

Anelise Coelho da Fonseca¹, Walter Vieira Mendes Junior¹, Maria de Jesus Mendes da Fonseca¹

Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática

Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review

1. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/Fiocruz - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

RESUMO

Objetivo: O uso de tecnologia médica intervencionista em pacientes idosos em estado terminal necessita ser associado aos cuidados paliativos como medidas de suporte clínico na terapia intensiva. Esse recurso auxilia nas decisões ao final da vida do paciente e direciona a atenção da equipe de saúde para garantir o conforto do paciente e a satisfação da família. O prolongamento da vida sem a implementação de ações que visem amenizar sintomas, como dor e dispneia, contribui para o estresse familiar e a morte com sofrimento. O objetivo deste trabalho foi conhecer os avanços no uso dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.

Métodos: Revisão sistemática sobre a relação entre cuidados paliativos aos idosos e a terapia intensiva nos portais Medline e Bireme.

Resultados: Foram analisados 29 artigos, que mostram experiências de cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva utilizando as variáveis “satisfação da família quando participa das discussões sobre os cuidados paliativos” e “dificuldades na implementação desse tipo de cuidado por falta de capacitação técnica dos profissionais”.

Conclusão: O tema “cuidados paliativos” deve ser aprofundado visando melhorar a relação entre pacientes, seus familiares e a equipe de saúde. Considerando o aumento do número de idosos na terapia intensiva, é fundamental melhorar a capacitação do profissional de saúde para enfrentar os desafios que envolvem a terminalidade da vida.

Descritores: Idoso; Cuidados paliativos; Cuidados para prolongar a vida; Assistência paliativa; Cuidados críticos; Doença crônica

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são intervenções destinadas aos pacientes que estão numa situação de terminalidade de vida. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), CP são intervenções que amenizam sintomas desagradáveis, provocados pela progressão de uma doença ou pelo tratamento proposto.^(1,2) A faixa etária dos idosos é a que com maior frequência está sujeita a essas intervenções, principalmente aqueles submetidos às terapias longas para doenças crônicas, tais como demência, neoplasia, cardiopatia, pneumopatia e nefropatia. O impacto do envelhecimento na saúde passou a ser mais valorizado no Brasil, a partir do final da década de 1980 e, como consequência, as práticas clínicas especializadas direcionadas ao idoso passaram a ser vistas como fundamentais.⁽³⁾ Mesmo com as melhorias no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico de uma doença, o assunto “morte” se mantém no imaginário do idoso e de quem o assiste. Uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde envolvidos com o tratamento de idosos é como a morte está sendo vivenciada por seus pacientes e familiares. Grande parte dessas mortes ocorre

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 13 de Janeiro de 2012
Aceito em 14 de Junho de 2012

Autor correspondente:

Anelise Coelho da Fonseca
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, 8º andar, sala 818 - Manguinhos
CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
E-mail: anelise1976@gmail.com

dentro de hospitais e, em particular, nas unidades de terapia intensiva (UTIs). Esse é um dos motivos pelo qual a relação dos CP e as UTIs deve ser compreendida à luz da transição das mudanças no padrão das doenças e na longevidade da população.⁽⁴⁻⁶⁾ *The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment* (SUPPORT) foi um estudo pioneiro que contribuiu para que outras pesquisas pudessem ser realizadas.⁽⁷⁾ No Brasil, o tema ganhou mais destaque, quando a revista de economia inglesa *The Economist* publicou, em 2010, um *ranking* sobre qualidade de morte em diferentes países e o Brasil, de acordo com critérios escolhidos, foi alocado como o 3º pior país para se morrer.⁽⁸⁾

Ao discutir a situação de terminalidade dos idosos, devemos considerar os sintomas das doenças crônicas e o cuidado diferenciado necessário como itens fundamentais para o alívio de sintomas que provocam sofrimento e a manutenção da capacidade funcional do indivíduo. O objetivo de encaminhar pacientes terminais para a UTI é disponibilizar os mais modernos recursos tecnológicos para a manutenção da vida. Contudo, esse aparato técnico, mesmo quando suficiente para oferecer aos pacientes e a seus familiares o alívio de seus sintomas, não será, certamente, suficiente para eliminar o sofrimento e a angústia do paciente e de seus familiares.^(9,10)

Os CP são um conjunto de medidas de intervenção, independente dos motivos da admissão, que asseguram conforto ao paciente e que podem ser executadas simultaneamente às atividades intervencionistas e “curativas” da UTI. Os profissionais que cuidam de pacientes com doenças de maior gravidade estão cientes de que o prognóstico mais provável é a morte e não a recuperação do estado de saúde prévio.⁽¹¹⁾ Para esses quadros clínicos de morte iminente, os médicos intensivistas, ao invés de insistirem em ações direcionadas para a reversão e o prolongamento da vida à custa de sofrimento, deveriam direcionar sua conduta para intervenções que buscassem o alívio e o conforto. Os CP ampliam o arsenal terapêutico para além das tecnologias de cuidado tradicionais da UTI. Como exemplo pode ser citado o uso combinado de uma dose titulada de morfina associada à ventilação não invasiva com máscara para tratar a dispnéia da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ao invés do uso do tubo orotraqueal. O uso de intervenções não farmacológicas, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, técnicas de relaxamento e musicoterapia, podem promover bem-estar enquanto o paciente permanece sob o tratamento intensivo.⁽¹²⁾ O respeito à autonomia do enfermo e de sua família, estimulando-os a coparticipar das decisões, é também iniciativa que pode contribuir para minimizar as angústias que a terapêutica medicamentosa costuma não conseguir.

O uso CP na UTI não é recente. Há literatura suficiente que respalda sua execução e, assim, não há motivos para que os pacientes continuem padecendo no momento da morte.

Este artigo teve como objetivo mostrar, por meio de uma revisão sistemática, o avanço nas discussões na literatura sobre os CP na UTI e contribuir para que sejam implementados na forma de protocolos, juntamente das diretrizes clínicas já existentes, como, por exemplo, o protocolo de medidas para a profilaxia de pneumonia associada à ventilação mecânica.

MÉTODOS

Este estudo é de natureza descritiva e utilizou como metodologia a revisão sistemática da literatura de estudos publicados sobre CP em unidades de cuidados intensivos limitados para maiores de 65 anos. Foram analisados artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídos os estudos na forma de editoriais e cartas. Foram utilizados os portais *The National Library of Medicine* (NCBI) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos quais foram acessadas as seguintes fontes de pesquisa: *Cochrane Library*, IBECs, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed. Foram analisados todos os artigos publicados entre janeiro de 1960 até 30 de novembro de 2011. As palavras-chave empregadas para a busca foram “cuidados paliativos” e “unidade de terapia intensiva”, em português; “*palliative care*” e “*critical care*” em inglês; “*unidades de cuidados intensivos*” e “*cuidados paliativos*” em espanhol. As palavras-chaves utilizadas na revisão na língua inglesa, constam da *Medical Subject Headings Terms* (MeSH), da *US National Library of Medicine* (NLM).

Foram considerados para análise dos estudos encontrados nesta revisão: o tipo de estudo, se baseado em método qualitativo ou quantitativo; os objetivos; os resultados e as conclusões. Para analisar a qualidade metodológica dos mesmos, os guias utilizados foram: PRISMA (do inglês *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) e STROBE (do inglês *STrengthening the Reporting of OBservational studies in HYPERLINK “http://www.cochrane.org/glossary/5#term226” Epidemiology*) quando quantitativos.^(13,14)

Para seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e dos resumos identificados na busca inicial foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente e cega. A seleção foi realizada em duas fases: na primeira fase, houve uma avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; na segunda fase, uma avaliação do texto completo. As divergências sobre os artigos, que deveriam ser selecionados para leitura foram resolvidas por consenso. Quando o consenso não foi obtido, o estudo foi incluído para leitura completa.

Foram excluídos títulos que focavam intervenções farmacológicas específicas e quando não se discutia a relação entre os dois termos. Foram retirados os textos que não disponibilizavam o resumo para verificação.

RESULTADOS

Foram identificados 333 artigos na revisão sistemática. Após a seleção por título e resumos disponíveis, permaneceram 57 artigos. Deste grupo foram excluídos 28 por serem publicações do tipo editoriais, cartas ou não possuírem relação entre os temas. Foram para leitura integral 29 artigos. A figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos. Houve uma ascensão do número de publicações referentes aos 2 temas nesses últimos 10 anos (Tabela 1).

Os artigos selecionados estão apresentados nos quadros

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos artigos com os termos "cuidados paliativos" e "unidade de terapia intensiva" no período de 1960-2011

Anos	CP	UTI	Termos cruzados
60-70	144(1,6)	0(0,0)	0(0,0)
70-80	502(5,4)	67(1,3)	0(0,0)
80-90	1.137(12,3)	676(12,7)	13(3,9)
90-2000	2.259(24,5)	1.497(28,0)	47(14,1)
2000-2011	5.179(56,2)	3.097(58,0)	273(82,0)
Total	9.221(100)	5.337(100)	333(100)

CP - cuidados paliativos; UTI - unidade de terapia intensiva. Resultados expressos em número (%).

1, 2 e 3. Optou-se por classificá-los em três grupos: estudos que utilizaram métodos qualitativos; estudos que utilizaram métodos quantitativos e estudos de revisão, descrição de uma experiência ou de fundamentação teórica.⁽¹⁵⁻⁴³⁾ Seguem os resultados dos principais artigos selecionados.

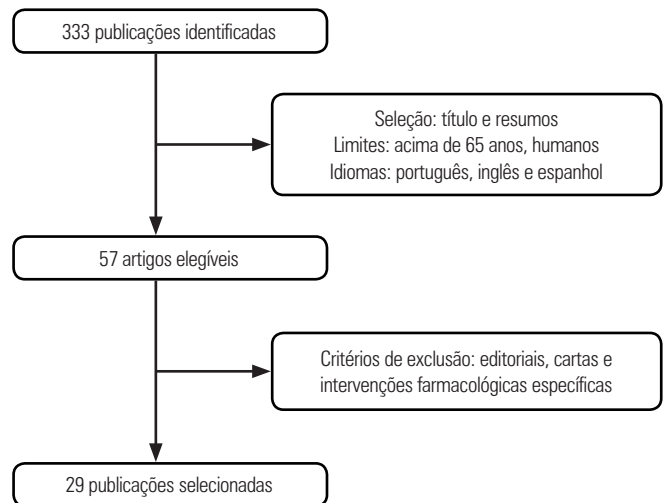


Figura 1 - Fluxo do método de busca.

Quadro 1 - Características dos estudos qualitativos selecionados entre cuidados paliativos e unidades de terapia intensiva entre 1960 e 2011

Autor, ano	Tipo de estudo/Método	Objetivos	Resultados e Conclusões
Singer et al., 1999 ⁽¹⁵⁾	Análise das respostas de entrevistas com coordenadores de especialização em medicina intensiva	Identificar e descrever elementos da qualidade do cuidado ao final da vida na perspectiva do paciente	Foram identificados 5 domínios da qualidade do cuidado ao fim da vida: controlar a dor; evitar prolongamento da vida; manter senso do controle da situação; amenizar sofrimento; estreitar relacionamento com entes. Esses domínios podem auxiliar na melhora da qualidade do final de vida
Gherardi et al., 2000 ⁽²⁰⁾	Análise de conteúdo das respostas de um questionário realizado com 93 médicos intensivistas	Discutir a decisão sobre iniciar e suspender ou não as medidas de manutenção da vida na UTI	A falta de dispositivos legais ou jurisprudência de proteção ao médico e a falta de consenso cultural sobre os CP foram os principais obstáculos para as limitações terapêuticas na UTI. No universo médico não há um consenso na decisão técnica e o desejo de atuar
Palú et al., 2004 ⁽²²⁾	Análise do discurso de 9 depoimentos de enfermeiros que trabalham na UTI	Compreender a percepção de morte dos enfermeiros que trabalham na UTI	Enfermeiros informaram que exercem suas funções com emoção e questionamentos, pois, na visão deles, eles não foram preparados para trabalhar com a morte e por isso tendem a negá-la, entendendo como um fracasso
Lourenço, 2004 ⁽²³⁾	Análise de conteúdo de 20 entrevistas realizadas com visitantes de UTI	Investigar o ambiente, do ponto de vista do visitante, como fator de impacto da internação de entes em UTI Propor um ambiente de cuidado e conforto para esse visitante	A existência do conforto pela fé, o desconforto pela perda antecipada do ente querido e as necessidades de receber afeto e atenção por partes dos profissionais da UTI foram os principais resultados da investigação desse ambiente; as autoras propõem a criação de ambiente de cuidado nas UTIs para melhorar receptionar os visitantes a partir de 9 pressupostos
Earle et al., 2005 ⁽²⁴⁾	Análise dos padrões protocolares e variações estatísticas já existentes do cuidado ao paciente terminal utilizando dados do Medicaid e Medicare de 48.906 óbitos em 5 anos em 11 regiões dos Estados Unidos	Avaliar se medidas como uso de quimioterapia, admissões hospitalares e hospices podem ser usadas como marcadores para identificar o tipo de cuidado prestado em pacientes terminais	Não foram identificados tratamentos agressivos na maioria dos enfermos e 55% dos casos foram direcionados aos hospices. A utilidade destas medidas vai depender do tratamento instituído, podendo ser um marcador do trabalho de equipe inclusive

CP - cuidados paliativos; UTI - unidade de terapia intensiva.

Quadro 2 - Características dos estudos quantitativos selecionados entre cuidados paliativos e unidades de terapia intensiva entre 1960 e 2011

Autor, ano	Tipo de estudo/Método	Objetivos	Resultados e Conclusões
Predergast et al., 1998 ⁽²⁶⁾	Estudo de prevalência Análise de como os médicos intensivistas categorizavam as mortes na UTI em que atuavam	Determinar a frequência do uso de manobras de ressuscitação cardíaca e a suspensão ou não de intervenções para a manutenção da vida na UTI	Em 70% das UTIs havia decisões de limites ao fim da vida; não se soube a real frequência do uso de manobras ou das decisões de suspender intervenções ao final de vida; a inexistência de um consenso na prática de limitar intervenções sugeriu a necessidade de esforços, por parte dos gestores da UTI, para que pudessem entender os motivos da variação na conduta médica e que contribuam na melhora da qualidade do atendimento
Lilly et al., 2000 ⁽³²⁾	Estudo de intervenção A proposta de intervenção foi o uso da comunicação para discutir com familiares o plano de cuidados em até 72 horas da admissão na UTI de 530 pacientes	Determinar o efeito do processo de comunicação para estimular o uso do suporte avançado de vida quando houver benefício e limitá-lo quando não efetivo Verificar se o cuidado realizado por uma equipe de paliativistas foi efetivo em relação aos objetivos dos pacientes; determinar se o processo de comunicação com as famílias facilitaria a transição do cuidado, do suporte avançado de vida para os cuidados paliativos Verificar se a comunicação da equipe de saúde interferiu na redução do tempo de permanência dos moribundos e na permanência da taxa de mortalidade	A comunicação influenciou a redução da mediana do tempo de internação na UTI de 4 para 3 dias e na manutenção das taxas de mortalidade; houve maior limitação das intervenções quando as famílias participavam das discussões; maior nível de satisfação dos pacientes cuidados pela equipe multidisciplinar; aumento da frequência do consenso entre membros da equipe e com os familiares (queda na taxa de tempo de discordância de 65 dias para 4 dias/1.000 pacientes-dia e de 171 para 16 dias/1.000 pacientes/dia respectivamente)
Mann et al., 2004 ⁽⁴³⁾	Estudo descritivo Descrição de 17 casos de pacientes internados na UTI ao final da vida	Descrição da experiência dos autores no deslocamento de pacientes na UTI com morte iminente para suas casas	Todos os 17 familiares foram consultados e as terapias que exigiam a permanência do enfermo foram suspensas; ao final, a resposta foi positiva em relação à decisão de encaminhar os moribundos para suas casas na iminência da morte
Loyd et al., 2004 ⁽³¹⁾	Coorte prospectiva Análise de respostas de 50 pacientes admitidos em UTI quando foram apresentados aos cenários de risco iminente de morte	Determinar a influência da autorresposta sobre a qualidade de vida na pré-admissão hospitalar e em relação à predição do prognóstico de mortalidade Determinar se esse autorrelato influencia no tempo de permanência e nos cuidados da UTI dos idosos gravemente enfermos	80% aceitaram ir para UTI com ventilação mecânica se a chance de sobrevivência fosse de 50% em 15 dias; 50% iriam se a chance fosse maior em 1 mês e 36% iriam se fosse de 1%. A predição da qualidade de vida após a alta da UTI parece ser importante na tomada de decisão da equipe médica, mas não alterou o tempo de permanência dos gravemente enfermos
Watch et al., 2005 ⁽³⁴⁾	Coorte retrospectiva de 3 anos Revisão do prontuário de pacientes com mais de 55 anos que foram a óbito após admitidos na UTI	Determinar que fatores estavam relacionados à suspensão ou não de tratamento para manutenção da vida em vítimas de trauma que morreram	Do total de admissão no período, 20% foram a óbito e 54,7% desse grupo tiveram suas intervenções suspensas. Em 78% dos casos, a discussão com a família foi documentada. Fatores como idade, índices prognósticos de gravidade, comorbidades e complicações não foram associadas à conduta de suspensão
Long e Lescoe-Long, 2005 ⁽³⁵⁾	Coorte prospectiva de 2 anos Acompanhamento de idosos com incapacidade funcional ou internações repetidas pertencentes a um programa de gerenciamento do cuidado	Determinar se uma relação inversa entre idade e agressividade do tratamento proposto prevalece nos idosos com incapacidade funcional Identificar se aqueles que morreram receberam tratamento mais agressivo que os sobreviventes	Queda de 8% na intensidade do cuidado entre 75 e 79 anos e de 32% para mais de 90 anos nos pacientes ambulatoriais; nos internados, essa diferença não foi verificada, sendo que os idosos mais velhos que morreram foram submetidos a um tratamento mais agressivo do que os sobreviventes. Foi apontada a necessidade de avanços na discussão sobre diretivas avançadas da vontade e o cumprimento dos desejos expressados pelo enfermo como itens importantes no processo decisório do plano de atenção
Twaddle et al., 2007 ⁽³⁶⁾	Estudo de prevalência multicêntrico em 35 hospitais universitários; Revisão de 1596 prontuários no período de um ano de pacientes que permaneceram mais de 4 dias na UTI	Avaliar presença e a qualidade dos cuidados paliativos realizados nesses locais	Dos 1596 casos, 90% eram considerados graves em suas doenças; 16,7% morreram e destes, 52,6% por causa respiratória (20% muito graves). No grupo de falecidos, 57% estavam na UTI há 48 h, 34% assinaram as diretivas avançadas de vida e 80% solicitaram CP; Dos sobreviventes, 42% obteve alta e 66% tiveram CP. As principais medidas paliativas foram: tratamento da dor e dispnéia, acesso psicologia e um plano para alta. Existe uma variação nas condutas entre os hospitais; os serviços atuaram melhor nos sintomas físicos; Há a necessidade de aprimoramento na coordenação do cuidado; Um pacote de medidas paliativas é sugerido como uma das formas de melhor os cuidados ofertados aos pacientes ao final da vida

Continua...

Quadro 2 - Continuação

Autor, ano	Tipo de estudo/Método	Objetivos	Resultados e Conclusões
Barnato et al., 2007 ⁽³⁷⁾	Estudo de prevalência; Análise de entrevistas realizadas com idosos beneficiários do <i>Medicare</i> em um período de 8 meses no ano de 2005	Avaliar as diferenças regionais nas preferências dos pacientes sobre o tratamento ao final de vida	Foram 2.515 entrevistas. Não houve diferença nas preferências, porém 80% preferiam morrer em casa
Sharma et al., 2008 ⁽³⁸⁾	Coorte retrospectiva Revisão de prontuário e informações do <i>Medicare</i> , <i>Medicaid</i> e <i>National Cancer Institute</i>	Mostrar se houve redução na tendência de utilização dos recursos da UTI nos últimos 6 meses de vida de portadores de câncer de pulmão avançado em um intervalo de 9 anos Mostrar os custos desse perfil de pacientes na UTI	Houve um aumento de 7,2% no uso das UTIs sendo que 25% desses enfermos receberam ventilação mecânica com média de internação de 5,9 dias; a média de gastos dos pacientes na UTI foi em torno de 40% maior do que os que permaneciam fora desse local. Mesmo com o crescimento dos <i>hospices</i> , o uso das UTIs entre idosos em fase avançada de neoplasia continua crescendo
Mosenthal et al., 2008 ⁽²⁷⁾	Estudo de coorte prospectivo para avaliar a inserção de uma equipe de paliativistas integrada com a UTI. Propôs o uso da comunicação precoce entre equipe de paliativistas e familiares como intervenção	Mostrar que a comunicação precoce entre familiares e profissionais da UTI sobre condutas é uma medida de suporte que pode melhorar as práticas dos cuidados ao final da vida	A intervenção paliativa precoce nos pacientes não alterou a mortalidade, mas a participação familiar aumentou em 32% nos debates, o que resultou em consensos mais precoces quanto aos objetivos propostos pela equipe da UTI. Não houve mudança na taxa de mortalidade diferente do aumento nas decisões de não reanimação. Mérito do trabalho foi contribuir para mudanças na cultura do cuidado neste local
Curtis et al., 2008 ⁽³⁰⁾	Estudo de intervenção; propôs o uso de um complexo sistema de suporte por meio de ações educativas para equipe de saúde e familiares de pacientes na UTI	Avaliar a qualidade e a efetividade da intervenção para ampliar o uso dos CP na UTI a partir da mudança de postura da equipe com uma atitude proativa em relação aos pacientes e à valorização da participação dos familiares	De um total de 590 óbitos, os familiares de 496 receberam a intervenção proposta; 55% dos familiares responderam positivamente e 89% das enfermeiras da mesma forma; houve melhora na qualidade do cuidado de enfermagem e na redução no tempo de internação
Tang et al., 2009 ⁽³⁹⁾	Coorte retrospectiva de um período de quatro anos no Taiwan. Revisão prontuário de 242.530 pacientes terminais que morreram durante o período	Avaliar a tendência da qualidade do cuidado oferecido ao paciente oncológico em fase final da vida	Dos pacientes estudados, todos receberam cuidados mais intensivos no último mês de vida; houve um maior redirecionamento para UTI cujo tempo de internação foi maior que 14 dias em média. Dentre os estudados, 63% morreram no hospital. A qualidade ao final de vida foi aquém do que se previa e diretrizes foram recomendadas para melhorar esse suporte
Setoguchi et al., 2010 ⁽⁴¹⁾	Coorte retrospectiva em período de 7 anos. Revisão prontuário e dados do: <i>Medicare</i> , registro de câncer, <i>hospice</i> , serviços de emergências e de um programa específico de dispensação de medicação	Descrever o uso de opioides nos serviços de emergência e nos <i>hospices</i> pelos portadores de IC terminal Comparar esses enfermos com os portadores de neoplasia	Foram 45.559 pacientes estudados com IC, sendo 15.231 também portadores de neoplasia. Daqueles que foram para hospice, 51% eram portadores de neoplasias enquanto 20% de IC; o grupo de neoplasia usou 23% a mais de opioides que IC nos <i>hospices</i> ; pacientes com IC morrem mais nas emergências do que os portadores de doenças oncológicas. Pacientes com IC morreram na emergência e tiveram menos suporte de hospice e opiáceos. Há oportunidade de maior uso de suporte clínico-farmacológico aos portadores de IC para um melhor suporte no momento da morte
Bloomer et al., 2010 ⁽²⁸⁾	Estudo de prevalência Revisão prontuário de pacientes admitidos em UTIs no período de 1 ano	Revisar os processos de final de vida na UTI e o envolvimento da família	Em um total de 70 prontuários, houve 86% de óbitos, sendo que: em 85% delas sem manobras de ressuscitação, em 90% a família participou das discussões, em 49% as medidas intensivas foram suspensas e em 46% algum membro da família esteve presente neste momento. Concluíram que a morte nessa UTI foi previsível e que os cuidados ao fim da vida foram realizados a partir de um processo consultivo
O'Mahony et al., 2010 ⁽⁴²⁾	Estudo de intervenção Aplicar um modelo de cuidados aos enfermos em final de vida na UTI	Promover a cultura de um modelo de cuidado ao fim da vida Integrar os CP na UTI na forma de consultores Estimular a alta dos pacientes terminais das UTIs para outras áreas hospitalares e <i>hospice</i>	Houve um aumento na taxa de formalização das diretivas avançadas; uma queda de 12 dias no tempo na solicitação da equipe de CP pela UTI; 33% dos enfermos que receberam a equipe de CP solicitaram não ser ressuscitados e em 83% foi respeitado este pedido; 51% dos enfermos foram direcionados aos <i>hospices</i> , sendo que 35% estiveram hospitalizados; não houve modificação no tempo de sobrevivência dos pacientes; houve aumento do uso de opióides no grupo que receberam intervenção; A equipe de CP pode melhorar a operacionalidade do cuidado e foi associada com um aumento na qualidade do mesmo pelos pacientes terminais, suas famílias e a equipe médica

CP - cuidados paliativos; UTI - unidade de terapia intensiva; IC - insuficiência cardíaca.

Quadro 3 - Características dos estudos teóricos e de revisão selecionados entre cuidados paliativos e unidades de terapia intensiva entre 1960 e 2011

Autor, ano	Tipo de estudo/Método	Objetivos	Resultados e Conclusões
Mularski e Osborne, 2003 ⁽¹⁸⁾	Fundamentação teórica	Descrever os princípios dos CP, esclarecendo as bases dos cuidados ao fim da vida na população geriátrica presente na UTI	Os autores defenderam a necessidade de se repensar a admissão de um idoso na UTI em função dos custos, não apenas financeiros como também emocionais daqueles enfermos e seus familiares
Curtis et al., 2007 ⁽²⁵⁾	Revisão da literatura com posterior discussão da temática a partir de um grupo de especialistas	Estabelecer diretrizes para o uso de ventilação não invasiva ao invés da intubação orotraqueal no final da vida	A sugestão do grupo foi para o uso da ventilação não invasiva quando o paciente e seus familiares pudessem fazer essa escolha após reunião com equipe da UTI, ponderando riscos e benefícios
Dawson, 2008 ⁽¹⁶⁾	Fundamentação teórica a partir de um relato de caso	Discutir sobre a definição de CP, complexidades do cuidado de idosos gravemente enfermos e sugerir recomendações para prática de enfermagem	Recomendações para a prática de cuidados ao final de vida pela enfermagem, ressaltando que a iniciativa deveria advir da equipe de enfermagem, pois é o profissional mais próximo do paciente no campo do cuidado
Costa-Filho et al., 2008 ⁽¹⁷⁾	Fundamentação teórica	Mostrar a filosofia dos CP como complementar às medidas curativas e apontar como uma oportunidade para o profissional dignificar o cuidado prestado e as barreiras para sua inserção na UTI	A educação dos profissionais de saúde na área da palição é fundamental para a promoção dos CP na UTI; reforça a importância dos CP e a necessidade de desenvolvimento de pesquisas na área
Moritz et al., 2008 ⁽¹⁹⁾	Fundamentação teórica	Avaliar e sintetizar o estado atual do conhecimento sobre o tema terminalidade e CP na UTI	Abordados os seguintes temas: a comunicação na UTI; decisões diante da terminalidade e CP e ações paliativas na UTI
Mosenthal et al., 2008 ⁽²¹⁾	Fundamentação teórica	Descrever os princípios fundamentais e as ferramentas dos CP na UTI cirúrgica	Como redefinir os objetivos do cuidado, combinar conforto com intervenções, quando suspender ou não iniciar tratamento e a importância do suporte emocional e espiritual.
Ryder-Lewis, 2005 ⁽³³⁾	Estudo que descreve a experiência dos profissionais em dar alta da UTI para pacientes em fase terminal	Demonstrar a experiência em dar alta para pacientes da UTI em CP para que a morte ocorra em casa	Um plano cuidadoso e com a participação da família deve ser feito inclusive para a retirada dos tubos e drogas que sustentam o paciente. Muitos são os desafios para os CP, incluindo pesquisas na comunidade, recursos humanos capacitados e política de segurança para pacientes e família
Kuschner et al., 2009 ⁽²⁹⁾	Estudo que descreve as práticas de CP na UTI a partir de 4 casos conduzidos por médicos e avaliados pela enfermagem	Apresentar os CP na UTI para reduzir conflitos de comunicação entre médicos e enfermeiras	De acordo com as enfermeiras, não houve excesso de intervenções propostas no caso apresentado; concluem que para ocorrer uma melhoria na qualidade nesse tipo de serviço, a padronização de condutas, como o desenvolvimento de diretrizes a fim de nortear os profissionais, seria uma oportunidade de reduzir as diferenças individuais nas intervenções clínicas, principalmente as paliativas, favorecendo a correção das disparidades entre os profissionais; a UTI precisa melhorar no quesito comunicação e treinamento dos profissionais sobre cuidados paliativos
Delisser, 2009 ⁽⁴⁰⁾	Estudo que descreve a abordagem médica sobre terminalidade para familiares com expectativas distorcidas sobre a reversibilidade do quadro clínico de um paciente terminal	Propor uma comunicação alternativa para as famílias cujas expectativas são elevadas em relação à melhora do estado de saúde de seu ente em estado grave na UTI a partir de um caso ilustrativo	Este tipo específico de abordagem poderá ser efetivo em ajudar as famílias em aceitar a morte de seus entes

CP - cuidados paliativos; UTI - unidade de terapia intensiva.

Singer et al.⁽¹⁵⁾ realizaram um estudo qualitativo por meio de um questionário aplicado aos coordenadores de especialização em medicina intensiva. O objetivo do estudo foi identificar e descrever os elementos pertencentes ao domínio da qualidade no cuidado ao final da vida, na perspectiva do paciente. O estudo identificou cinco domínios de qualidade nos cuidados ao final da vida: a) controlar a dor e manejar adequadamente os sintomas; b) evitar o prolongamento inapropriado da vida, com sofrimento desnecessário, por meio do uso de medidas curativas; c) manter a autonomia do paciente; d) aliviar o estresse; e) fortalecer as relações com familiares. São dimensões que fazem parte das intervenções de CP. O estudo de Dawson,⁽¹⁶⁾ de fundamentação teórica a partir de um relato de caso, discutiu os conceitos de CP e a complexidade dos pacientes terminais. Mostrou que é importante compreender a relação entre CP, idosos e UTI, pois já que os CP são centrados no

enfermo e em sua família, essas ações podem melhorar a perspectiva da qualidade de vida do paciente. Ressalta que os CP são direcionados às necessidades físicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais e, enquanto facilita a autonomia do paciente, auxilia no acesso à informação para a escolha do cuidado, inclusive pela família. A autora continua afirmando que a UTI, como um local designado para preservação veemente da vida, foca na procura ininterrupta pela reversibilidade do quadro clínico por meio de instrumentos cujo dano poderá ser maior que o benefício proposto. Por isso, intervenções que confortem essencialmente os idosos, normalmente os mais fragilizados, são, por vezes, inadvertidamente, negligenciáveis. A conclusão foi um conjunto de recomendações para esse cuidado na UTI, enfatizando que a iniciativa deveria advir da equipe de enfermagem, pois é o profissional mais próximo do paciente no campo do cuidado.

No trabalho de Costa-Filho et al.,⁽¹⁷⁾ também teórico, foram discutidos os CP como uma filosofia do cuidar e que complementariam os tratamentos curativos da Medicina Moderna; tiveram destaque as barreiras para a inserção na UTI, enfatizando que, principalmente para os profissionais intensivistas, os CP proporcionam a oportunidade de agir com dignidade e significado. Os autores concluíram que a educação dos profissionais de saúde na área da palição é fundamental para a promoção dos CP na UTI e que pesquisas são necessárias para a ampliação da presença do tema nas discussões da medicina intensiva.

Mularski e Osborne⁽¹⁸⁾ discutiram as bases dos CP para idosos gravemente enfermos e a relação com a UTI, um dos locais de destino para esse grupo de pacientes quando em situações limítrofes de sua condição de vida. Levantaram a necessidade da avaliação da condição em que o profissional responsável pela condução do caso define a admissão do idoso na UTI sob diferentes aspectos, dentre eles os custos emocionais do paciente e de sua família.

Prendergast et al.⁽²⁶⁾ coordenaram um inquérito abordando os cuidados ao fim da vida na UTI. Por meio de entrevistas, os autores quantificaram a frequência do uso de manobras de ressuscitação cardíaca e a suspensão de intervenções para a manutenção da vida. Em 30% das UTIs participantes do estudo, não havia definições, como protocolos de intervenções a serem aplicados, diante de um quadro clínico de terminalidade da vida, nem conseguiram quantificar a frequência do uso de manobras de ressuscitação ou alguma referência sobre as decisões de suspender intervenções ao final de vida registradas. Os autores constataram a inexistência de um consenso sobre práticas paliativistas e a ausência de programas de treinamento específicos para esse fim. Eles concluíram sugerindo a necessidade de esforços, por parte dos gestores da UTI, para que possam entender os motivos da variação na conduta médica e propor protocolos que possam contribuir para melhorar a qualidade do atendimento. Mosenthal et al.⁽²⁷⁾ realizaram um estudo prospectivo em uma UTI de trauma para avaliar a presença de uma equipe paliativista no suporte e verificar se uma comunicação estruturada e precoce, como intervenção sistematizada, com os enfermos e suas famílias, poderiam melhorar as práticas dos cuidados ao final da vida. Como resultado, a participação familiar aumentou em 32% nos debates, o que resultou no crescimento dos consensos entre médicos e familiares quanto aos objetivos propostos. Concluíram que essa intervenção resultou no alcance de um consenso precoce e o mérito do trabalho foi contribuir para mudanças na cultura do cuidado nesse local.

Bloomer et al.⁽²⁸⁾ realizaram uma coorte retrospectiva em uma UTI australiana com o objetivo de investigar o processo de final de vida e o envolvimento das famílias dos pacientes

internados. O trabalho envolveu 70 pacientes com média de 69 anos de idade, sendo que a mortalidade esperada foi de 86% (em função dos indicadores de gravidade) e a família estava presente em 66% dos casos. Em 85% das mortes, as manobras de ressuscitação não foram realizadas; em 90% desse grupo, a família participou das discussões; e em 49%, a opção por suspender ações curativas foi respeitada. Os autores destacaram que, apesar desse trabalho ter sido desenvolvido em uma única UTI, ele demonstrou que são várias as formas de abordar os CP na UTI. Uma delas seria a partir do envolvimento das enfermeiras e das famílias no processo decisório juntamente dos médicos, tornando a abordagem do cuidado, nesse caso, mais específica. Concluíram que a morte nessa UTI foi previsível e que os cuidados ao fim da vida foram realizados a partir de um processo consultivo entre familiares e profissionais.

Kuschner et al.⁽²⁹⁾ descreveram as práticas de CP na UTI. O objetivo foi reduzir conflitos de comunicação entre médicos e enfermeiras. Os autores verificaram que os médicos da UTI estudada sentiam desconforto quando o objetivo do cuidado proposto era a palição. Descreveram a afirmação das enfermeiras de que mesmo com esse desconforto por parte dos médicos, não houve excesso nas intervenções propostas e concluíram que, para melhorar a qualidade desse tipo de serviço prestado na UTI, a padronização de condutas é um caminho a ser considerado.

Curtis et al.,⁽³⁰⁾ a partir de um estudo de intervenção, avaliaram a qualidade do atendimento prestado a partir de um modelo integrativo entre CP e UTI como uma forma de melhoria da atenção ao paciente. Aplicaram uma série de ações educativas associadas aos CP, partindo da premissa da teoria da “autoeficácia”, já que a hipótese era de que as mudanças na postura da equipe, com uma atitude proativa em relação aos pacientes e a valorização da participação dos familiares, fariam com que os CP pudessem ser executados de forma rotineira e, conseqüentemente, poderia ocorrer uma melhora na qualidade dos cuidados ao final da vida. Como principais resultados desse estudo, houve a redução no tempo de internação prévia à morte, o aperfeiçoamento da aplicação dos CP pela enfermagem e uma maior satisfação da família.

Por último, Lloyd et al.⁽³¹⁾ estudaram uma coorte prospectiva constituída de 50 idosos acima de 80 anos com agudização de sua doença crônica de base com cerca de 50% de chance de mortalidade. O objetivo foi estudar a influência de certas variáveis na decisão de realizar intervenções “invasivas”. As variáveis foram: 1) relato do paciente sobre sua qualidade de vida prévia à admissão; 2) qualidade de vida possível após a passagem na UTI e o prognóstico de mortalidade; e 3) a duração de permanência e as intervenções invasivas que poderiam ser realizadas. Os autores realizaram entrevistas com

os enfermos apresentando dois cenários de risco: um com permanência de 14 dias sob ventilação mecânica e outro permanecendo por mais de 1 mês com esse mesmo dispositivo, além de traqueostomia e sonda enteral para alimentação. Os resultados mostraram que os que demonstraram preferências a favor das medidas intervencionistas, quando apresentadas as possibilidades de mortalidade e qualidade de vida após permanência na UTI, optaram em não aceitar as intervenções “invasivas”. Por fim, os autores comentaram que o trabalho deixa claro a necessidade de que a consideração pelos desejos dos enfermos faça parte do cotidiano da UTI. O respeito à autonomia dos pacientes internados na UTI é discutido desde o estudo SUPPORT.⁽⁷⁾

DISCUSSÃO

Os CP na UTI é um tema pertinente e atual em virtude do envolvimento de diferentes questões, entre elas: o envelhecimento populacional, em particular num país com um perfil demográfico como o Brasil, com a estimativa de 25% da população ser idosa nos próximos 30 anos; o consequente aumento da frequência de doenças crônicas, influenciando a capacidade funcional do idoso; e a dificuldade da equipe de saúde de oferecer conforto aos pacientes em estado de terminalidade, uma vez que essa discussão não faz parte da rotina de trabalho.^(7,44,45)

A existência de um embasamento teórico para defesa e aplicação dos CP na UTI existe e mais ainda, há periódicos específicos de CP que contribuem inclusive na atualização de intervenções multidisciplinares, na terapia farmacológica e na organização dos espaços físicos para favorecer essa área de atuação. O fato de encontramos publicações que permeiam os dois assuntos em um menor número, ao comparar com número de trabalhos individuais nos dois campos do saber, ratifica a demanda para ampliação do debate e, mais ainda, para pesquisas e execução dos CP na rotina de trabalho do intensivista. É possível que, num futuro próximo, os CP sejam tratados como uma especialidade médica no Brasil, denominada medicina paliativa. Essa especialidade já existe em países como Inglaterra, Austrália e Canadá. O caminho para esse reconhecimento no Brasil deu-se no início em 2010, quando os CP foram aprovados como área de atuação nas especialidades geriatria, anestesiologia, medicina comunitária, pediatria e clínica médica além de estar incluído no código de ética médica.^(46,47)

Contudo, mesmo com as evidências disponíveis sobre a importância dos CP na UTI, com os avanços nas discussões sobre ética, autonomia e morte e, sendo os CP área de atuação médica, os pacientes, especificamente os

idosos, ainda morrem com um grau elevado de sofrimento e, muitas vezes, de dor.

Duas questões sobressaíram na revisão da literatura - a primeira é que ainda há escassez de estudos quantitativos que demonstrem a associação dos CP com a satisfação do familiar, a comunicação da equipe, a qualidade de vida do paciente e o tempo de internação na UTI. A segunda questão foi a constatação de que os CP devem ser empregados na UTI, pois contribui para a melhoria dos indicadores de qualidade bem como no auxílio da construção e consolidação das relações positivas entre os profissionais que atuam nas UTIs e os pacientes e seus familiares. A adoção dos CPs pode advir da capacitação técnica dos intensivistas para executarem as medidas paliativas. A partir da constatação do elevado número de mortes na UTI, é fundamental que a discussão de como realizar os CPs esteja presente e deva estar incorporada na rotina de trabalho do intensivista. Esta revisão demonstrou alguns caminhos, dentre eles o desenvolvimento de protocolos, o treinamento dos profissionais e a inserção do tema na residência médica.

A inclusão do tema “CP no idoso portador de doença crônica em uma fase de terminalidade de doença na UTI” provocará a necessidade de repensar o foco da intervenção nesse local. Os CP proporcionam a oportunidade de intervir sob outro prisma, oferecendo conforto, alívio e respeito à autonomia do paciente e de seus familiares.

Houve um crescimento no volume de publicações nos últimos 10 anos e o que chamou a atenção foi que, apenas 2, dentre os 29 artigos selecionados, estavam datados antes do ano de 2000. Certamente os impactos do envelhecimento da população geral e a crescente prevalência das patologias crônico-degenerativas contribuem para a explicação desse fato; entretanto, diferentes motivos podem ser considerados. Dentre eles, o fato da medicina paliativa, na Inglaterra, local de origem do movimento *hospice* moderno, somente ter sido reconhecida com especialidade médica em 1987. Outras questões podem ser apontadas: a detecção do número elevado de mortes nas UTIs com os pacientes em sofrimento; a evolução das técnicas de suporte da vida artificiais em confronto com os dilemas éticos; e, por último, a participação da família no processo decisório são itens que destacam a importância de debates sobre CP na medicina intensiva (como objetos de investigação) a partir do final da década de 1990 e início 2000.

O papel importante desempenhado pela enfermagem nos CP foi outro item frequente nas publicações selecionadas; foram identificados 12 dentre os 29 artigos cuja categoria profissional participou da elaboração dos mesmos. Os artigos destacam que os enfermeiros são profis-

sionais com função essencial na equipe nas intervenções paliativas. Cabe a esse profissional o cuidado direto do enfermo que contribui para aproximar toda equipe de saúde da UTI na participação ativa nessa atenção. Obviamente que uma equipe multiprofissional paliativista contempla outras categorias e estas também são importantes, cada uma em sua área de atuação. Entretanto, o destaque ao profissional da enfermagem é necessário, pois, muitas vezes, é o condutor do plano de atenção nos CP.

CONCLUSÃO

Existem barreiras que precisam ser ultrapassadas para que os CP sejam disseminados: as crenças e escassez de esclarecimentos técnicos dos membros da equipe de trabalho na UTI; a resistência dos médicos assistentes que fazem o acompanhamento dos pacientes e, por vezes, são contrários às sugestões de conduta dos intensivistas; os gestores da instituição onde a UTI está inserida e, por fim, os familiares quando não esclarecidos

Este trabalho apresentou limitações em relação às fontes de busca. Ao realizar a busca das informações em dois portais, os autores estavam cientes de que alguns estudos relevantes poderiam ser excluídos. No entanto, os dois portais são os mais conhecidos e importantes em termos de número de periódicos e acesso entre os profissionais da saúde.

ABSTRACT

Objective: The use of interventionist medical technology in terminal elderly patients must be associated with palliative care as a measure of clinical support in intensive care units. Palliative care is an important component of end-of-life care, and the assistance provided by the healthcare team should be guided by decisions made by patients and their family members. Prolongation of life not accompanied by therapies aimed at relieving symptoms, such as pain and dyspnea, contributes to patient and family member stress suffering. The aim of the present study was to survey advances made in the application of palliative care in intensive care units.

Methods: Medline and Bireme were used to perform a systematic literature review of intensive care units-based palliative care for elderly patients.

Results: A total of 29 articles describing palliative care in intensive care units were analyzed according to the variables “satisfaction of relatives when they participate in the discussions on palliative care” and “difficulties to implement such type of care due to lack of technical skills of the health caregivers.”

Conclusion: Palliative care for elderly patients in intensive care units must be more thoroughly investigated to improve the relationships and communication among patients, their relatives, and the healthcare team. As greater numbers of elderly patients are admitted to intensive care units, the skills of health caregivers must improve to meet the challenges posed by the end-of-life care.

Keywords: Aged; Hospice care; Life support care; Palliative care; Critical care; Chronic disease

REFERÊNCIAS

- Davies E, Higginson IJ, editors. The solid facts. Palliative care. Denmark: World Health Organization Europe; 2004. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2007.
- Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Cançado FA, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1079-88.
- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública. 1987;21(3):200-10.
- Prata PA. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública. 1992;8(2):168-75.
- Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, Puntillo KA, Danis M, Deal D, Levy MM, Cook DJ; Critical Care Peer Workgroup of the Promoting Excellence in End-of-Life Care Project. End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. Crit Care Med. 2006;34(10):2547-53.
- Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, Rubenfeld GD; Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med. 2004;32(3):638-43.
- A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA. 1995;274(20):1591-8. Erratum in JAMA 1996;275(16):1232.
- The quality of death: ranking end-of-life care across the world. Commissioned by Lien Foundation [Internet]. Economist Intelligence Unit. 2010.[cited 2012 June 16]. Available from: http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf
- Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, Martinez M, Badia F, Piazza J, et al. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care unit patients who died. Crit Care Med. 1998;26(7):1187-93.
- Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. Crit Care Nurse. 2002;22(6):12-9.
- Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tavella M, Sarquis S, Irrazabal C. La muerte en un servicio de terapia intensiva: influencia de la abstencion y retiro del soporte vital. Medicina (B Aires). 2006;66(3):237-41.
- Hilliard RE. Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. Evid Based Complement Alternat Med. 2005;2(2):173-8.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):1006-12.
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):559-65.
- Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA. 1999;281(2):163-8.
- Dawson KA. Palliative care for critically ill older adults: dimensions of nursing advocacy. Crit Care Nurs Q. 2008;31(1):19-23.
- Costa-Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLB, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(1):88-92.

18. Mularski RA, Osborne ML. End-of-life care in the critically ill geriatric population. *Crit Care Clin*. 2003;19(4):789-810, viii.
19. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
20. Gherardi CR, Biancolini CA, Del Bosco CG. Ingreso de pacientes irreuperables en terapia intensiva, no aplicación y suspensión de métodos de soporte vital: análisis de una encuesta de opinión. *Med Intensiva*. 2000;17(1):15-20.
21. Mosenthal AC, Murphy PA, Barker LK, Lavery R, Retano A, Livingston DH. Changing the culture around end-of-life care in the trauma intensive care unit. *J Trauma*. 2008;64(6):1587-93.
22. Palú LA, Labronici LM, Albin L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):33-41.
23. Lourenço EC. As necessidades de cuidado e conforto em UTI oncológica: com a palavra os visitantes.[dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
24. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(6):505-9.
25. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, White DB, Hill N, Keenan SP, Benditt JO, Kacmarek R, Kirchoff KT, Levy MM; Society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive Ventilation Task Force. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit Care Med*. 2007;35(3):932-9.
26. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158(4):1163-7.
27. Mosenthal AC, Lee KF, Huffman J. Palliative care in the surgical intensive care unit. *J Am Coll Surg*. 2002;194(1):75-83; discussion 83-5.
28. Bloomer MJ, Tiruvoipati R, Tsiripillis M, Botha JA. End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Aust Crit Care*. 2010;23(1):13-9.
29. Kuschner WG, Gruenewald DA, Clum N, Beal A, Ezeji-Okoye SC. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures: a quality improvement initiative following an investigation of alleged euthanasia. *Chest*. 2009;135(1):26-32.
30. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt E, et al. Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;178(3):269-75.
31. Lloyd CB, Nietert PJ, Silvestri GA. Intensive care decision making in the seriously ill and elderly. *Crit Care Med*. 2004;32(3):649-54.
32. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med*. 2000;109(6):469-75.
33. Ryder-Lewis M. Going home from ICU to die: a celebration of life. *Nurs Crit Care*. 2005;10(3):116-21.
34. Watch LS, Saxton-Daniels S, Schermer CR. Who has life-sustaining therapy withdrawn after injury? *J Trauma*. 2005;59(6):1320-6; discussion 1326-7.
35. Long MJ, Lescoe-Long M. Does age influence the intensity of care in a managed care organization? *Health Care Manag (Frederick)*. 2005;24(2):119-23.
36. Twaddle ML, Maxwell TL, Cassel JB, Liao S, Coyne PJ, Usher BM, et al. Palliative care benchmarks from academic medical centers. *J Palliat Med*. 2007;10(1):86-98.
37. Barnato AE, Herndon MB, Anthony DL, Gallagher PM, Skinner JS, Bynum JP, et al. Are regional variations in end-of-life care intensity explained by patient preferences? A Study of the US Medicare Population. *Med Care*. 2007;45(5):386-93.
38. Sharma G, Freeman J, Zhang D, Goodwin JS. Trends in end-of-life ICU use among older adults with advanced lung cancer. *Chest*. 2008;133(1):72-8.
39. Tang ST, Wu SC, Hung YN, Huang EW, Chen JS, Liu TW. Trends in quality of end-of-life care for Taiwanese cancer patients who died in 2000-2006. *Ann Oncol*. 2009;20(2):343-8.
40. Delisser HM. A practical approach to the family that expects a miracle. *Chest*. 2009;135(6):1643-7.
41. Setoguchi S, Glynn RJ, Stedman M, Flavell CM, Levin R, Stevenson LW. Hospice, opiates, and acute care service use among the elderly before death from heart failure or cancer. *Am Heart J*. 2010;160(1):139-44.
42. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med*. 2010;24(2):154-65.
43. Mann S, Galler D, Williams P, Frost P. Caring for patients and families at the end of life: withdrawal of intensive care in the patient's home. *N Z Med J*. 2004;117(1196):U935.
44. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul*. 2006;23(1):5-26.
45. Barreto ML, Carmo EI. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I, organizador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 15-27.
46. Clark D. International progress in creating palliative medicine as a specialized discipline. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RS, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 9-16.
47. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica [internet]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novportal/index5.asp>. Acesso em 01 de junho de 2010.