quanto tempo o cérebro ficou sem oxigênio. Isso é importante porque se o cérebro fica sem oxigênio por muito mais que 5 minutos há uma grande chance de que o cérebro sofra danos importantes e até mesmo que a pessoa, mesmo que o coração volte a bater, fique incapaz de se cuidar e fique em uma cama sem conseguir se comunicar com as outras pessoas, tendo de usar fraldas e dependente dos outros para tudo. Essa situação é chamada de estado vegetativo.

Acontece que eu tenho pacientes diferentes e que pensam coisas diferentes. Alguns dos meus pacientes gostariam que numa situação como aquela em que o coração de repente parou de bater e eles estão morrendo, que os médicos e a equipe de saúde tentassem fazer o coração voltar a bater a todo o custo independente da chance do coração voltar a bater e do risco de ficar em estado vegetativo.

Mas eu também tenho pacientes que pensam o contrário. Eles pensam que se o coração deles parasse de bater de repente, eles gostariam que os médicos lhes deixassem ter uma morte natural e que eles não fizessem aquelas coisas para fazer o coração voltar a bater.

Eu sei que falei muitas coisas. Tem alguma coisa que eu falei que não ficou clara para o Sr (a)? Tem alguma pergunta que o Sr (a) gostaria de me fazer?

O que o (a) Sr (a) pensa sobre tudo isso que eu acabei de falar? O Sr (a) sente que se parece mais com que tipo de paciente? Por quê? ”

É fundamental prestar toda atenção nas respostas do paciente. Não basta anotar que o paciente quer RCP ou uma morte natural. É essencial entender os valores e motivos que embasam o posicionamento do paciente.

A partir da compreensão sobre os valores do paciente que embasam seu posicionamento você deve traduzir para o paciente sua interpretação e como isso se transformaria em uma ordem médica no formulário.

“Então, se eu entendi corretamente o que o (a) Sr (a) acabou de me falar, se o coração do (a) Sr (a) parasse de bater de repente o Sr (a) gostaria que os médicos

(tentassem fazer o coração voltar a bater) / (deixassem o(a) Sr(a) ter uma morte natural) porque o(a) Sr(a) acredita que (explicitar os valores reportados pelo paciente). Ok, então eu vou anotar aqui que se por acaso seu coração parasse de bater de repente os médicos deveriam fazer assim. Novamente quero reforçar que eu não acho que isso vai acontecer hoje à noite nem nos próximos dias, Ok? ”

Se a opção para a seção A do formulário POLST foi por “Permitir Morte Natural / Não tentar RCP”, marque essa opção e vá para a seção B.

Se a opção para a seção A for “Tentar ressuscitação / RCP” marque essa opção na seção A e logo em seguida marque na seção B a opção “Tratamento Invasivo Completo”. Então siga o exemplo a seguir.

POLST Seção B: Intervenções Médicas (para pacientes que gostariam de receber RCP na seção A)

“Agora vamos continuar com nosso exercício de imaginação e imaginar que o os médicos conseguiram fazer o seu coração voltar a bater, mas que apesar de isso ter ocorrido que o (a) Sr (a) precisou ir para a UTI porque depois que o coração voltou a bater o (a) Sr (a) não acordou e continuou precisando da ajuda de uma máquina para respirar através de um tubo na garganta que leva o ar para os pulmões. Vamos agora imaginar que os dias estão passando e que ao invés de melhorar o (a) Sr (a) está piorando, não está acordando e os médicos acreditam que seria muito improvável, praticamente um milagre, se o (a) Sr (a) vir a conseguir voltar a se comunicar com as outras pessoas e viver sem o uso de máquinas para ajudar o (a) Sr (a) a respirar.

Numa situação como essa existem algumas pessoas dizem que elas não gostariam de ter sua vida prolongada se a chance delas voltarem a se comunicar com outras pessoas fosse muito pequena, como um milagre. Essas pessoas pensam que deram uma chance à vida tentando a RCP para fazer o coração voltar a bater, mas que não valeria a pena serem mantidas vivas às custas de aparelhos caso praticamente não houvesse chance de voltarem a se comunicar com outras pessoas.

Por outro lado, também existem pessoas que pensam diferente. Essas pessoas gostariam de ser mantidas vivas mesmo que a custo do uso de aparelhos, como as máquinas de respiração mecânica que jogam o ar para dentro dos pulmões das pessoas que não conseguem respirar sozinhas. Para esses pacientes valeria a pena ser mantido vivo desse jeito mesmo que a chance de voltar a conseguir se comunicar com as outras pessoas seja mínima.

Eu sei que falei muitas coisas. Tem alguma coisa que eu falei que não ficou clara para o (a) Sr (a)? Tem alguma pergunta que o (a) Sr (a) gostaria de me fazer?

O que o (a) Sr (a) pensa sobre tudo isso que eu acabei de falar? O (a) Sr (a) sente que se parece mais com que tipo de paciente? Por quê? ”

Novamente, é fundamental prestar toda atenção nas respostas do paciente. É essencial entender os valores e motivos que embasam o posicionamento do paciente.

A partir da compreensão sobre os valores do paciente que fundamentam seu posicionamento você deve traduzir para o paciente sua interpretação e como isso se transformaria em uma ordem médica no formulário.

“Então, se eu entendi corretamente o que o(a) Sr(a) acabou de me falar, se o o(a) Sr(a) se encontrasse em uma situação em que a única forma de mantê-lo(a) vivo(a) fosse através do uso de aparelhos, como máquinas de respirar, e as chances do senhor recobrar a capacidade de se comunicar com as outras pessoas fosse mínima, o(a) Sr(a) gostaria que os médicos (não prolonguem suas vidas às custas de aparelhos e permitissem que o(a) Sr(a) tivesse uma morte natural) / (mantivessem os esforços para mantê-lo(a) vivo ainda que através do uso de aparelhos) porque o(a) Sr(a) acredita que (explicitar os valores reportados pelo paciente). Ok, então eu vou anotar aqui que se por acaso isso ocorresse os médicos deveriam fazer assim. Novamente quero reforçar que eu não acho que isso vai acontecer hoje à noite nem nos próximos dias, Ok? ”

De acordo com a resposta do paciente você deve preencher o campo sobre instruções adicionais da seção B do formulário com uma observação que expresse em linhas gerais: a) O paciente não gostaria de ser mantido vivo artificialmente por período indeterminado caso as chances de recuperar sua capacidade de comunicação sejam mínimas; ou b) O paciente gostaria de ser mantido vivo artificialmente por período indeterminado ainda que as chances de recuperar sua capacidade de comunicação sejam mínimas.

POLST Seção B: Intervenções Médicas (para pacientes que não desejam receber RCP na seção A)

Para os pacientes a quem na seção A foi marcada a opção “Permitir Morte Natural / Não tentar ressuscitação” continue com a Seção B da seguinte forma:

“Agora vamos fazer um segundo exercício de imaginação. Dessa vez eu gostaria que o (a) Sr (a) imaginasse que o (a) Sr (a) estava do jeito que está agora, mas que de repente começou a se sentir mais cansado e apresentar tosse. No início parecia ser apenas uma gripe, mas ao invés de melhorar com o passar dos dias o (a) Sr (a) foi piorando cada vez mais, ficando com muita falta de ar e ficando confuso. Quando os médicos avaliam o (a) Sr (a) eles descobrem que o (a) Sr (a) está com uma pneumonia pegando os dois pulmões e que essa é uma pneumonia muito grave e que está dificultando a sua respiração.

Quando um paciente tem uma pneumonia tão grave a ponto de dificultar muito sua respiração, uma das coisas que os médicos podem fazer é dar remédios para sedar o paciente, ou seja para fazer o paciente dormir profundamente, e colocar

o paciente para respirar com a ajuda de uma máquina, através de um tubo que é colocado na garganta do paciente e empurra o ar para dentro dos pulmões do paciente. Quando a respiração do paciente está muito fraca, a passagem desse tubo pela garganta e que fica ligado na máquina de respiração representa a melhor chance de manter o paciente vivo. Normalmente os pacientes que estão usando esses aparelhos para respirar são cuidados nas UTIs, Unidades de Terapia Intensiva, onde a família não costuma poder ficar o tempo todo ao lado do paciente. Também é importante que o(a) Sr(a) saiba que esse tipo de tratamento costuma ser desconfortável porque o tubo pode incomodar a garganta do paciente, usualmente é necessário aspirar secreções do tubo – o que faz os pacientes tossirem muito – e também é necessário amarrar as mãos da maior parte dos pacientes para impedir que eles puxem o tubo ou que o tubo saia do lugar. Apesar disso, quero que o (a) Sr (a) saiba que todos os esforços são feitos para minimizar esses incômodos e que a maior parte do tempo os pacientes ficam sedados, quer dizer dormindo com o uso de remédios. No entanto é comum que existam períodos em que os médicos precisam diminuir ou tirar os remédios de dormir por um intervalo de tempo para ver se o paciente está melhorando e depois poder tentar tirá-los da máquina e deixá-los respirar sozinhos.

Quando as pessoas são fortes e tem poucos problemas de saúde na maioria das vezes elas conseguem melhorar em alguns dias e voltam a respirar sem a necessidade de máquinas de respiração. Mas quando as pessoas já estão muito fracas ou possuem muitos problemas graves de saúde, muitas vezes é muito mais difícil voltar a conseguir respirar sozinho sem a máquina. Além disso muitos pacientes ficam confusos durante o período em que ficam na UTI e em uso da respiração mecânica. Usualmente os pacientes saem mais fracos das UTIs e da ventilação mecânica e sua capacidade de realizar suas atividades piora depois da alta. O grau de recuperação dos pacientes após uma passagem pela UTI com ventilação mecânica depende muito do estado de saúde do paciente antes desses eventos. Os pacientes mais fortes e mais saudáveis têm mais chance de recuperação plena que os pacientes mais fracos e com mais problemas de saúde.

Então, eu tenho pacientes diferentes e que pensam coisas diferentes sobre essa situação. Eu tenho pacientes que gostariam de ser submetidos a ventilação mecânica e de serem internados em uma UTI como uma forma de tentar continuar a viver e dar tempo para os antibióticos fazerem efeito contra a pneumonia.

Mas também há pacientes que pensam que se um dia estiverem com uma pneumonia, que eles gostariam que os médicos deixassem a doença seguir seu rumo natural, que iria levá-los à morte e sequer lhes dessem antibióticos para tratar a pneumonia; mas gostariam de todos os cuidados possíveis para mantê-los confortáveis, sem dor ou falta de ar, por exemplo usando medicamentos que combatem a dor e a falta de ar, mas não curam a pneumonia. Esses pacientes normalmente prefeririam ficar em suas casas ao invés de serem levados aos hospitais. Eles aceitariam ser tratados em hospitais apenas se não fosse possível mantê-los confortáveis em casa.

E também há pacientes que ficam no meio do caminho. Por um lado, eles não gostariam de ser submetidos a respiração mecânica ou de ficar internados em uma UTI. Por outro lado, eles gostariam que, além das medidas de conforto para tratar dor e falta de ar que todos os pacientes devem receber, que os médicos tentassem lhes tratar com antibióticos e usassem remédios pelas vias necessárias (por exemplo,

nas veias do braço ou do pescoço) e até mesmo máscaras de respirar, mas sem que colocassem tubos em suas gargantas para levar ar aos pulmões. Esses pacientes aceitariam ser tratados em hospitais se suas chances de sobreviver forem maiores sendo cuidados nesses locais.

Eu sei que falei muitas coisas. Tem alguma coisa que eu falei que não ficou clara para o (a) Sr (a)? Tem alguma pergunta que o (a) Sr (a) gostaria de me fazer?

O que o (a) Sr (a) pensa sobre tudo isso que eu acabei de falar? O (a) Sr (a) sente que se parece mais com que tipo de paciente? Por quê? ”

Novamente, é fundamental prestar toda atenção nas respostas do paciente. É essencial entender os valores e motivos que embasam o posicionamento do paciente.

A partir da compreensão sobre os valores do paciente que fundamentam seu posicionamento você deve traduzir para o paciente sua interpretação e como isso se transformaria em uma ordem médica no formulário.

“Então, se eu entendi corretamente o que o(a) Sr(a) acabou de me falar, se o o(a) Sr(a) se encontrasse em uma situação como a de uma pneumonia grave com dificuldade para respirar o(a) Sr(a) gostaria que (os médicos colocassem o o(a) Sr(a) em respiração mecânica em uma UTI) / (fizessem apenas medidas de conforto para tratar sintomas como dor e falta de ar mas não dessem antibióticos ou fizesse outras medidas para tentar prolongar sua vida) / (fizessem medidas como antibióticos, internação no hospital, remédios na veia e outras intervenções para tentar tratar a pneumonia e prolongar a sua vida, mas sem passar tubo de respiração na sua garganta ou colocá-lo(a) em uma UTI) porque o(a) Sr(a) acredita que (explicitar os valores reportados pelo paciente). Ok, então eu vou anotar aqui que se por acaso isso ocorresse os médicos deveriam fazer assim. Novamente quero reforçar que eu não acho que isso vai acontecer hoje à noite nem nos próximos dias, Ok? ”

De acordo com a resposta do paciente você deve preencher a seção B do formulário com uma das opções: a) Somente Medidas de Conforto; b) Tratamento Limitado; ou c) Tratamento Invasivo Completo.

Para os pacientes aos quais for marcada a opção “Tratamento Invasivo Completo”, o entrevistador deve proceder com o mesmo diálogo utilizado após o preenchimento da seção A para os pacientes cujas preferências de cuidado envolviam a realização de RCP, ou seja, de forma a preencher o campo de instruções adicionais da seção B, onde se determina as preferências dos pacientes quando à manutenção de medidas de suporte de vida por período indeterminado mesmo frente a um cenário de recuperação de capacidade de comunicação muito improvável.

POLST Seção C: Nutrição Administrada Artificialmente

“Agora vamos fazer um último exercício de imaginação. Dessa vez eu gostaria que o (a) Sr (a) imaginasse que o (a) Sr(a) estava do jeito que está agora mas que de repente começou a não conseguir mexer o lado direito do seu corpo e também não está conseguindo falar direito nem entender o que as outras pessoas estão falando. Isso quer dizer que o (a) Sr (a) estaria tendo um derrame grande. Nesse caso sua habilidade de engolir também pode estar afetada.

Quando um paciente tem um derrame e não está conseguindo engolir direito, muitas vezes a equipe de saúde não consegue ter clareza logo no início do quadro sobre as chances da pessoa voltar a conseguir engolir perfeitamente. De fato, há muitas pessoas que, após algumas semanas ou meses e fazendo tratamento, voltam a conseguir engolir normalmente bem como a se comunicar. Mas também há pessoas que nunca voltam a conseguir engolir normalmente ou se comunicar de forma compreensível de novo. A recuperação da capacidade de engolir e de se comunicar depende bastante do tamanho do derrame e das áreas que ele afetou no cérebro do paciente, mas ainda assim é necessário observar como será a recuperação de cada paciente após um derrame para conseguir estimar melhor a chance dele (a) voltar a engolir normalmente.

É importante que você saiba que numa situação como essa sempre que possível lhe serão oferecidos alimentos pela boca, mas há situações em que isso não é possível, por exemplo quando os pacientes estão muito sonolentos ou quando estão engasgando muito até com alimentos pastosos, tipo papinha, em pequena quantidade.

De forma geral há três situações aqui. Alguns pacientes aceitariam usar uma sonda de alimentação artificial por período indefinido. Quer dizer que eles aceitariam receber sua alimentação por uma sonda para sempre se não conseguissem voltar a engolir normalmente.

O (a) Sr (a) já viu alguém usando uma sonda de alimentação artificial?

As sondas de alimentação de modo geral são tubos pequenos de borracha que podem passar pelo nariz e ir até o estômago ou podem ser inseridas diretamente na barriga para chegar ao estômago por um pequeno buraco que é feito na pele dos pacientes. Usualmente ninguém deveria ficar mais do que 4 a 8 semanas com uma sonda passando pelo nariz porque essas sondas são um tanto desconfortáveis. Por isso quando um paciente concorda em usar uma sonda e a equipe médica acha mais provável que ele precise da sonda por mais do que 4 a 8 semanas, em geral agenda-se a passagem da sonda diretamente na barriga. Essa sonda na barriga é chamada de gastrostomia.

Também preciso explicar que as sondas, tanto as que passam pelo nariz como as que passam por um pequeno buraco na barriga, podem gerar algumas complicações. Por exemplo, as sondas podem entupir ou sair do lugar (principalmente se forem puxadas por engano) e isso muitas vezes faz com que os pacientes precisem ser levados ao hospital para passar uma outra sonda. Outro problema possível é que alguns pacientes que estão confusos acabam querendo puxar a sonda e para evitar que isso aconteça eles acabam tendo suas mãos amarradas, o que é bastante desconfortável e pode gerar outros problemas por causa da restrição de movimento, como a ocorrência de feridas na pele nas áreas de pressão contra a cama ou poltrona.

Para muitos pacientes com um derrame, um período de alimentação por uma sonda pode ajudar a fortalecer a pessoa em sua recuperação, porque muitas vezes nos primeiros dias de um derrame elas não conseguiriam comer nada pela boca, nem uma papinha.

Mas para pacientes com problemas crônicos de cabeça como a doença de Alzheimer, em que a cabeça da pessoa vai piorando aos poucos ao longo do tempo, as evidências das pesquisas médicas indicam que quando comparamos dar comida por uma sonda com uma coisa chamada de nutrição de conforto; que os pacientes que recebem comida pela sonda não vivem mais e não fazem mais pneumonia que os pacientes em alimentação de conforto, mas que os pacientes com sonda têm mais complicações, como ter de ir ao hospital trocar sonda e feridas de pele por pressão. Alimentação de conforto quer dizer oferecer comida pela boca na consistência que o paciente conseguir engolir, em geral tipo papinha, devagar e conforme a aceitação do paciente.

Eu sei que falei muitas coisas. Tem alguma coisa que eu falei que não ficou clara para o (a) Sr (a)? Tem alguma pergunta que o (a) Sr (a) gostaria de me fazer?

Então, como eu estava explicando, há pacientes que aceitariam ficar com uma sonda de alimentação até mesmo indefinidamente.

Mas também há pacientes que não deixariam os médicos passarem uma sonda nem no nariz nem na barriga para alimentação sequer por um único dia.

E finalmente existem pacientes que aceitariam uma sonda de alimentação por um período de teste, que pode ser de alguns meses, até os médicos terem clareza da chance dele se recuperar e voltar a comer sozinho. Esses pacientes pensam que se os médicos entenderem após esse período de tempo que as chances dele voltar a comer sozinho são mínimas, então eles gostariam de não receber alimentação pela sonda mas apenas alimentação de conforto como eu expliquei agora há pouco.

O que o (a) Sr (a) pensa sobre tudo isso que eu acabei de falar? O (a) Sr (a) sente que se parece mais com que tipo de paciente? Por quê? ”

Novamente, é fundamental prestar toda atenção nas respostas do paciente. É essencial entender os valores e motivos que embasam o posicionamento do paciente.

A partir da compreensão sobre os valores do paciente que fundamentam seu posicionamento você deve traduzir para o paciente sua interpretação e como isso se transformaria em uma ordem médica no formulário.

“Então, se eu entendi corretamente o que o(a) Sr(a) acabou de me falar, se o o(a) Sr(a) se encontrasse em uma situação como a de um derrame em que o(a) Sr(a) não conseguisse engolir direito que o(a) Sr(a) gostaria que (os médicos lhe oferecessem alimentação por sonda por período indeterminado) / (que lhe fosse oferecido apenas alimentação de conforto, pela boca na consistência e quantidade que o(a) conseguisse aceitar) / (que fosse feito um período de teste de alimentação por sonda até os médicos terem clareza sobre sua chance de voltar a engolir direito. Nesse caso se essas chances forem muito pequenas o(a) Sr(a) gostaria de receber apenas alimentação de conforto sem uso de nenhuma sonda) porque o(a) Sr(a)

acredita que (explicitar os valores reportados pelo paciente). Ok, então eu vou anotar aqui que se por acaso isso ocorresse os médicos deveriam fazer assim. Novamente quero reforçar que eu não acho que isso vai acontecer hoje à noite nem nos próximos dias, Ok? ”

Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Pacientes

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO POLST: PHYSICAN ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT.

Eu, _____, R.G: _____, declaro por meio deste termo que recebi o convite e concordei em participar da pesquisa intitulada acima desenvolvida pela Disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Fui informado(a) pelo pesquisador _____ ainda, de que este estudo é desenvolvido pela Dra. Vânia Ferreira de Sá Mayoral sob a orientação do Prof. Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 14-38801171.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para com o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é o de adaptar para a língua portuguesa falada no Brasil um questionário desenvolvido nos Estados Unidos sobre os tipos de tratamentos que as pessoas gostariam ou não de receber quando estivessem próximas ao fim da vida.

Compreendi que ao aceitar participar desta pesquisa não será realizada nenhuma outra modificação no tratamento usual proposto pelos médicos responsáveis pelo meu cuidado. Fui assegurado de que todas as informações que vir a fornecer a esta pesquisa serão tratadas de modo confidencial e que o acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela equipe envolvida no estudo. Apenas caso eu assim o solicite, os dados obtidos através da aplicação deste questionário serão disponibilizados à equipe médica responsável por meus cuidados.

Fui informado(a) de que não será realizada nenhuma coleta de exames em função desta pesquisa, além daqueles já solicitados espontaneamente por meus médicos.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP situado em Rubião Jr ou pelo telefone (14) 3811 6143

O pesquisador desta pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Botucatu, ____ de _____ de _____

Paciente: _____

Nome do responsável pelo paciente: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Médicos

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO POLST: PHYSICIAN ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT.

Eu, _____, R.G: _____, CRM: _____ declaro por meio deste termo que recebi o convite e concordei em participar da pesquisa intitulada acima desenvolvida pela Disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Fui informado(a) pelo pesquisador _____ ainda, de que este estudo é coordenado pelo Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 14-38801171

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para com o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é o de adaptar para a língua portuguesa falada no Brasil um questionário desenvolvido nos Estados Unidos sobre as preferências de pacientes sobre tratamentos no fim da vida.

Fui assegurado de que todas as informações que vir a fornecer a esta pesquisa serão tratadas de modo confidencial e que o acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela equipe envolvida no estudo.

Fui informado(a) de que não será realizada nenhuma coleta de exames em função desta pesquisa.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP situado em Rubião Jr ou pelo telefone (14) 3880 1608 ou 3880 1609.

O pesquisador desta pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Botucatu, ____ de _____ de ____

Assinatura do Sujeito da pesquisa: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Anexo 7 -Versão fonte em Inglês, Tradução Direta 1, 2 e 3 e a Versão Reconciliada - folha de Rosto do formulário POLST

BOX -Título					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT	O APRSS PERMITE DECLARAÇÃO PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE E REGISTRO ELETRÔNICO CONFORME NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO.	OS SEGUINTE DADOS PODEM SER USADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE OU PARA REGISTRO ELETRÔNICO, CONFORME NECESSÁRIO.	HIPAA autoriza o acesso ao POLST para profissionais da saúde e para registro eletrônico, se necessário ao tratamento.	É permitido acesso às informações contidas neste formulário por profissionais de saúde.
2	Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST).	ORDENS MÉDICAS PARA TRATAMENTOS PROLONGADORES DA VIDA (POLST).	Instruções Médicas para Tratamento de Prolongamento de Vida (POLST).	Ordens médicas para tratamento relacionado à manutenção da vida (POLST).	Instruções Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (IMSV).
3	Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.	Siga estas ordens médicas até a mudança das mesmas. Qualquer seção incompleta implica em tratamento completo para aquela seção.	As seguintes instruções médicas devem ser seguidas até possível mudança. Qualquer seção não preenchida implicará em tratamento completo para aquela seção.	Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Será dado tratamento total ao tópico que não for preenchido.	Siga estas instruções médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento máximo de suporte de vida dentro daquela seção.
4	Patient Last Name: Patient First Name: Patient Middle Name: Last 4 SSN: Address: (street / city / state / zip): Date of Birth: (mm/dd/yyyy)/ Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sobrenome Primeiro Nome: Nome do Meio Últimos 4 números da seguridade social: Endereço (rua / cidade / estado / CEP): Data de nascimento (mm/dd/aaaa): Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	*Sobrenome do paciente: *Nome do paciente: *Nome do meio do paciente: Últimos 4 SSN: Endereço: (rua, cidade, estado, CEP): Data de nascimento: (dd/mm/aaaa)	*Sobrenome do paciente: *Nome do paciente: *Nome do meio do paciente: Últimos 4 SSN: Endereço: (rua, cidade, estado, CEP): Data de nascimento: (dd/mm/aaaa)	Nome do paciente RG do paciente Endereço: (rua, cidade, estado, CEP) Data de nascimento (dd/mm/aaaa)

Box A					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	A: Check one: (Exemplo)	A: (Assinale uma alternativa)	A: Assinale uma opção	A: Marque somente um item:	A: Assinale somente uma opção
2	Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):
3	Unresponsive, pulseless, ¬breathing.	Não responsivo, sem pulso e ausência de movimentos respiratórios.	Sem reação, sem pulso e não respirando.	Não responsivo, pulso e respiração ausentes.	Não responsivo, sem pulso e sem respiração.
4	Attempt Resuscitation/CPR	Tentar ressuscitação/RCP.	Tentar Ressuscitação/RCP	Deseja Ressuscitação/RCP.	Tentar Ressuscitação/RCP.
5	Do Not Attempt Resuscitation/DNR	Não tentar Ressuscitação/RCP.	Não Tentar Ressuscitação/NR.	Não deseja ressuscitação/DNR.	Não Tentar Ressuscitação/NR.
6	If patient is not in cardiopulmonar arrest, Follow orders in B and C.	Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.	Se o paciente não estiver com parada respiratória, siga as instruções B e C.	Se o paciente não apresenta parada cardiorrespiratória, siga as ordens dos itens B e C.	Na ausência de parada cardiorrespiratória siga as instruções B e C.

Box B					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	MEDICAL INTERVENTIONS: If patient has pulse and is breathing.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tem pulso e está respirando.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tem pulso e está respirando.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tiver pulso e respiração.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tem pulso e está respirando.
2	Comfort Measures Only: Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment to fair way obstruction as needed for comfort.	Somente Medidas de Conforto: Prover tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento, cuidado com feridas e outras medidas. Uso de oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas, se necessário para conforto.	Medidas de Conforto Apenas. Fornecer tratamentos para aliviar dor e sofrimento através de qualquer medicação por qualquer via, posição, tratamento de feridas e outras medidas. Usar oxigênio, sucção e tratamento manual de obstrução das vias aéreas conforme necessário para conforto.	Somente medidas de conforto. Ofereça tratamentos para alívio de dor e sofrimento por meio do uso de qualquer medicação por qualquer via, posicionamento, cuidados com feridas e outras medidas. Use oxigênio, aspiração e tratamento manual de obstrução de vias aéreas se necessário ao conforto.	Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas, conforme necessário para conforto.
3	Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.	O paciente prefere a não transferência para o ambiente hospitalar para tratamentos prolongadores da vida. A transferência deve ser feita se o conforto desejado não puder ser alcançado no local atual.	Paciente prefere não ser transferido para hospital para tratamento de prolongamento da vida. Transferir se o conforto necessário não pode ser recebido no local atual.	O paciente prefere não ser transferido ao hospital para tratamentos de manutenção de vida. Transferir se as necessidades de conforto não puderem ser obtidas no local no qual o paciente se encontra.	O paciente prefere não ser transferido ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Transferir se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra.

	Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.	Plano de tratamento: Prover tratamento para conforto através do alívio dos sintomas.	Plano de Tratamento: Fornecer tratamentos para conforto através de administração de sintomas.	Plano de tratamento: Providencie medidas de conforto por meio do manejo dos sintomas.	Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.
4	Limited Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac, monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP).	Tratamento limitado. Inclui os tratamentos descritos em “Somente medidas de conforto”, uso de tratamentos médicos, antibióticos, fluidos endovenosos e monitorização cardíaca conforme a indicação. Não entubar, não utilizar intervenções avançadas para manejo das vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar o uso de pressão positiva em vias aéreas (ex. CPAP, BiPAP).	Tratamento Limitado. Além dos cuidados descritos em Medidas de Conforto Apenas, usar tratamento médico, antibióticos, fluidos I.V. e monitores cardíacos como indicado. Não usar intubação, intervenções avançadas das vias aéreas, ou ventilação mecânica. Pode considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex. CPAP, BiPAP).	Tratamento limitado. Adicionalmente aos cuidados descritos no item “somente medidas de conforto”, utilize tratamento médico, antibióticos, hidratação IV e monitoramento cardíaco, conforme indicação. Não entubar, não realizar intervenções avançadas em vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (por ex, CPAP, BiPAP).	Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção “Somente Medidas de Conforto”, utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP).
5	Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit. Treatment Plan: Provide basic medical treatments.	Transferir para o hospital se indicado. Evitar cuidados intensivos de forma geral. Plano de tratamento: Prover tratamento médico básico.	Transferir para hospital se indicado. Geralmente evitar a unidade de tratamento intensivo. Plano de Tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.	Transferir ao hospital, se indicado. De forma geral, evite UTI. Plano de tratamento: providencia tratamentos médicos básicos.	Transferir ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.

6	<p>Full Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment only and Limited Treatment, use intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation as indicated.</p>	<p>Tratamento Completo: Inclui os tratamentos descritos em “Somente medidas de conforto” e “Tratamento limitado”, intubação, suporte avançado de vias aéreas, ventilação mecânica quando indicado.</p>	<p>Tratamento Completo. Além do tratamento descrito em Medidas de Conforto Apenas e Tratamento Limitado, usar intubação, intervenções avançadas das vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado.</p>	<p>Tratamento total. Além dos cuidados descritos nos itens “somente medidas de conforto” e “tratamento limitado”, intube, use medidas avançadas em vias aéreas e ventilação mecânica, se indicados.</p>	<p>Tratamento Invasivo Completo. Além dos tratamentos descritos nas opções “Somente Medidas de Conforto” e “Tratamento Limitado”, usar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado.</p>
7	<p>Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated. Treatment Plan: All treatments including breathing machine. Additional Orders:</p>	<p>Transferir para um hospital e/ou unidade de terapia intensiva se necessário. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo respirador. Ordens adicionais</p>	<p>Transferir para hospital e/ou unidade de tratamento intensivo se indicado. Plano de Tratamento: Todos os tratamentos, inclusive máquina de respiração. Instruções Adicionais</p>	<p>Transfira ao hospital e/ou UTI, se indicado. Plano de tratamento: Realize todos os tratamentos incluindo respiração artificial. Ordens Adicionais</p>	<p>Transferir para o hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica. Instruções adicionais</p>

Box C					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	<i>C (Check One)</i>	C (Assinale uma alternativa)	C (Assinale uma opção)	C (Marque somente um item)	C (Assinale somente uma opção)
2	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible.</i>	Nutrição por Via Artificial: Oferecer alimentos pela via oral se possível.	Nutrição administrada artificialmente: Oferecer alimentos por boca se possível.	Nutrição de Administração Artificial: Oferecer alimentos via oral se possível e desejado.	Nutrição por Via Artificial: Oferecer alimentos por via oral se possível.
3	Long-term artificial nutrition by tube.	Nutrição artificial por tubo a longo prazo.	Nutrição artificial por sonda a longo prazo.	Nutrição artificial prolongada, incluindo sondas.	Nutrição artificial por sonda (inclui gastrostomia) a longo prazo.
4	Defined trial period of artificial nutrition by tube.	Utilizar sonda de alimentação por um período.	Período experimental definido de nutrição artificial por sonda.	Períodos de nutrição artificial, incluindo sondas.	Utilizar sonda de alimentação artificial (inclui gastrostomia) como teste por período de tempo definido.
5	No artificial nutrition by tube.	Não utilizar sonda de alimentação.	Não nutrir artificialmente por sonda.	Nenhuma alimentação artificial, incluindo sondas.	Não utilizar sonda de alimentação (inclui gastrostomia).
6	<i>Additional Orders (e.g., defining the length of a trial period):</i>	Ordens adicionais (ex. Definir o tempo do período de teste:	Ordens adicionais:	Ordens adicionais:	Instruções adicionais (ex. definir o tempo do período de teste)

Box D					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	D. DOCUMENTATION OF DISCUSSION: (REQUIRED) See reverse side for add info.	D. DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.	D (Deve ser preenchido) DOCUMENTAÇÃO DE DISCUSSÃO:(OBRIGATÓRIO) Vide verso para mais informações.	D. Registro de discussão: (Necessário) Informações adicionais no verso.	D (Deve ser preenchido) DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.
2	Patient (If patient lacks capacity, must check a box below)	Paciente (se o paciente é incapaz deve-se assinalar uma das alternativas abaixo).	Paciente (Se o paciente estiver incapaz, deve marcar uma opção abaixo).	Paciente (Se paciente é incapaz, seguir alternativas abaixo).	Paciente (se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar uma das opções abaixo).
3	Health Care Representative (legally appointed by advance Directive or court)	Representante da equipe de saúde (determinado legalmente pelas diretivas antecipatórias ou pela corte).	Representante de Cuidados Médicos (legalmente apontado).	Não traduziu	Representante para Cuidados de Saúde (determinado por Diretivas Antecipadas de Vontade ou por juiz de direito).
4	Surrogate defined by facility policy or Surrogate for patient with developmental disabilities or significant mental health condition (Note: Special requirements for completion- see reverse side).	Substituto definido pela política institucional ou substituto para paciente com desenvolvimento ou doença mental grave (Nota: Requisitos adicionais para preenchimento – no verso).	Procurador definido pela Instituição ou procurador para paciente com deficiências de desenvolvimento ou condição mental significativa (Nota: Requerimentos especiais para preenchimento (Vide verso).	Substituto definido pela política da Instituição ou Substituto para o paciente com deficiência de desenvolvimento ou doença mental grave (Nota: Requisitos adicionais no verso).	Substituto definido pela política da Instituição ou substituto para o paciente com deficiência de desenvolvimento ou doença mental grave (Nota: Requisitos adicionais no verso).
5	Representative/Surrogate Name: Relationship:	Nome do Representante/Substituto Grau de parentesco:	Nome do Representante/Procurador Relação:	Nome Representante/Substituto Grau parentesco:	Nome do Representante/Substituto Grau de parentesco / tipo de relacionamento:

BOX E					
SUB Item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Comentários
1	PATIENT OR SURROGATE SIGNATURE AND OREGON POLST REGISTRY OPT OUT.	ASSINATURA DO PACIENTE OU SUBSTITUTO E OPÇÃO PELO NÃO REGISTRO DO POLST DE OREGON.	E. ASSINATURA DO PACIENTE OU PROCURADOR E EXCLUSÃO DO REGISTRO DO POLST	E. ASSINATURA DO PACIENTE OU SUBSTITUTO	E. ASSINATURA DO PACIENTE OU SUBSTITUTO
2	Signature: recommended	Assinatura: recomendado	Assinatura: recomendado	Assinatura: recomendado	Assinatura: recomendado
3	This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out, if so check opt out box	Este formulário será enviado para o registro exceto se o paciente optar pelo contrário, neste caso assinale:	Este formulário será enviado para o Registro POLST a menos que o paciente queira excluí-lo, se assim o deseja, assinale aqui:	Este formulário será enviado ao "Registro do POLST" a não ser que o paciente deseje desistir. Caso desista, marque X ao lado:	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

BOX F					
Sub Item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	<i>F: Must Print Name, Sign & Date</i>	Não traduziu	F (Deve preencher):	F. Assinatura do médico	Nome, assinatura e data (OBRIGATORIO)
2	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA (REQUIRED)	CERTIFICADO PELA EQUIPE DE SAÚDE: MT /, MO / EP / MA (OBRIGATÓRIO)	Não traduziu	Não traduziu	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)
3	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.	Deve constar nome, assinatura e data Ao assinar esse formulário, eu atesto que estas ordens médicas são, dentro de todo o meu conhecimento consistentes com os desejos e com a condição médica atual e preferências de cuidado do paciente.	Assinando abaixo, eu atesto que essas ordens médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências médicas do paciente.	Minha assinatura abaixo indica que estou a par das condições médicas atuais e preferências do paciente.	Assinando abaixo, eu atesto que essas instruções médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências médicas do paciente.
4	MD / DO / NP / PA Signature: <i>required</i> Date: <i>required</i> Office Use Only	Nome por extenso do MT, MO, EP ou MA: obrigatório Telefone, CRM (opcional) Assinatura do MT, MO, EP, MA: Obrigatório Data obrigatório Uso administrativo somente.	Nome em letra de forma, data e assinar Nome em letra de forma do M./O./E./M.A. Assinante obrigatório Número da Licença do Assinante: opcional Data: obrigatório Uso oficial apenas.	Nome do médico / "NP" / "PA": obrigatório Telefone: CRM: Assinatura do médico / "NP" / "PA": obrigatório Data: obrigatório Somente para uso da administração.	Nome do médico: obrigatório Telefone: CRM: Assinatura do médico obrigatório Data: obrigatório Uso administrativo somente

Continuação do Anexo 7 - Versão fonte em Inglês, Tradução Direta 1, 2 e 3 e a Versão Reconciliada - Verso do formulário POLST

VERSO					
Sub- item	Formulário Original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão Reconciliada
1	HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY	HIPAA permite a abertura do POLST para outros centros de saúde, se necessário	OS SEGUINTE DADOS PODEM SER USADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE OU PARA REGISTRO ELETRÔNICO, CONFORME NECESSÁRIO	HIPAA permite a abertura do POLST para outros centros de saúde, se necessário.	É permitido acesso às informações contidas neste formulário por outros profissionais de saúde conforme necessário
2	Health Care Representative or Surrogate:	Representante em assuntos médicos ou substituto:	Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde.	Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde.	Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde.
	Relationship:	Relação ou grau de parentesco:	Relacionamento / Grau de parentesco:	Relacionamento / Grau de parentesco:	Relacionamento / Grau de parentesco:
	Phone Number:	Telefone	Número de telefone	Número de telefone	Número de telefone
	Address:	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
	Health Care Professional Information	Informação do profissional de saúde	Informações sobre o médico	Informações sobre o médico	Informações sobre o médico
	Preparer Name: Preparer Title: Phone Number: Date Prepared:	Nome do profissional que auxiliou no preenchimento Título Telefone Data	Nome do médico que preencheu o formulário POLST Telefone: Data de preenchimento:	Nome do médico que preencheu o formulário POLST Telefone: Data de preenchimento:	Nome do médico que preencheu este formulário Telefone: Data de preenchimento:
	PA's Supervising Physician: Phone Number:	Supervisor médico do médico assistente	Não traduziu	Não traduziu	Não relevante para o Brasil.
Primary Care Professional:	Profissional da atenção primária	Médico principal do paciente (coordenador dos cuidados)	Médico principal do paciente (coordenador dos cuidados)	Médico principal do paciente (coordenador dos cuidados)	

3	<p>The POLST form is always voluntary and is usually for persons with serious illness or frailty. POLST records your wishes for medical treatment in your current state of health (states your treatment wishes if something happened tonight). Once initial medical treatment is begun and the risks and benefit so further therapy are clear, your treatment wishes may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. No form, however, can Address all the medical treatment decisions that may need to be made. An Advance Directive is recommended for all capable adults and allows you to document in detail your future health care instructions and/or name a Health Care Representative to speak for you if you are unable to speak for</p>	<p>O formulário POLST é sempre voluntário e é voltado geralmente para pessoas gravemente adoentadas ou frágeis. O POLST registra suas preferencias para tratamento médico no seu estado atual de saúde (determina seu desejo de cuidado caso algo aconteça esta noite). Uma vez iniciado o tratamento médico e os riscos e benefícios dos tratamentos suplementares tornem-se claros, suas preferências de cuidado podem modificar-se. O seu plano de cuidado e este formulário podem ser modificados para refletir suas novas preferências a qualquer momento. Nenhum formulário, todavia, pode adereçar todas as decisões quanto a possíveis tratamentos médicos que venham a ser necessários. As diretrizes antecipadas são recomendadas para</p>	<p>O formulário POLST é voluntário sempre e é geralmente para indivíduos com sérias doenças ou fragilidades. O POLST registra seus desejos para tratamento médico no seu atual estado de saúde (declara seus desejos para tratamento se algo acontecer ainda hoje). Uma vez que o tratamento médico inicial começa e os riscos e benefícios de terapias mais profundas estão claros, seus desejos para tratamento podem mudar. Seu atendimento médico e este formulário podem ser mudados para refletir seus novos desejos a qualquer momento. Nenhum formulário, entretanto, pode direcionar todas as decisões de tratamento médico que possam vir a ser necessárias. Uma Diretriz Avançada é recomendada para todos adultos capazes e isso permite que você documente em detalhes suas</p>	<p>O formulário POLST é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou fragilidade. O POLST documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferencias sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferencias de cuidados de saúde. No entanto,</p>	<p>Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou fragilidade. Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferencias sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferencias de cuidados de saúde. No entanto,</p>
---	---	--	--	---	--

4	Directions for Health Care Provider	Orientações para profissionais de saúde.	Orientações para profissionais de saúde.	Orientações para profissionais de saúde.	Orientações para profissionais de saúde.
5	Completing POLST	Preenchendo o POLST	Preenchimento do POLST	Preenchimento do POLST	Preenchendo o POLST
6	Completing a POLST form is voluntary. California law requires that a POLST form be followed by health care providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.	O preenchimento do POLST é voluntário. A lei da Califórnia requer que o POLST seja colocado em prática por fornecedores de cuidados à saúde e dá imunidade aos que o fazem de boa-fé. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que apontará ordens apropriadas que são consistentes com as preferências do paciente.	Completar um formulário POLST é voluntário. As leis do estado de São Paulo requerem que o formulário POLST seja seguido pelos prestadores de cuidados médicos, e fornecem imunidade para aqueles que o obedecem de boa-fé. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que irá emitir instruções apropriadas que são consistentes com a preferência do paciente.	O preenchimento do POLST é voluntário. A lei da Califórnia requer que o POLST seja colocado em prática por fornecedores de cuidados à saúde e dá imunidade aos que o fazem de boa-fé. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que apontará ordens apropriadas que são consistentes com as preferências do paciente.	O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente suas vontades. Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente.

7	POLST does not replace the Advance Directive. When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.	POLST não substitui Diretivas Antecipatórias de cuidado. Quando possível, revise as Diretivas Antecipatórias de cuidado e o POLST para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.	POLST não substitui a Diretriz Avançada. Quando disponível reveja o formulário da Diretriz Avançada e do POLST para garantir consistência, e atualize formulários para resolver conflitos.	POLST não substitui as Diretivas Antecipatórias de Cuidado. Quando possível, revise as Diretivas Antecipatórias de cuidado e o POLST para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.	Este formulário não substitui as Diretivas Antecipadas de Vontade. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com o POLST para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.
8	POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications.	POLST deve ser preenchido por um profissional da saúde e baseado sobre as preferências do paciente e nas indicações médicas.	O POLST deve ser preenchido por um prestador de cuidados de saúde baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.	POLST deve ser preenchido por um fornecedor de cuidados à saúde baseado nas preferências do paciente e nas indicações médicas.	Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.

9	<p>A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.</p>	<p>Um tomador de decisões legalmente reconhecido incluindo um tutor, pessoa indicada nas diretrizes, substituto designado verbalmente, cônjuge, empregado doméstico registrado, mãe de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa a quem o médico do paciente acredita que melhor sabe qual é o melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos do paciente e seus valores na medida de seus conhecimentos.</p>	<p>Um tomador de decisão legalmente reconhecido pode incluir um curador ou tutor reconhecido em juízo, agente designado na Diretriz Avançada, procurador oralmente designado, cônjuge, parceiro doméstico registrado, pais de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa cujo médico do paciente acredita conhecer bem o que é de melhor interesse do paciente e que irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos do paciente e seus valores conhecidos.</p>	<p>Um tomador de decisões legalmente reconhecido pode incluir um tutor, pessoa designada nas diretrizes, substituto designado oralmente, cônjuge, empregado doméstico registrado, mãe de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa a quem o médico do paciente acredita que melhor sabe qual é o melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos do paciente e seus valores na medida de seus conhecimentos.</p>	<p>Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente na medida de seus conhecimentos.</p>
---	---	--	---	--	---

10	A legally recognized decision maker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decision maker's authority is effective immediately.	Um tomador de decisão legalmente reconhecido pode executar o POLST somente se o paciente não tem capacidade ou tenha designado que um tomador de decisão entre em vigor imediatamente.	Um tomador de decisões legalmente reconhecido pode executar o formulário POLST somente se o paciente estiver incapaz, ou se o mesmo tenha designado que a autoridade do tomador de decisões passa a ser efetiva imediatamente.	Um tomador de decisão legalmente reconhecido pode executar o POLST somente se o paciente não tem capacidade ou tenha designado que um tomador de decisão entre em vigor imediatamente.	Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente.
11	POLST must be signed by a physician and the patient or decision maker to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician in accordance with facility/community policy.	POLST deve ser assinado por um médico e pelo paciente ou responsável para que tenha validade. Ordens verbais só serão válidas seguidas de assinatura do médico, em acordo com a política local.	O POLST deve ser assinado por um médico e o tomador de decisões do paciente para ser válido. Ordens verbais são aceitáveis com assinatura de um médico de acordo com a política das instalações.	POLST deve ser assinado por um médico e o paciente ou tomador de decisão nomeado. Ordens verbais são aceitáveis com a assinatura do médico de acordo com a política da instituição ou comunidade.	Este formulário deve ser assinado por um médico e pelo paciente ou responsável para que tenha validade. Ordens verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local.
12	If a translated form is misused with patient or decision maker, attach it to the signed English POLST form.	Se formulário traduzido for usado com o paciente ou tomador de decisões, anexe ao formulário POLST original assinado.	Se um formulário traduzido for usado com paciente ou tomador de decisões, anexe-o ao formulário POLST original assinado.	Não foi traduzido.	Não relevante para o contexto brasileiro.

13	Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and Faxes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.	O uso do formulário original é extremamente recomendado. Fotocópias e faxes de formulário de POLST assinados são legais e válidos.	O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes de POLST assinados são legais e válidos. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível.	Uso da forma original é fortemente encorajada. Fotocópias e cópias por Fax são legal e válidas desde que assinadas. Uma cópia deve ser mantida no prontuário do paciente em papel ultra rosa quando possível.	
14	Using POLST	Usando o POLST	Usando o POLST	Usando o POLST	Todas versões são iguais
15	Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section. Section A: If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation"	Qualquer seção incompleta do POLST implica em tratamento completo para aquela seção. Seção A: Desfibrilador (incluindo desfibriladores externos automatizados) ou compressões torácicas não devem ser usados em uma pessoa que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação".	Qualquer seção não preenchida do POLST implica em tratamento completo para aquela seção. Seção A: Se o paciente for encontrado sem pulso e não respirando, não deverá ser usado desfibrilador (incluindo desfibriladores externos automatizados), nem compressão peitoral para pacientes que tenham escolhido "Não Tentar Ressuscitação".	Qualquer seção incompleta implica tratamento completo para essa seção. Seção A: Se for encontrado sem pulso e sem respirar, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas deve ser usado em um paciente que tenha escolhido "Não reanimar".	Todas versões são iguais Seção A: Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação".

16	<p>Section B: When comfort can not be achieved in the current setting, the patient, including some one with “Comfort-Focused Treatment,” should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).</p>	<p>Seção B Quando o conforto não pode ser oferecido no local onde se encontra, a pessoa, incluindo alguém com “Medidas de Conforto Apenas”, deve ser transferida para um local apto a providenciar conforto (ex: tratamento para uma fratura de quadril).</p>	<p>Seção B Quando conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém com tratamento “Medidas de Conforto Apenas”, deve ser transferido a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. tratamento de uma fratura no quadril).</p>	<p>Seção B Quando o conforto não for alcançado no cenário atual, incluindo alguém com “Tratamento focado no conforto” deve ser transferido para um ambiente capaz de proporcionar conforto (por exemplo, o tratamento de uma fratura de quadril).</p>	<p>Seção B Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido “Somente Medidas de Conforto”, deve ser transferido a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. tratamento de uma fratura de fêmur).</p>
17	<p>Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.</p>	<p>Ventilação mecânica não invasiva inclui pressão positiva contínua das vias aéreas (PPCVA), pressão positiva bifásica das vias aéreas, e respiração assistida por máscara bolsa válvula (MBV).</p>	<p>Pressão das vias aéreas não invasiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por máscara bolsa válvula.</p>	<p>Nenhuma pressão positiva de vias aéreas incluindo CPAP, BiPAP e máscara de respiração assistida.</p>	<p>Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU).</p>
18	<p>IV antibiotics and hydration generally are not “Comfort-Focused Treatment.”</p>	<p>Antibióticos Endovenoso e hidratação geralmente não são “Tratamento focado em Conforto”.</p>	<p>Antibióticos e hidratação I.V. não são “Medidas de Conforto Apenas”.</p>	<p>Antibióticos e hidratação I.V. geralmente não são “Tratamento focado em Conforto”.</p>	<p>Antibióticos e hidratação I.V. geralmente não são “Somente Medidas de Conforto”</p>

19	Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."	Tratamento de desidratação prolonga a vida. A pessoa que deseja IV fluídos deveria indicar "Intervenções Limitadas" ou "Tratamento Total".	Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluídos I.V., indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Completo".	Tratamento da desidratação prolonga a vida. Se um paciente deseja fluidos EV, indique "tratamento seletivo" ou "tratamento completo".	Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluidos I.V., indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo".
20	Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.	Dependendo do Protocolo SEM local, "Pedidos adicionais" escritos na seção B não podem ser implementados pelos paramédicos.	Dependendo do protocolo do atendimento emergencial local, "Instruções Adicionais" escrita na seção B podem não ser implementadas pelo pessoal do atendimento emergencial.	Dependendo do Protocolo SEM local, "Pedidos adicionais" escritos na seção B não podem ser implementados por pessoal paramédico.	Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" escritos na seção B podem não ser implementado.

21	Reviewing POLST	Revisando o POLST	Revisando o POLST	Revisando o POLST	Revisando o POLST
22	It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when: The patient is transferred from one care setting or care level to another, or	É recomendado que o POLST seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: A pessoa é transferida de um ambiente de cuidados ou de um nível de cuidados para outro, ou	É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou	É recomendado que o POLST seja revisado periodicamente. Revisão é recomendada quando: O paciente é transferido de um nível de cuidado a outro nível ou	É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou
23	There is a substantial change in the patient's health status, or	Há uma mudança substancial no estado de saúde da pessoa, ou	Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou	Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente, ou	Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou
24	The patient's treatment Preferences change.	As preferências de tratamento da pessoa mudam.	As preferências de tratamento do paciente mudam.	Preferências de tratamento do paciente mudam.	As preferências de tratamento do paciente mudam.
25	Modifying and Voiding POLST	Modificar e Invalidar o POLST	Modificando e invalidando POLST	Modificando e Anulando o POLST	Alteração e invalidação do formulário.
26	A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing	Uma pessoa com capacidade pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou revogar o POLST por meios que indiquem intenção de revogar. Para invalidar o POLST, trace uma linha da seção A até a D e escreva "INVÁLIDO" em	Um paciente com capacidade pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou revogar o POLST por qualquer meio que indique a intenção de revogar. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções A a D, escrevendo a palavra	Um paciente com capacidade pode, a qualquer momento, solicitar o tratamento alternativo ou revogar o POLST por qualquer meio que indique a intenção de revogar. Recomenda-se que a revogação seja documentada por desenhar uma linha	Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a

	“VOID” in large letters, and signing and dating this line.	letras grandes. Assine e coloque a data nessa linha.	REVOGADO em letras grandes e datando e assinando a linha.	através de seções de A até D, escrever “ANULADO” em letras grande, e de assinar e datar esta linha.	revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.
27	A legally recognized decision maker may request to modify the orders, in collaboration with the physician, based on the known desire of the patient or, if unknown, the patient’s best interests	Um responsável por decisões de saúde deve requerer a mudança das preferências baseado nos desejos conhecidos do indivíduo ou, se desconhecidos, nos de melhor interesse para o indivíduo.	Um tomador de decisão legalmente reconhecido pode ser requerido para modificar as instruções, em colaboração com o médico, baseado nos desejos conhecidos do paciente se desconhecido, no melhor interesse do paciente.	Um tomador de decisão legalmente reconhecido pode pedir para modificar as ordens, em colaboração com o médico, com base nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecido, os melhores interesses do paciente.	O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente
28	SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED	Enviar formulário com o Paciente sempre que transferido ou de alta.	Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou liberado.	Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.	Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.

Anexo 8 - Versão Reconciliada do formulário POLST - Folha de Rosto

É permitido acesso às informações contidas neste formulário por profissionais de saúde		
Instruções Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (IMSV)		
Siga estas instruções médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.		
Nome do Paciente:		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Endereço:		RG:
Cidade:	Estado:	Data de Nascimento:
CEP:		
A Assinale apenas uma opção.	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Não responsivo, sem pulso e sem respiração.	
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação/RCP <input type="checkbox"/> Não tentar ressuscitação/NR <p style="text-align: center;">Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</p>	
B Assinale apenas uma opção.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tem pulso e está respirando.	
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas, conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser transferido ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Transferir se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.	
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Transferir ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos	
C Assinale apenas uma opção.	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: Oferecer alimentos por via oral se possível.	
	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (inclui gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (inclui gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação (inclui gastrostomia). Instruções adicionais (ex. Definir o tempo do período de teste):	
D (Deve ser Preenchido)	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATORIO). Informações adicionais no verso.	
	<input type="checkbox"/> Paciente. (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar uma das opções abaixo). <input type="checkbox"/> Representante para Cuidados de Saúde (determinado por Diretivas Antecipadas de Vontade ou por juiz de direito). <input type="checkbox"/> Substituto definido pela política da Instituição ou substituto para o paciente com deficiência de desenvolvimento ou doença mental grave (Nota: Requisitos adicionais no verso). Nome do Representante/Substituto: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____	
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU SUBSTITUTO	
	Assinatura: (RECOMENDADO)	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
F Nome, assinatura e data (OBRIGATORIO)	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATORIO)	
	Assinando abaixo, eu atesto que estas instruções médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente. NOME DO MÉDICO (OBRIGATORIO) _____	
	Nome do médico (Obrigatório):	Telefone: CRM:
Assinatura	Data: (obrigatório)	Uso administrativo apenas.
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.		

Continuação do anexo 8 - Verso da Versão Reconciliada do formulário POLST

É permitido acesso às informações contidas neste formulário por outros profissionais de saúde conforme necessário.			
Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE: _____			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou fragilidade. Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, uma Diretiva Antecipada de Vontade é recomendada para todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informação de Contato			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou Grau de Parentesco:	Número de Telefone:	Endereço:
Informação sobre o médico			
Nome do médico que preencheu este formulário	Número de Telefone:	Data do preenchimento	
Médico principal do paciente (coordenador de cuidados)			
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (IMSV)			
<ul style="list-style-type: none"> O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente suas vontades. Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente. 			
Este formulário não substitui as Diretivas Antecipadas de Vontade. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente na medida de seus conhecimentos. Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. Este formulário deve ser assinado por um médico e pelo paciente ou responsável para que tenha validade. Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Usando este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser transferido a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. tratamento de uma fratura de fêmur). Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). Antibióticos e hidratação IV geralmente não são "Somente Medidas de Conforto" Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" escritos na seção B pode não ser implementado. 			
Revisando este Formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: <ul style="list-style-type: none"> O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.			

Anexo 9 - Versão fonte em inglês, versão reconciliada obtida a partir das 3 traduções diretas, e traduções reversas - Folha de rosto

Heading and Identification				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Oregon 2014)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT	É permitido acesso às informações contidas neste formulário por profissionais de saúde	It is permitted by health professionals to access information contained on this form	Access to information contained in this form when needed by other health professionals is allowed.
2	PhysicianOrders for Life-SustainingTreatment (POLST)	Instruções Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (IMSV)	Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)	Medical Instructions for Life-Sustaining Treatment (IMSV)
3	Followthese medical ordersuntilorderschange. Anysectionnotcompletedimpliesfulltreatment for thatsection	Siga estas instruções médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.	Follow the Doctor's instructions until they are modified. Any section not completed implies maximum invasive treatment of life support within that section.	Follow these medical instructions until they are modified. Any unfilled section implies maximum life-sustaining invasive treatment within that section.
4	PatientLastName: PatientFirstName: PatientMiddleName: Last 4 SSN: Address: (street / city / state / zip): Date ofBirth: (mm/dd/yyyy)/ Gender: M F	Nome do paciente RG do paciente: _____ Endereço: (rua, cidade, estado, CEP) Data de nascimento (dd/mm/aaaa) Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Patients name SSN/PASSPORT NUMBER: _____ Address: (street, city, state, zip code) Date of birth (D/M/Y) Gender: M F	Patient's Name Patient's ID: _____ Address: (street, city, state, zip code) Birth Date (mm/dd/yyyy) Gender: M F

Box B				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Oregon 2014)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	MEDICAL INTERVENTIONS: If patient has pulse and is breathing.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: Se o paciente tem pulso e está respirando.	MEDICAL ASSISTANCE: If the patient has a pulse and is breathing 2.	MEDICAL ASSISTANCE: If the patient has a pulse and is breathing.
2	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only: Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual Treatment of airway obstruction as needed for comfort.	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas, conforme necessário para conforto.	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only: Provide treatment for relief of pain and suffering through the use of drugs by any means, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment for airway obstruction as needed for comfort.	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only: Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of medicines through any possible means, positioning, care with wounds and other actions. Use oxygen, suction and manual treatment for airway obstruction when needed to create comfort.
3	Patient prefers no transfer to hospital for lifesustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location. Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.	O paciente prefere não ser transferido ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Transferir se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.	The patient prefers not to be transferred to the hospital for life-sustaining treatments. Transfer if the comfort needs cannot be met where the patient is found. Treatment plan: Provide treatment for comfort through the relief of the symptoms.	The patient prefers not to be transferred to the hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met where the patient is located. Treatment plan: Provide treatment for the comfort by relieving symptoms.
4	<input type="checkbox"/> Limited Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). Transfer	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP).	<input type="checkbox"/> Limited treatment. In addition to the care described in the "Comfort Measures Only" use medical treatment, antibiotics, IV hydration and cardiac monitoring, as indicated. Do not intubate, do not perform advanced airway interventions or mechanical ventilation. It can be considered less invasive airway support (eg.,CPAP, BIPAP).	<input type="checkbox"/> Limited treatment. Besides the care procedures described in the "Comfort Measures Only" option, use medical treatment, antibiotics, IV hydration and cardiac monitoring, as indicated. Do not intubate, do not perform advanced airway interventions or mechanical ventilation. Less invasive airways support can be considered (eg., CPAP, BiPAP).

5	<input type="checkbox"/> Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit. Treatment Plan: Provide basic medical treatments.	Transferir ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.	Transfer to the hospital if indicated. In general, avoid the Intensive Care Unit (ICU). Treatment plan: Provide basic medical treatment.	Transfer to the hospital if indicated. In general, avoid the Intensive Care Unit (ICU). Treatment plan: Provide basic medical treatments.
6	Full Treatment. In addition to care described in Comfort Treatment Only and Limited Treatment, use intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo. Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", usar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado.	<input type="checkbox"/> Complete Invasive Treatment. In addition to the treatments described in options "Comfort Measures Only" and "Limited Treatment", using tracheal intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation as indicated.	<input type="checkbox"/> Full Invasive Treatment. In addition to the treatments described in the "Comfort Measures Only" and "Limited Treatment" options, use tracheal intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated.
7	Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated. Treatment Plan: All treatments including Breathing machine. Additional Orders:	Transferir para o hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica. Instruções adicionais.	Transfer to hospital and / or intensive care unit if indicated. Treatment Plan: All treatments including the use of mechanical artificial ventilation. Additional instructions	Transfer to the hospital and/or Intensive Care Unit if indicated. Treatment plan: All treatments including the use of mechanical ventilation. Additional instructions

BOX C				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Oregon 2014)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	<i>C Check One</i>	C (Assinale somente uma opção)	C (Check only one)	C (Check only one option)
2	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Offer food by mouth if feasible	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: Oferecer alimentos por via oral se possível.	ARTIFICIAL NUTRITION Offer food orally if possible.	NUTRITION THROUGH ARTIFICIAL MEANS: Offer food through the mouth if possible.
3	Long-term artificial nutrition by tube	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (inclui gastrostomia) a longo prazo.	<input type="checkbox"/> Artificial nutrition by tube (gastrostomy included) for a long term.	<input type="checkbox"/> Artificial nutrition by tube (gastrostomy included) in the long term.
4	Defined trial period of artificial nutrition by tube	<input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (inclui gastrostomia) como teste por período de tempo definido.	<input type="checkbox"/> Using artificial feeding tube (gastrostomy included) as a test for a defined period of time.	<input type="checkbox"/> Use artificial feeding tube (gastrostomy included) as a test for a defined period of time.
5	No artificial nutrition by tube.	<input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação (inclui gastrostomia).	<input type="checkbox"/> Do not use feeding tube (gastrostomy included).	<input type="checkbox"/> Do not use feeding tube (gastrostomy included).
6	Additional Orders (e.g., defining the length of a trial period):	Instruções adicionais (ex. definir o tempo do período de teste)	Additional instructions (ex. set the time of the test period)	Additional instructions (eg. set the time of the test period)

BOX D				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Oregon 2014)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	D. Must Fill Out See reverse side for add'l info.	D (Deve ser preenchido) DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.	D (must fill out) DISCUSSION DOCUMENTATION: (MANDATORY) Additional information on the back page.	D (Must be filled out) DISCUSSION DOCUMENTATION: (MANDATORY) Additional information on the back.
2	<input type="checkbox"/> Patient (If patient lacks capacity, must check a box below)	<input type="checkbox"/> Paciente (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar uma das opções abaixo).	<input type="checkbox"/> Patient (If the patient is unable to take decisions, you should select one of the options below).	<input type="checkbox"/> Patient (If the patient is unable to make decisions, one of the options below should be selected).
3	Health Care Representative (legally appointed by advance directive or court)	<input type="checkbox"/> Representante para Cuidados de Saúde (determinado por Diretivas Antecipadas de Vontade ou por juiz de direito).	<input type="checkbox"/> Healthcare Representative (determined by Advance Directives Will / by court of law).	<input type="checkbox"/> Representative for Health Care (determined by Advance Health Care Directives or Judge).
4	Surrogate defined by facility policy or Surrogate for patient with developmental disabilities or significant mental health condition (Note: Special requirements for completion- see reverse side)	<input type="checkbox"/> Substituto definido pela política da Instituição ou substituto para o paciente com deficiência de desenvolvimento ou doença mental grave (Nota: Requisitos adicionais no verso).	<input type="checkbox"/> Substitute defined by the institution's policy or substitute for patients with developmental disabilities or severe mental illness (Note: Additional requirements on the back page).	<input type="checkbox"/> Substitute defined by the Institution's policy or substitute for the patient with developmental disabilities or serious mental illness (Note: Additional requirements on the back).
5	Representative/Surrogate Name:Relationship:	Nome do Representante/Substituto Grau de parentesco / tipo de relacionamento:	Name of the Representative/Substitute Level of kinship/ type of relationship:	Name of Representative/Substitute Relationship/ Type of relationship:

BOX E				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Oregon 2014)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	PATIENT OR SURROGATE SIGNATURE AND OREGON POLST REGISTRY OPT OUT.	ASSINATURA DO PACIENTE OU SUBSTITUTO	PATIENT OR SUBSTITUTE SIGNATURE	PATIENT'S OR SUBSTITUTE'S SIGNATURE
2	Signature: <i>recommended</i>	Assinatura: Recomendado	Signature: Recommended	Signature: Recommended
3	This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out, if so check opt out box	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	The patient or his representative shall allow the inclusion of information on this form in the institutional database. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	The patient or representative authorizes the inclusion of information contained in this form into institutional database. YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

BOX F				
Sub Item		Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	F Must Print Name, Sign & Date	Nome, assinatura e data (OBRIGATORIO)	Name, signature and date (MANDATORY)	Name, signature and date (MANDATORY)
2	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA (REQUIRED)	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)	MEDICAL CERTIFICATION (MANDATORY)	CERTIFICATION BY THE DOCTOR (MANDATORY)
3	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistente with the patient's current medical condition and preferences.	Assinando abaixo, eu atesto que estas instruções médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.	By signing below, I certify that these medical instructions are, to my best knowledge, consistent with current conditions and care preferences of the patient.	By signing below, I certify that these medical instructions are, to my best knowledge, consistent with the current care conditions and preferences of the patient.
4	MD / DO / NP / PA Signature: required Date: required Office Use Only	Nome do médico (obrigatório) Telefone: CRM: Assinatura do médico (obrigatório) Data: (obrigatório) Uso administrativo somente	Physician name (MANDATORY) Telefone: CRM: Physician Signature (MANDATORY) Date: (MANDATORY) Administrative Use Only	Doctor's name (mandatory) Phone #: Regional Medical Council Register #: Doctor's Signature (mandatory) Date: (mandatory) Administrative use only

BACK				
Sub Item	ORIGINAL POLST (Items 1 to 3 derived from the Oregon 2014 form, whereas the remaining items were translated from the California 2014 form)	Brazilian Version #1	Back translation #1	Back translation #2
1	HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY	É permitido acesso às informações contidas neste formulário por outros profissionais de saúde conforme necessário	It is permitted access by other health professionals to the information contained in this form when necessary	Access to information contained in this form when needed by other health professionals is allowed.
2	Health Care Representative or Surrogate:	Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde	Patient Representative for decision-making about their health	Patient's Representative for decision-making when related to patient's health
	Relationship:	Relacionamento / Grau de parentesco	Relationship / Level of kinship	Relationship/ Type of relationship
	Phone Number:	Número de telefone	Telephone number	Phone #
	Address:	Endereço	Address	Address
	Health Care Professional Information	Informações sobre o médico	Information about the Physician	Information related to the Doctor
	Preparer Name: Preparer Title: Phone Number: Date Prepared	Nome do médico que preencheu este formulário Telefone: Data de preenchimento:	Name of the same Physician who signed this form Telephone: Date signed:	Name of the doctor who filled out this form Phone #: Date of Completion:
Primary Care Professional	Médico principal do paciente (coordenador dos cuidados)	Head Physician assigned to the patient (Health care Coordinator)	Patient's main doctor (care procedures coordinator)	
3	The POLST form is always voluntary and is usually for persons with serious illness or frailty. POLST records your wishes for medical treatment in your current state of health (states your treatment wishes if something happened tonight). Once initial medical treatment is begun and the risks and benefits of further therapy are clear, your treatment wishes	Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou fragilidade. Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferencias sobre tratamentos médicos caso	This form is filled out always on a voluntary basis and is generally recommended for people with severe illness or weakness. It documents your desires in terms of medical treatments based on your current health status (ie your preferences about medical care if any serious health problem were to occur tonight). Once treatment has been started and the risks and benefits of other treatments are much clearer, your care preferences may change. Therefore, your	This form is always filled out on a voluntary basis and is generally recommended for people with severe illness or frailty. It documents your desires in terms of medical treatments based on your current health status (that is, your preferences about medical care procedures in case any serious health problem occurs tonight). Once treatment has been started and the risks and benefits of other treatments are clearer, your care preferences may change. Therefore,

	<p>may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. No form, however, can address all the medical treatment decisions that may need to be made. An Advance Directive is recommended for all capable adults and allows you to document in detail your future health care instructions and/or name a Health Care Representative to speak for you if you are unable to speak for yourself. Consider reviewing your Advance Directive and giving a copy of it to your health care professional.</p>	<p>algun problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, uma Diretiva Antecipada de Vontade é recomendada para todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.</p>	<p>medical treatment and this form can be modified at any time to reflect your new preferences of health care. However, any form will never be able to address all decisions about treatments that may be required. So an Advance Directives Will is recommended for all adults able to make decisions and allows you to document in detail your instructions for future health care and or name a representative to speak on your behalf if you find yourself unable to do so. Please consider reviewing your Advance Directives Will together with your Doctor.</p>	<p>your medical treatment and this form can be modified at any time to reflect your new preferences of health care. However, no form will ever be able to address all decisions as to treatments that may be required. Consequently, an Advance Health Care Directive is recommended for all adults able to make decisions and allows you to document in detail your instructions for future health care treatments and/or to name a representative to speak on your behalf if you find yourself unable to do so. Please consider reviewing your Advance Health Care Directives together with your doctor.</p>
4	Directions for Health Care Provider	Orientações para profissionais de saúde	Guidelines for health professionals	Guidelines for health professionals
5	Completing POLST	Preenchendo este formulário	Completing this form	Completing this form

6	<p>Completing a POLST form is voluntary. California law requires that a POLST form be followed by health care providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.</p>	<p>O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente suas vontades. Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente.</p>	<p>Completing this form is voluntary. Resolution 1995/2012 of the Federal Medical Council determines that every physician should take into consideration the Advance Directives Will of the patient in decisions about care and treatment of patients who are unable to communicate or express freely their independent will. This form represents a type of Advance Directives Will. In the hospital, the patient will be evaluated by a physician indicating consistent treatment with the patient's preferences.</p>	<p>Completing this form is voluntary. Resolution 1995/2012 of the Brazilian Federal Medical Council determines that every physician should take into consideration the Advance Health Care Directive of the patient in decisions related to care procedures and the treatment of patients who are unable to freely and independently communicate or express their will. This form represents a manner of documentation of the Advance Health Care Directives. In the hospital, the patient will be evaluated by a physician who will indicate treatments consistent with the patient's preferences.</p>
7	<p>POLST does not replace the Advance Directive. When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.</p>	<p>Este formulário não substitui as Diretivas Antecipadas de Vontade. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.</p>	<p>This form does not replace the Advance Directives Will. When such policies are available, review them with this form to make sure that there is consistency between the two documents and to update them in order to resolve potential conflicts.</p>	<p>This form does not replace the Advance Health Care Directives. When such directives are available, review them together with this form to make sure that there is consistency between the two documents and to update them in order to solve potential conflicts.</p>
8	<p>POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications</p>	<p>Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.</p>	<p>This form must be completed by a physician and based on preferences the patient and medical indications.</p>	<p>This form must be completed by a physician and be based on patient's preferences and medical indications.</p>

9	A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.	Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente na medida de seus conhecimentos.	A representative for decision making may include a healer / guardian, person designated in the Advance Directives Will, verbally designated substitute, spouse, common-law partner, mother or father of a minor, next of kin available or person that the patient's physician believes that better know what is the best interest of the patient and will make decisions in accordance with the expressed wishes and patient values to the best of their knowledge.	A representative for decision making may include a guardian/tutor, a person designated in the Advance Health Care Directives, a verbally designated substitute, a spouse, a common-law partner, a mother or father of a minor, the closest available relative, or a person who the patient's doctor believes better knows what is the best interest for the patient and will therefore make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values based on the knowledge they have.
10	A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately	Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente.	A representative for decision making can execute the instructions in this form only if the patient does not have capacity to do so or if the patient appoints the representative of authority as such takes effect immediately.	A representative for decision making can perform the instructions in this form only if the patient does not have the capacity to do so or if the patient determines that the representative's authority comes into effect immediately.
11	POLST must be signed by a physician and the patient or decisionmaker to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician in accordance with facility/community policy.	Este formulário deve ser assinado por um médico e pelo paciente ou responsável para que tenha validade. Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local.	This form must be signed by a physician and the patient or guardian to be valid. Verbal instructions are acceptable by subsequent signing by the physician according to local institutional policy.	This form must be signed by both a physician and the patient or guardian in order to be valid. Verbal instructions are acceptable by subsequent signature by the physician according to local institutional policy.
12	If a translated form is used with patient or decision maker, attach it to the signed English POLST form.			

13	Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.	O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível.	The use of the original form is strongly recommended. Photocopies and faxes of this signed form are valid. A copy should be kept in the patient's medical records on Ultra Pink paper when possible.	The use of the original form is strongly recommended. Signed photocopies and faxes of this form are valid. A copy should be kept in the patient's medical records on Ultra Pink Paper whenever possible.
14	Using POLST Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.	Usando este formulário Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção.	Using this form Any section not completed in this form implies full invasive treatment for that section.	Using this form Any section not completed in this form implies full invasive treatment for that section.
15	Section A: • If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."	Seção A Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação".	Section A If found with no pulse and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do not attempt resuscitation."	Section A If the patient is found with no pulse and is not breathing, no defibrillator (including external automated defibrillators) or chest compressions should be used in a patient who has chosen "Do not attempt resuscitation".
16	Section B: • When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).	Seção B Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser transferido a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. tratamento de uma fratura de fêmur).	Section B When comfort cannot be achieved in the current environment, the patient, including one whose option was "Comfort Measures Only", should be transferred to an environment capable to provide comfort (ex. treatment of a hip fracture).	Section B When comfort cannot be achieved in the current environment, the patient, including someone whose option has been "Comfort Measures Only", should be transferred to an environment able to provide comfort (ex. treatment of a thighbone fracture).
17	• Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.	Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU).	Non-invasive ventilation with positive pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), positive airway pressure to two levels (BiPAP), and assisted by breathing bag valve mask (ex. AMBU).	Noninvasive ventilation with positive pressure includes continuous positive pressure in airways (CPAP), positive pressure in airways at two levels (BiPAP), and assisted breathing by bag valve mask (e.g. AMBU).

18	IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."	Antibióticos e hidratação IV geralmente não são "Somente Medidas de Conforto"	Antibiotics and IV hydration are usually not "Comfort Measures Only"	Antibiotics and IV hydration are usually not considered "Comfort Measures Only"
19	Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."	Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo".	Treatment of dehydration prolongs life. If a patient wishes for IV fluids, indicate "Limited Treatment" or "Complete Invasive Treatment".	Dehydration treatment prolongs life. If a patient wishes IV fluids, indicate "Limited Treatment" or "Full Invasive Treatment".
20	Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.	Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" escritos na seção B pode não ser implementado.	Depending on the SAMU of the Protocol and pre-hospital emergency local services, the item "Additional Instructions" written in section B cannot be implemented.	Depending on the "SAMU" (Emergency Ambulance Service) protocol and local pre-hospital emergency services, the item "Additional Instructions" written in section B cannot be implemented.
21	Reviewing POLST	Revisando este formulário	Reviewing this form	Reviewing this form
22	It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when: The patient is transferred from one care setting or care level to another, or	É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou	It is recommended that this form be reviewed periodically. Review is recommended when: The patient is transferred from one environment or level of care to another; or	It is recommended that this form be reviewed periodically. The review is recommended when: The patient is transferred from one environment or level of care to another; or
23	There is a substantial change in the patient's health status, or	Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou	there is a substantial change in the health condition of the patient; or	There is a substantial change in the health condition of the patient; or
24	The patient's treatment preferences change.	As preferências de tratamento do paciente mudam.	The patient's treatment preferences change.	The patient's treatment preferences change.
25	Modifying and Voiding POLST	Alteração e Anulação do formulário.	Amendment and Cancellation form.	Change and Cancellation of the form.

26	A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.	Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.	A patient with decision-making capacity may at any time request alternative treatment or cancel this form by any means which indicates its intention to revoke it. It is recommended that the revocation is documented by drawing a line through the A to D sections, writing the word CANCELLED in large letters, dating and signing on the line.	A patient with decision-making capacity may at any time request alternative treatment or cancel this form by any means that indicates his/her intention to revoke it. It is recommended that the revocation be documented by drawing a line through the A to D sections, writing the word CANCELLED in large letters, and then date and sign on the line.
27	A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests	O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.	The representative for decision making may request the amendment of the instructions contained in this form in collaboration with the physician based on the known wishes of the patient or, if unknown, in the best interest of the patient.	The representative for decision making may request the amendment of the instructions contained in this form in collaboration with the physician, based on the known wishes of the patient or, if unknown, in the best interest of the patient.
28	SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED	Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.	Send this form with the patient when transferred or discharged.	Send this form along with the patient always when transferred or discharged.

Anexo 10 - Versão do formulário POLST utilizada na etapa Piloto A - Primeiro grupo de 10 médicos

Ordens Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil)		
<i>Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.</i>		
Nome do Paciente: _____		
Endereço: _____		RG: _____
Cidade: _____	Estado: _____	Data de Nascimento: _____
CEP: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
A Assinale apenas uma opção.	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) (Não responsivo, sem pulso e sem respiração.)	
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação/RCP <input type="checkbox"/> Não tentar ressuscitação/NR <i>Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</i>	
B Assinale apenas uma opção.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: (O paciente tem pulso e está respirando)	
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas, conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser transferido ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Transferir se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.	
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Transferir ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos	
C Assinale apenas uma opção.	<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo. Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", usar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado. Transferir para o hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica. Instruções adicionais _____ _____ _____	
	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: (Oferecer alimentos por via oral se possível.)	
<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (inclui gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (inclui gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação (inclui gastrostomia). Instruções adicionais (ex. Definir o tempo do período de teste): _____ _____ _____		
D (Deve ser Preenchido)	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.	
	<input type="checkbox"/> Paciente. (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar uma das opções abaixo). <input type="checkbox"/> Representante para Cuidados de Saúde (vide definição de representante no verso). Nome do Representante: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____	
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE:	
	Assinatura: (RECOMENDADO) _____	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
F Nome, assinatura e data: (OBRIGATÓRIO)	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)	
	Assinando abaixo, eu atesto que estas instruções médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.	
	Nome do médico (Obrigatório): _____	Telefone: _____ CRM: _____
Assinatura do médico (Obrigatório): _____	Data: (obrigatório) _____	Use administrativo apenas.
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.		

Continuação do Anexo 10 - Verso do formulário POLST - Piloto A

Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE: _____			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou fragilidade. Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, uma Diretiva Antecipada de Vontade é recomendada para todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informação de Contato			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou Grau de Parentesco:	Número de Telefone:	Endereço:
Informação sobre o médico			
Nome do médico que preencheu este formulário	Número de Telefone:	Data do preenchimento	
Médico principal do paciente (coordenador de cuidados)			
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (POLST Brasil)			
O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1996/2012 do Conselho Federal de Medicina determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente suas vontades. Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente.			
Este formulário não substitui as Diretivas Antecipadas de Vontade. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente na medida de seus conhecimentos. • Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. • Este formulário deve ser assinado por um médico e pelo paciente ou responsável para que tenha validade. Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. • O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Como utilizar este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> • Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser transferido a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. tratamento de uma fratura de fêmur). • Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). • Antibióticos e hidratação IV geralmente não são "Somente Medidas de Conforto". • Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". • Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" escritos na seção B pode não ser implementado. 			
Revisão deste Formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: <ul style="list-style-type: none"> • O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou • Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou • Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.			

Anexo 11 - Versão do formulário POLST utilizada na etapa Piloto B - Segundo grupo de 10 médicos

Ordens Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil)			
<i>Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.</i>			
Nome do Paciente: _____			
Endereço: _____		RG: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Data de Nascimento: _____	
CEP: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
A Assinale somente uma opção.	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) (Não responsivo, sem pulso e sem respiração.)		
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação/RCP <input type="checkbox"/> Não tentar ressuscitação/NR <i>Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</i>		
B Assinale apenas uma opção.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: (O paciente tem pulso e está respirando)		
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento no leito, mudança de decúbito, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas (ex. posicionamento adequado da cabeça e remoção de secreções orais), conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser encaminhado ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Encaminhar ao hospital se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.		
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV em acesso venoso periférico ou central e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Encaminhar ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos		
	<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo. Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", realizar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado. Encaminhar ao hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica.		
	Instruções adicionais: _____		

C Assinale apenas uma opção.	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: (Oferecer alimentos por via oral se possível.)		
	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia).		
	Instruções adicionais: _____		

D OBRIGATÓRIO	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.		
	<input type="checkbox"/> Paciente. (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar a opção abaixo). <input type="checkbox"/> Representante para Cuidados de Saúde (vide definição de representante no verso). Nome do Representante: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____		
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE:		
	Assinatura: (RECOMENDADO)	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
F Nome, assinatura e data: OBRIGATÓRIO	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)		
	Assinando abaixo, eu atesto que estas instruções médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.		
	Nome do médico (Obrigatório):	Telefone:	CRM:
Assinatura do médico (Obrigatório)	Carimbo	Data: (obrigatório)	Uso administrativo apenas.
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta.			

Continuação do Anexo 11 - Verso do formulário POLST - Piloto B

Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE:			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou saúde frágil. Ele documenta seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, um documento mais abrangente contendo Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informações de Contato (opcional)			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou grau de Parentesco com paciente:	Número de Telefone:	Endereço:
Informações sobre o médico			
Nome do médico que preencheu este formulário	Número de Telefone:	Data do preenchimento	
Médico principal do paciente (coordenador de cuidados)			
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (POLST Brasil)			
O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina* determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente seus desejos. Esta resolução também determina que o médico registrará em prontuário as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe forem comunicadas pelo paciente. Este formulário representa uma forma de documentação de Diretivas Antecipadas de Vontade. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico que indicará tratamentos consistentes com as preferências do paciente. * Esta resolução do Conselho Federal de Medicina foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/7100			
Este formulário não substitui outras Diretivas Antecipadas de Vontade. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Um representante para tomada de decisões pode incluir um curador/tutor, pessoa designada nas Diretivas Antecipadas de Vontade, substituto designado verbalmente, cônjuge, parceiro de união estável, mãe ou pai de um menor, parente mais próximo disponível, ou pessoa que o médico do paciente acredita que melhor sabe o que é do melhor interesse para o paciente e irá tomar decisões de acordo com os desejos expressos e valores do paciente na medida de seus conhecimentos. • Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. • Este formulário deve ser assinado por um médico para que tenha validade. A assinatura do paciente ou de seu representante é recomendável mas não é obrigatória (ex. paciente analfabeto). Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. • O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Como utilizar este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> • Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser encaminhando a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. encaminhamento ao hospital para tratamento de uma fratura de fêmur). • Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). • Antibióticos e hidratação IV geralmente não fazem parte das medidas previstas em "Somente Medidas de Conforto" da sessão B. • Tratamento de desidratação prolonga vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". • Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" descritos na seção B pode não ser implementado. 			
Revisão deste Formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: <ul style="list-style-type: none"> • O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou • Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou • Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
Enviar este formulário com o paciente sempre que transferido ou de alta			

Anexo 12 - Versão do Formulário POLST após apresentação para membro do NPPTF durante o Congresso Americano e Especialista em DA - Folha de Rosto

Ordens Médicas para tratamento relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil)			
<p><i>Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente portador de doenças graves ou saúde frágil em situações em que ele se encontre incapaz de comunicar suas preferências de cuidados de saúde e que envolvam decisões sobre suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais detalhes no verso)</i></p>			
<p>Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.</p>			
Nome do Paciente: _____			
Endereço: _____		RG: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Data de Nascimento: _____	
CEP: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
A Assinale apenas uma opção.	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) (Não responsivo, sem pulso e sem respiração.)		
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação/RCP <input type="checkbox"/> Não tentar ressuscitação/NR <p><i>Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</i></p>		
B Assinale apenas uma opção.	INTERVENÇÕES MÉDICAS: (O paciente tem pulso e está respirando)		
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto: Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento no leito, mudança de decúbito, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas (ex. posicionamento adequado da cabeça e remoção de secreções orais), conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser encaminhado ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Encaminhar ao hospital se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.		
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado. Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV em acesso venoso periférico ou central e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Encaminhar ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.		
<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo. Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", realizar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado. Encaminhar ao hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica.			
Instruções adicionais: _____			
C Assinale apenas uma opção.	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: (Oferecer alimentos por via oral se possível.)		
	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia).		
Instruções adicionais: _____			
D OBRIGATORIO	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATORIO) Informações adicionais no verso.		
	A discussão que fundamentou as ordens médicas contidas neste formulário foi realizada com: <input type="checkbox"/> Paciente. (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar a opção abaixo). <input type="checkbox"/> Representante do paciente. Nome do Representante: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____		
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE:		
	Assinatura: (RECOMENDADO) _____	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
F OBRIGATORIO	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATORIO)		
	Assinando abaixo, eu atesto que estas ordens médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.		
	Nome do médico (Obrigatório): _____	Telefone: _____	CRM: _____
Assinatura do médico (Obrigatório) _____	Carimbo _____	Data: (obrigatório) _____	Uso administrativo apenas.
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA.			

Continuação do Anexo 12 - Verso

Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE:			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou saúde frágil. As ordens médicas aqui representadas tem como objetivo traduzir seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, um documento mais abrangente denominado Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informações de Contato (opcional)			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou grau de Parentesco com paciente:	Número de Telefone:	Endereço:
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (POLST Brasil)			
O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)* determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente seus desejos. Esta resolução também determina que o médico registrará em prontuário as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe forem comunicadas pelo paciente. A resolução 1805/2006** do CFM determina que "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". O presente formulário tem como objetivo traduzir os valores e as preferências de cuidado dos pacientes no fim da vida em um conjunto de ordens médicas de forma a facilitar a prestação de cuidados consistentes com tais valores e preferências. * A resolução 1995/2012 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/7100 ** A resolução 1805/2006 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 2007.34.00.014809-3			
Este formulário não substitui Diretivas Antecipadas de Vontade existentes. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. Este formulário deve ser assinado por um médico para que tenha validade. A assinatura do paciente ou de seu representante é recomendável mas não é obrigatória (ex. paciente analfabeto). Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Como utilizar este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser encaminhando a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. encaminhamento ao hospital para tratamento de uma fratura de fêmur). Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). Antibióticos e hidratação endovenosa geralmente não fazem parte das medidas previstas no item "Somente Medidas de Conforto" da seção B. Tratamento de desidratação é uma medida de prolongamento da vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" descritos na seção B pode não ser implementado. 			
Revisão deste Formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando: <ul style="list-style-type: none"> O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA.			

Anexo 13 - Nova retradução do formulário POLST - Folha de Rosto

Medical Orders for treatment related to Life Support			
This form represents a set of medical orders concerning life supportive treatments for the patient designated below. It denotes the prescription of the physician who signed this document about how to proceed with respect to the patient who is frail or has severe illness in situations when he is unable to communicate his preferences of care and that demand decisions involving life support. These orders stem from a process of discussion about preferences of care and personal values between the physician, the patient and/or his representative. (Further details on the back)			
Follow these medical orders until they are modified. Any unfilled section implies maximum invasive treatment for life support within that section.			
Patient:			
Address:		SSN/Passport Number:	
City:	State:	Date of Birth:	
Zip Code:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
A <i>Check Only one option</i>	CARDIOPULMONARY Resuscitation (CPR) (Not responsive, pulseless and breathless.)		
	<input type="checkbox"/> Try resuscitation / CPR <input type="checkbox"/> Do not attempt resuscitation / DNR <i>In the absence of cardiac arrest, follow the directions B and C.</i>		
B <i>Check Only one option.</i>	MEDICAL INTERVENTION (The patient has a pulse and is breathing)		
	<input type="checkbox"/> Comfort measures Only: Provide treatment for relief of pain and suffering through the use of drugs by any means, positioning in bed, changing position, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction (eg. Proper positioning of the head and removing oral secretions) as needed for comfort. The patient prefers not to be transferred to the hospital for life-sustaining treatments. Transfer to the hospital if comfort needs cannot be met at the place where the patient is. Treatment Plan: Provide treatment for comfort by relieving symptoms.		
	<input type="checkbox"/> Limited Treatment. In addition to the care described in the "Comfort Measures Only" option, use medical treatment, antibiotics, IV hydration in peripheral or central venous access and cardiac monitoring, as indicated. Do not intubate, do not perform advanced airway interventions or mechanical ventilation. Less invasive airway support may be considered (eg. CPAP, BIPAP). Transfer to the hospital if indicated. In general, avoid the Intensive Care Unit (ICU). Treatment Plan: Provide basic medical treatments.		
	<input type="checkbox"/> Complete Invasive Treatment. In addition to the treatment options described in "Comfort Measures Only" and "Limited Treatment", perform tracheal intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation as indicated. Transfer to the hospital and / or intensive care unit if indicated. Treatment plan: All treatments including the use of mechanical ventilation. Additional Instructions: _____ _____ _____		
C <i>Check Only one option.</i>	ARTIFICIAL NUTRITION (Give food orally if possible)		
	<input type="checkbox"/> Artificial nutrition by tube (eg. nasogastric tube and gastrostomy) for Long-term. <input type="checkbox"/> Use artificial feeding tube (eg nasogastric tube and gastrostomy) as a test for a defined period of time. <input type="checkbox"/> Do not use artificial feeding tube (eg nasogastric and gastrostomy tube) Additional Instructions: _____ _____ _____		
D MANDATORY	DISCUSSION DOCUMENTATION: (MANDATORY) Additional information on the back.		
	The discussion upon which the medical orders in this form are based was performed with: <input type="checkbox"/> Patient. (If the patient is unable to make decisions, you should check the option below). <input type="checkbox"/> Health Care Representative (see definition of representative on the back) Representative's Name: _____ Relationship to / Type of kinship: _____		
E	PATIENT / REPRESENTATIVE SIGNATURE :		
	Signature:(RECOMMENDED)	The patient or his representative, authorize the inclusion of the information on this form in the institutional database. YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
F <i>Name, signature and date MANDATORY</i>	MEDICAL CERTIFICATION (MANDATORY)		
	Signed below, I certify that these medical orders are, to my best knowledge, consistent with current conditions and care preferences of the patient.		
	Physician's name (required):	Phone:	CRM:
Physician's Signature (required)	Stamp	Date: (required)	Administrative Use only
SEND THIS FORM WITH THE PATIENT WHEN TRANSFERRED OR GIVEN LEAVE.			

Continuação do Anexo 13 - Verso

Information for the patient named on this form. NAME OF THE PATIENT:			
This form is completed always on a voluntary basis and is generally recommended for people with severe illness or poor health. The doctor's orders represented here aim to translate your wishes in terms of medical treatments based on your current health status (i.e. your preferences about medical care if any serious health problem occurred tonight). Once the treatment has been started and the risks and benefits of other treatments are clearer, your preferences of may change. Therefore, your medical treatment and this form can be modified at any time to reflect your new preferences of healthcare. However, no form will ever be able to address all decisions about treatments that may be required. Therefore, a more comprehensive document called Advance Health Care Directives and/or Living Will is recommended for all adults able to make decisions and allows you to document in detail your instructions for future health care and/or name a representative to speak on your behalf if you are unable to do so. Please consider reviewing your Advance Health Care Directives and/or Living Will together with your Doctor.			
Contact Information (optional)			
Patient Representative for decision making about his/her health:	Relationship or degree of kinship to the patient:	Phone:	Address:
Guidelines for healthcare professionals			
Completing this form			
Completion of this form is voluntary. Resolution 1995/2012 of the Federal Council of Medicine* determines that every physician must take into consideration the Advance Health Care Directives of the patient in decisions about care and treatment of patients who are unable to communicate their desires or express themselves freely and independently. That resolution also states that physicians will record in the patients' medical chart the Advance Health Care Directives submitted to them by their patients. This form aims to translate the values and patient care preferences at the end of life into a set of medical orders to facilitate the provision of care consistent with these values and preferences. * The Resolution 1995/2012 of the Federal Medicine Council was judged as constitutional by the Federal Court as Case No. 1039-86.2013.4.01.3500 / 7100			
This form does not replace existing Advance Health Care Directives. When such directives are available, review them together with this form to make sure that there is consistency between the two documents and to update them in order to resolve potential conflicts.			
This form must be completed by a physician and based on patient preferences and medical indications.			
<ul style="list-style-type: none"> • A representative for decision-making can execute the instructions within this form only if the patient does not have the capacity to do so or if the patient appoints the representative of authority as such to enter into force immediately. • This form must be signed by a Physician to be valid. The signature of the patient or representative is recommended but not required (e.g. illiterate patient). Instructions are acceptable by subsequent signing by the Physician according to local institutional policy. The use of the original form is strongly recommended. Photocopies and faxes of this signed form are valid. A copy should be kept in the patient's medical records on Ultra Pink paper when possible. 			
How to use this form			
Any section not filled within this form implies full invasive treatment for that section.			
Section A			
If found pulseless and breathless, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used in a patient who has chosen "Do not attempt resuscitation".			
Section B			
<ul style="list-style-type: none"> • When comfort cannot be achieved in the current environment, the patient, including one whose option was "Comfort Measures Only" must be transferred to another location capable in providing comfort (e.g. transfer to the hospital for treatment of a hip fracture). • Noninvasive ventilation with positive pressure including continuous positive airway pressure (CPAP), positive airway pressure at two levels (BIPAP), and breathing assisted by bag valve mask (e.g. AMBU). • Antibiotics and intravenous hydration usually are not part of the measures provided under "Comfort Measures Only" session A. • Treatment of dehydration is a measure of prolongation of life. If a patient desires IV fluids, indicate "Limited Treatment" or "Full Invasive Treatment". 			
Depending on the EMR protocol and pre-hospital emergency local services, the item "Additional Instructions" described in section B may not be implemented.			
Review of This form.			
It is recommended that this form be reviewed periodically. The revision is recommended when: <ul style="list-style-type: none"> • The patient is transferred from one environment or level of care to another; or • There is a substantial change in the health status of the patient; or • If the patient's treatment preferences change. 			
Change and Cancellation of the form.			
A patient with decision-making capacity may at any time request alternative treatment or cancel this form by any means indicating its intention to revoke it. It is recommended that the revocation is documented by drawing a line through the A to D sections, writing the word CANCELLED in large letters, dating and signing on the line.			
The representative for decision making may request the amendment of the instructions contained in this form in collaboration with the Physician based on the known desires of the patient or, if unknown, in the best interest of the patient.			
SEND THIS FORM WITH THE PATIENT WHEN TRANSFERRED OR GIVEN LEAVE.			

**Anexo 14 - Versão do Formulário POLST após formatação (apresentado à banca de
mestrado) - Folha de Rosto**

Ordens Médicas para Tratamento Relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil)			
<i>Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente em situações clínicas que envolvam tomada de decisão sobre tratamentos de suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais detalhes no verso)</i>			
<i>Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.</i>			
Nome do Paciente:		RG:	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Data de Nascimento:	
CEP:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
A Assinale apenas uma opção	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) (Não responsivo, sem pulso e sem respiração.)		
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação / RCP <input type="checkbox"/> Permitir Morte Natural (Não tentar ressuscitação) <i>Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</i>		
B Assinale apenas uma opção	INTERVENÇÕES MÉDICAS (Se o paciente tem pulso e está respirando)		
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento no leito, mudança de decúbito, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas (ex. posicionamento adequado da cabeça e remoção de secreções orais), conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser encaminhado ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Encaminhar ao hospital se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.		
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV em acesso venoso periférico ou central e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Encaminhar ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.		
	<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", realizar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado. Encaminhar ao hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica.		
	Instruções adicionais _____		

C Assinale apenas uma opção	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: (Oferecer alimentos por via oral se possível.)		
	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia).		
	Instruções adicionais _____		

D OBRIGATORIO	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATORIO) Informações adicionais no verso.		
	A discussão que fundamentou as ordens médicas contidas neste formulário foi realizada com: <input type="checkbox"/> Paciente (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar a opção abaixo). <input type="checkbox"/> Representante do paciente Nome do Representante: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____		
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE:		
	Assinatura: (RECOMENDADO)	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
F OBRIGATORIO	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATORIO)		
	Assinando abaixo, eu atesto que estas ordens médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.		
	Nome do médico (Obrigatório):	Telefone:	CRM:
Assinatura do médico (Obrigatório)	Carimbo	Data: (obrigatório)	Uso administrativo apenas.
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA.			

Continuação do Anexo 14 - Verso

Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE:			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou saúde frágil. As ordens médicas aqui representadas têm como objetivo traduzir seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, um documento mais abrangente denominado Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informações de Contato (opcional)			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou grau de Parentesco com paciente:	Número de Telefone:	Endereço:
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (POLST Brasil)			
O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)* determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente seus desejos. Esta resolução também determina que o médico registrará em prontuário as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe forem comunicadas pelo paciente. A resolução 1805/2006** do CFM determina que "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". O presente formulário tem como objetivo traduzir os valores e as preferências de cuidado dos pacientes no fim da vida em um conjunto de ordens médicas de forma a facilitar a prestação de cuidados consistentes com tais valores e preferências. * A resolução 1995/2012 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/7100 ** A resolução 1805/2006 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 2007.34.00.014809-3			
Este formulário não substitui Diretivas Antecipadas de Vontade existentes. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. • Este formulário deve ser assinado por um médico para que tenha validade. A assinatura do paciente ou de seu representante é recomendável mas não é obrigatória (ex. paciente analfabeto). Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. • O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Como utilizar este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> • Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser encaminhando a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. encaminhamento ao hospital para tratamento de uma fratura de fêmur). • Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). • Antibióticos e hidratação endovenosa geralmente não fazem parte das medidas previstas no item "Somente Medidas de Conforto" da seção B. • Tratamento de desidratação é uma medida de prolongamento da vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". • Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" descritos na Seção B pode não ser implementado. 			
Revisão deste formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada especialmente quando: <ul style="list-style-type: none"> • O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou • Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou • Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA			

**Anexo 15 - Versão final Formulário POLST após sugestão da banca de mestrado
quanto à alteração do título - Folha de Rosto**

Prescrição Médica para Tratamento Relacionado ao Suporte de Vida (POLST Brasil)			
<i>Este formulário representa um conjunto de ordens médicas acerca de tratamentos de suporte de vida para o paciente nomeado abaixo. Trata-se de uma prescrição do médico que assina este documento sobre como proceder em relação ao paciente em situações clínicas que envolvam tomada de decisão sobre tratamentos de suporte de vida. Estas ordens são fruto de um processo de discussão de preferências de cuidado e valores pessoais entre o médico e o paciente e/ou seu representante. (Mais detalhes no verso)</i>			
Siga estas ordens médicas até que as mesmas sejam modificadas. Qualquer seção não preenchida implica em tratamento invasivo máximo de suporte de vida dentro daquela seção.			
Nome do Paciente:		RG:	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Data de Nascimento:	
CEP:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
A Assinale apenas uma opção	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) <i>(Não responsivo, sem pulso e sem respiração.)</i>		
	<input type="checkbox"/> Tentar ressuscitação / RCP <input type="checkbox"/> Permitir Morte Natural (Não tentar ressuscitação) <p align="right"><i>Na ausência de parada cardiorrespiratória, siga as orientações B e C.</i></p>		
B Assinale apenas uma opção	INTERVENÇÕES MÉDICAS <i>(Se o paciente tem pulso e está respirando)</i>		
	<input type="checkbox"/> Somente Medidas de Conforto Fornecer tratamentos para alívio da dor e sofrimento através do uso de medicamentos por qualquer via, posicionamento no leito, mudança de decúbito, cuidado com feridas e outras medidas. Usar oxigênio, aspiração e tratamento manual para obstrução de vias aéreas (ex. posicionamento adequado da cabeça e remoção de secreções orais), conforme necessário para conforto. O paciente prefere não ser encaminhado ao hospital para tratamentos de suporte de vida. Encaminhar ao hospital se as necessidades de conforto não puderem ser alcançadas no local onde o paciente se encontra. Plano de tratamento: Fornecer tratamento para o conforto através do alívio dos sintomas.		
	<input type="checkbox"/> Tratamento limitado Além dos cuidados descritos na opção "Somente Medidas de Conforto", utilizar tratamento médico, antibióticos, hidratação IV em acesso venoso periférico ou central e monitoramento cardíaco, conforme indicado. Não intubar, não realizar intervenções avançadas de vias aéreas ou ventilação mecânica. Pode-se considerar suporte de vias aéreas menos invasivos (ex., CPAP, BIPAP). Encaminhar ao hospital, se indicado. De forma geral, evitar Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Plano de tratamento: Fornecer tratamentos médicos básicos.		
<input type="checkbox"/> Tratamento Invasivo Completo Além dos tratamentos descritos nas opções "Somente Medidas de Conforto" e "Tratamento Limitado", realizar intubação traqueal, intervenções avançadas de vias aéreas, e ventilação mecânica conforme indicado. Encaminhar ao hospital e/ou Unidade de Terapia Intensiva se indicado. Plano de tratamento: Todos os tratamentos incluindo o uso de ventilação mecânica.			
Instruções adicionais: _____			
C Assinale apenas uma opção	NUTRIÇÃO POR VIA ARTIFICIAL: <i>(Oferecer alimentos por via oral se possível.)</i>		
	<input type="checkbox"/> Nutrição artificial por sonda (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) a longo prazo. <input type="checkbox"/> Utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia) como teste por período de tempo definido. <input type="checkbox"/> Não utilizar sonda de alimentação artificial (ex. sonda nasointestinal e gastrostomia).		
Instruções adicionais: _____			
D OBRIGATÓRIO	DOCUMENTAÇÃO DA DISCUSSÃO: (OBRIGATÓRIO) Informações adicionais no verso.		
	A discussão que fundamentou as ordens médicas contidas neste formulário foi realizada com: <input type="checkbox"/> Paciente (Se o paciente estiver incapaz para tomar decisões, deve-se marcar a opção abaixo). <input type="checkbox"/> Representante do paciente Nome do Representante: _____ Grau de parentesco/Tipo de relacionamento: _____		
E	ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE:		
	Assinatura: (RECOMENDADO)	O paciente ou seu representante autorizam a inclusão das informações deste formulário em banco de dados institucional. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
F OBRIGATÓRIO	CERTIFICAÇÃO PELO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)		
	Assinando abaixo, eu atesto que estas ordens médicas são, ao meu melhor conhecimento, consistentes com as atuais condições e preferências de cuidados do paciente.		
	Nome do médico (Obrigatório):	Telefone:	CRM:
Assinatura do médico (Obrigatório)	Carimbo	Data: (obrigatório)	Use administrativo apenas.
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA.			

Continuação do Anexo 15 - Verso

Informações para o paciente nomeado neste formulário. NOME DO PACIENTE:			
Este formulário é preenchido sempre de forma voluntária e é geralmente indicado para pessoas portadoras de doenças graves ou saúde frágil. As ordens médicas aqui representadas têm como objetivo traduzir seus desejos em termos de tratamentos médicos com base em seu estado de saúde atual (ou seja, suas preferências sobre tratamentos médicos caso algum problema sério de saúde ocorresse hoje à noite). Uma vez que o tratamento tenha sido iniciado e os riscos e benefícios de outros tratamentos estejam mais claros, suas preferências de cuidados podem mudar. Por isso, o seu tratamento médico e este formulário podem ser modificados a qualquer momento para refletir suas novas preferências de cuidados de saúde. No entanto, nenhum formulário jamais será capaz de abordar todas as decisões sobre tratamentos que podem ser necessárias. Por isso, um documento mais abrangente denominado Diretivas Antecipadas de Vontade é recomendado a todos os adultos capazes para tomada de decisão e permite que você documente em detalhes suas instruções para cuidados de saúde futuros e/ou nomeie um representante para falar em seu nome caso você se encontre impossibilitado de fazê-lo. Por favor, considere rever suas Diretivas Antecipadas de Vontade em conjunto com seu médico.			
Informações de Contato (opcional)			
Representante do paciente para tomada de decisão sobre sua saúde:	Relacionamento ou grau de Parentesco com paciente:	Número de Telefone:	Endereço:
Orientações para os profissionais de saúde			
Preenchendo este formulário (POLST Brasil)			
O preenchimento deste formulário é voluntário. A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)* determina que todo médico deve levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente seus desejos. Esta resolução também determina que o médico registrará em prontuário as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe forem comunicadas pelo paciente. A resolução 1805/2006** do CFM determina que "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". O presente formulário tem como objetivo traduzir os valores e as preferências de cuidado dos pacientes no fim da vida em um conjunto de ordens médicas de forma a facilitar a prestação de cuidados consistentes com tais valores e preferências. <small>* A resolução 1995/2012 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/7100 ** A resolução 1805/2006 do CFM foi julgada como constitucional pela Justiça Federal conforme processo nº 2007.34.00.014809-3.</small>			
Este formulário não substitui Diretivas Antecipadas de Vontade existentes. Quando tais diretivas estiverem disponíveis, revise-as juntamente com este formulário para se certificar de que há consistência entre os dois documentos e para atualizá-los com o intuito de resolver possíveis conflitos.			
Este formulário deve ser preenchido por um médico e baseado nas preferências do paciente e indicações médicas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Um representante para tomada de decisões pode executar as instruções contidas neste formulário somente se o paciente não possuir capacidade para tanto ou se o paciente designar que a autoridade do representante como tal entre em vigor imediatamente. • Este formulário deve ser assinado por um médico para que tenha validade. A assinatura do paciente ou de seu representante é recomendável mas não é obrigatória (ex. paciente analfabeto). Instruções verbais são aceitáveis mediante assinatura posterior pelo médico de acordo com a política institucional local. • O uso do formulário original é fortemente recomendado. Fotocópias e faxes deste formulário assinados são válidas. Uma cópia deve ser mantida nos registros médicos do paciente em papel Ultra Rosa quando possível. 			
Como utilizar este formulário			
<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer seção não preenchida deste formulário implica em tratamento invasivo completo para aquela seção. 			
Seção A			
<ul style="list-style-type: none"> • Se for encontrado sem pulso e sem respiração, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores automáticos externos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não tentar ressuscitação". 			
Seção B			
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o conforto não pode ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo alguém cuja opção tenha sido "Somente Medidas de Conforto", deve ser encaminhando a um ambiente capaz de fornecer conforto (ex. encaminhamento ao hospital para tratamento de uma fratura de fêmur). • Ventilação não-invasiva com pressão positiva inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BiPAP), e respiração assistida por bolsa valva máscara (ex. AMBU). • Antibióticos e hidratação endovenosa geralmente não fazem parte das medidas previstas no item "Somente Medidas de Conforto" da seção B. • Tratamento de desidratação é uma medida de prolongamento da vida. Se um paciente deseja fluidos IV, indique "Tratamento Limitado" ou "Tratamento Invasivo Completo". • Dependendo do protocolo do SAMU e de serviços de emergência pré-hospitalar locais, o item "Instruções Adicionais" descritos na Seção B pode não ser implementado. 			
Revisão deste formulário			
É recomendado que este formulário seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada especialmente quando: <ul style="list-style-type: none"> • O paciente é transferido de um ambiente ou nível de cuidados para outro; ou • Há uma mudança substancial no estado de saúde do paciente; ou • Se as preferências de tratamento do paciente mudam. 			
Alteração e Anulação do formulário.			
Um paciente com capacidade de decisão pode, a qualquer momento, requerer tratamento alternativo ou anular este formulário por qualquer meio que indique sua intenção de revogá-lo. É recomendado que a revogação seja documentada traçando-se uma linha através das Seções de A a D, escrevendo a palavra ANULADO em letras grandes, datando e assinando sobre a linha.			
O representante para tomada de decisão pode requerer a modificação das instruções contidas nesse formulário em colaboração com o médico baseado nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, no melhor interesse do paciente.			
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE TRANSFERIDO OU DE ALTA			