

CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA

PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A LITERATURE REVIEW

Wendel Sebastian Ramalho Lacerda¹, Francisco Carlos Oliveira Júnior², Bruno Menezes de Carvalho³ e Welington Silva Baião⁴

ARTIGO

Recebido:

15/03/2023

Aprovado:

12/04/2023

Palavras-chave:

Cuidados Paliativos.
Idosos. Medicina.
Unidade de Terapia
Intensiva.

RESUMO

Introdução: Cuidados Paliativos é uma política indicada a todos os pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida, independentemente de diagnóstico, prognóstico ou idade. Nesse contexto, existe uma proporção crescente de pacientes idosos que necessitam da UTI durante o último mês de vida. **Objetivo:** Abordar a importância dos cuidados paliativos no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** A pesquisa foi feita a partir das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PUB- MED). Serão utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Palliative Care”, “Palliative Medicine”, “Geriatrics”, “Intensive Care Units”. Foram utilizadas as associações Palliative Care AND Palliative Medicine AND Geriatrics AND Intensive Care Units. **Considerações finais:** Os estudos em análise evidenciam que mesmo com toda a gama de recursos tecnológicos e de pesquisas clínicas atuais no mercado científico, ainda assim, o conhecimento teórico e prático sobre Cuidados Paliativos entre os profissionais médicos é restrito e deficiente. Algumas hipóteses seriam a improficuidade das grades das universidades sobre o tema, e dificuldade desses profissionais em assumirem atitudes clínicas que detenham seu foco mais na qualidade de vida desses pacientes do que nas condutas clínicas específicas de cada patologia. Nesse contexto, os idosos configuram ainda o grupo etário que mais se prejudica com técnicas indevidas de condutas paliativas no Brasil, sendo a estadia em UTI um dos fatores que agravam ainda mais a diminuição da qualidade de vida desses.

ABSTRACT

Key words:

Palliative Care.
Elderly. Medicine.
Intensive Care Unit.

Introduction: Palliative care is a policy indicated for all patients with life-threatening illness, regardless of diagnosis, prognosis or age. In this context, there is an increasing proportion of elderly patients requiring ICU during the last month of life. **Objective:** To address the importance of palliative care in the Intensive Care Unit. **Methods:** The search was made from the databases Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature on Social and Health Sciences (LILACS) and National Library of Medicine (PUB- MED). The following Health Sciences Descriptors (DECS) were used: "Palliative Care", "Palliative Medicine", "Geriatrics", "Intensive Care Units". The associations Palliative Care AND Palliative Medicine AND Geriatrics AND Intensive Care Units were used. **Final considerations:** The studies under analysis show that even with all the technological resources and current clinical research in the scientific market, even so, theoretical and practical knowledge about Palliative Care among medical professionals is restricted and deficient. Some hypotheses would be the lack of a sufficient number of university courses on the theme, and the difficulty of these professionals in assuming clinical attitudes that focus more on the quality of life of these patients than on the specific clinical conducts of each pathology. In this context, the elderly are still the age group that is most affected by improper techniques of palliative care in Brazil, and the stay in the ICU is one of the factors that further aggravate the decrease in their quality of life.

¹Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Santa Maria;

²Docente do Centro Universitário Santa Maria;

³Docente do Centro Universitário Santa Maria;

⁴Docente do Centro Universitário Santa Maria;

1. INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) é uma política indicada a todos os pacientes, incluindo familiares, com doença ameaçadora da continuidade da vida, independentemente de diagnóstico, prognóstico ou idade, e que, a qualquer momento em curso tenham expectativas ou necessidades não atendidas, podendo complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou tornar-se o foco total do cuidado. Assim, pois, os idosos, representando uma população mais gravemente enferma, beneficiam-se com a implantação dos CP quando em tratamento no final da vida que, frequentemente, é de alta intensidade, mas não ligado a uma maior qualidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015; HORTON et al, 2016).

Para Queiroz (2018) o crescente extrato populacional de idosos é uma realidade em todo o mundo, assim como, no Brasil, e, em geral, são pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis que as levam a condições de cronicidade. Tais condições podem torná-los fragilizados em virtude da associação entre o adoecimento crônico e as alterações próprias da senescência, embora o avanço tecnológico, somado aos conhecimentos e competência dos profissionais no tratamento, em alguns casos, não modifique a condição determinada pelo adoecimento.

Segundo Braus (2015), 20% das mortes nos EUA ocorrem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uma proporção crescente de pacientes idosos permanece nesse setor durante o último mês de vida. Além disso, os familiares estão em alto risco de deficiência psicológica após a estadia dos seus entes nesse serviço. Estudos demonstraram que os cuidados paliativos estão associados ao aumento da qualidade de vida e diminuição da intensidade do tratamento no final de vida, e, especificamente redução da internação em UTI (HORTON et al, 2016).

Os papéis dos intensivistas durante decisões de internação em UTI de pacientes que necessitam de CP estão relacionados a tarefas clínicas práticas e a atividades constitutivas da identidade profissional. Essa distinção entre prática e identidade profissional está em consonância com a psicologia organizacional e significa que a definição de papéis profissionais excede os padrões práticos. Assim, a necessidade de avaliar o paciente de forma global é um assunto que debate o valor da individualidade do paciente, facilitando um relacionamento onde o paciente se sinta confortável para compartilhar informações que permeiam a cronologia da evolução de sua doença (CULLANT et al, 2018; CALDAS et al, 2018).

O envolvimento proativo de cuidados paliativos em UTI para pacientes de alto risco, assim como o idoso, foi associado a mais cedo reuniões familiares na UTI e menor tempo de internação hospitalar. As reuniões entre médicos e familiares são essenciais para informá-los sobre condição, tratamento e prognóstico de seus pacientes, assim como para discutir as preferências dos pacientes sobre cuidados e os valores que formam a base das metas, suscitando e reconhecendo emoções para fornecer apoio à tomada de decisões médicas (BRAUS et al, 2015).

Sobre os manejos dos sintomas de paciente em UTI, idosos ou não, enfatiza-se a importância da atuação dos CP nas diferentes especialidades médicas, deixando, dessa forma, clara a expansão pela qual passa os cuidados paliativos nos últimos anos de maneira a atingir diversas áreas. Da mesma forma, pacientes e familiares devem ser informados de que os cuidados paliativos envolvem o melhor tratamento possível para aquela situação específica, assim como deve ser respeitada suas vontades e considerada as bases sociais e espirituais dos mesmos (CALDAS et al, 2019).

Diante da complexidade nos discursos atuais para a atuação dos cuidados paliativos, uma das principais justificativas desse projeto está no entendimento dos profissionais médicos à cerca dos conhecimentos, dos princípios e da filosofia do tema ao tratar-se da terminalidade dos pacientes em idade avançada quando na impossibilidade de cura, mas, que necessitam de paliativos para os sintomas persistentes. Percebe-se, então a importância de um estudo que elenque os principais desafios encontrados por esses profissionais para que dessa forma possam evidenciar recontextos em suas práticas.

Espera-se elucidar os principais desafios encontrados pelos profissionais médicos na prestação dos cuidados paliativos em idosos na UTI, e que esses resultados possam impactar positivamente esses profissionais, permitindo desta forma o entendimento de que os idosos portadores de patologias sem possibilidade de tratamentos e prolongamento de vida merecem o conforto e respeito durante o enfrentamento da finitude, utilizando de terapias que não adiantem a morte, sem entretanto provocá-la e, que, não aviltem o respeito a dignidade humana quanto aos valores éticos e espirituais de cada paciente.

2. METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, constituída das seguintes etapas: formulação do problema, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Uma revisão integrativa constitui-se em analisar textos

completos de maneira sistemática e ordenada, trazendo resultados relevantes para a tomada de decisão, além de subsídios que permitam reflexões para a elaboração ou utilização no cenário da saúde. Sua aplicabilidade se dá não somente pela elaboração de protocolos, procedimentos e políticas, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita (BOTELHO *et al.*, 2011).

A pesquisa foi realizada a partir das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (PUB- MED). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Palliative Care”, “Palliative Medicine”, “Geriatrics”, “Intensive Care Units”. Foram utilizadas as associações Palliative Care AND Palliative Medicine AND Geriatrics AND Intensive Care Units. A opção por estas bases se deu por abranger vasta coleção de periódicos e pelo seu grau de impacto.

Para determinação da amostra, todos os estudos que se enquadraram nos critérios de inclusão/exclusão foram analisados, primeiramente avaliado o título, em seguida realizado a leitura do resumo e posteriormente os artigos foram lidos na íntegra, para a conclusão de quais deveriam fazer parte da amostra do estudo.

Durante o rastreo bibliográfico, onde as estratégias utilizadas foram adaptadas segundo cada base de dados e suas peculiaridades, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis e completos; artigos nacionais e internacionais com publicações nos idiomas português, espanhol e inglês; estudos em humanos e publicados no período de 2012 a 2022. Foram excluídos do estudo: teses, dissertações, monografias e artigos que não tenham seus resumos disponíveis e publicações que se repitam nas bases de dados.

Foram selecionadas e organizadas todas as informações num banco de dados, que serão operacionalizadas em planilha eletrônica, com a finalidade de apresentarem fácil acesso e manejo. A análise será conforme semelhança com o referencial teórico adotado.

De acordo com considerações éticas, esta pesquisa não apresentará a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa, conforme a Resolução nº466/12 já que os dados estão disponíveis para livre-acesso, não se tratando, portanto, de documentos que requeiram sigilo ético (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Cuidados paliativos é uma área de educação em saúde ainda pouco discutida, onde se trata de estratégias que visam lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de

ordem prática; com medos, expectativas, necessidades e esperanças. Dessa forma, age de modo a se preparar para a autodeterminação no manejo do processo de morrer e do final da vida e lidar com as perdas durante a doença e o período de luto. No Brasil, essa política se iniciou na década de 1980 e apresentou um crescimento marcante a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços pioneiros e a criação de novas diretrizes. Atualmente, existem inúmeras iniciativas em todo o país, mas entre os profissionais médicos ainda não é suficientemente manejada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015. MATSUMOTO et al., 2010).

Segundo Horton (2016) estudos demonstraram que os cuidados paliativos estão associados ao aumento da qualidade de vida e diminuição da intensidade do tratamento no final de vida, e, especificamente redução da internação em UTI. Cullant (2018) contrapõe afirmando que os programas de cuidados paliativos, por si só, podem não ser suficientes para impactar o tempo de internação na UTI ou na unidade de internação para todos os adultos idosos com doenças crônicas internados em hospitais.

Para Caldas (2018), pesquisas em vários países mostram que a deficiência de conhecimento sobre CP por parte de profissionais de saúde, principalmente, médicos, é tida como uma barreira adicional para o desenvolvimento da área e determinante para o fracasso do reconhecimento dos cuidados paliativos como um campo de especialização da Medicina. Ainda que, sabendo-se da necessidade e das intenções de diminuir o valor desses cuidados dentro de um método de assistência à saúde, voltado mais para a cura da patologia do que para o cuidado com o paciente, o que contribui para grandes falhas nessa implantação.

As internações de idosos nas UTIs são uma realidade e, têm se tornado cada vez mais dispendiosas diante da validade de um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, que diminui sua capacidade de atualização ao aspecto tecnológico e negligência aspectos como a decisão conjunta entre a rede de serviços preventivos. A relação entre saúde do idoso e terapia intensiva torna-se mais próxima, justamente diante da deficiência de oferta de serviços preventivos antes dos cuidados paliativos. Para saber, no Brasil, 52% das internações em UTI são de idosos, que, por sua vez, requerem 60% das diárias e recursos financeiros disponíveis para UTI adulto no país, com uma taxa de mortalidade que chega a 62, enquanto o número de mortes entre indivíduos não idosos nesses centros é de cerca de 25% (BONFADA et al., 2017).

Um estudo realizado na área de cirurgia geriátrica relatou que a maioria dos idosos submetidos a internações apresentam alta carga de doenças preexistente e experimenta alta mortalidade e uso de serviços de saúde no ano após a cirurgia, principalmente próximo ao fim

da vida. Os cuidados paliativos e cirúrgicos simultâneos podem melhorar a qualidade de vida e os cuidados no final da vida dessas pessoas (COOPER et al., 2018).

O papel dos cuidados geriátricos e paliativos no trauma continua a evoluir. Estudos mostraram que instituir cuidados paliativos estruturados nas rondas de trauma na UTI demonstrou um aumento na discussão sobre objetivos de atendimento e diminuição da estada nas UTIs, mas nenhuma mudança na mortalidade (WOOSTER et al., 2018).

Para Cullant (2018), quando um paciente idoso se torna gravemente doente, a situação é avaliada pelo internista, que determina se o tratamento intensivo é necessário e se o intensivista deve ser chamado ou não para uma possível avaliação. O intensivista avalia o paciente e discute a situação com o internista, antes que a decisão de admissão seja tomada. Assim, é necessária uma boa intercomunicação entre os dois médicos, o que pressupõe disponibilidade de informações clínicas e sintomatológicas, comunicação eficiente, respeitosa, colaborativa e autonomia de decisão de ambos.

De acordo com Caldas (2019), os pacientes e familiares devem ser informados de que os cuidados paliativos envolvem o melhor tratamento possível para aquela situação específica, assim como deve ser respeitada suas vontades e considerada as bases sociais e espirituais dos mesmos.

Moale (2019) aponta que as principais fontes de conflito entre as famílias de pacientes em UTIs e os médicos incluem: comunicação, animosidade pessoal e desconfiança, cuidados de fim de vida e decisões sobre manutenção da vida tratamento. As famílias que experimentam conflitos podem apresentar maior risco de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão.

Em relação ao mesmo estudo, para Moale (2019), na análise de 112 UTIs padronizadas e simuladas reuniões familiares, a religiosidade autorreferida dos intensivistas foi associada a um aumento das chances de perceber conflito durante a reunião simulada. Isso era contrário à hipótese de que médicos religiosos perceberiam menos conflito do que seus médicos seculares. Por outro lado, os intensivistas religiosos são mais propensos a visualizar indagações sobre a espiritualidade de um paciente ou de um substituto de vida como parte de sua responsabilidade como médico.

Queiroz (2018) afirmam que em pesquisa com cuidadores dos pacientes internados, observou-se que a prática adequada dos cuidados paliativos preconiza a atenção individualizada ao doente e à sua família, em conjunto com a equipe de saúde, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, psicólogos e médicos, visando o benefício bio-psico-socio-espiritual de todos (BRAUS et al, 2015. QUEIROZ et al., 2018).

Braus (2015) complementa que as práticas padronizadas proporcionam uma base para melhora do cuidado aos pacientes na maioria das situações. Os elementos chave são: identificar as pessoas da equipe médica e da família; estabelecer um horário regular para encontros diários; definir os principais problemas inicialmente e à medida que ocorre a evolução clínica; identificar e respeitar as preferências do paciente quanto ao tratamento e comunicar-se de forma concisa e consistente.

Segundo Fonseca (2011), é bastante perceptível que há barreiras na implantação dos CP na UTI, como a escassez de políticas, públicas e particulares, incentivadoras e a própria educação dos profissionais da área de saúde, dentre eles os médicos, a medicalização, a segmentação do corpo e o não entendimento dos pacientes e suas diversas necessidades. Estudos realizados com médicos e enfermeiros com cargos de controles em UTIs norte-americanas, identificam, também, tais barreiras.

Notou-se, a respeito dos idosos participantes das pesquisas sobre necessidades de UTI, através da análise da média das idades, que eram, majoritariamente, idosos mais jovens (60 a 79 anos). Observa-se um número crescente de pacientes idosos graves que requerem de cuidados intensivos e, dado o alto custo desses cuidados, e, dessa forma, é necessário avaliar os fatores relacionados à sua evolução clínica. Portanto, embora o envelhecimento por si seja um fator de risco para mortalidade em longo prazo, esse risco aumenta com o número de comorbidades, a baixa função cognitiva e a dificuldade para realizar atividades rotineiras (SANTOS et al, 2018).

Nesse contexto, os idosos que são considerados fora de possibilidade de cura permanecem em hospitais, recebendo muitas vezes assistência inadequada nessas situações, ainda voltadas para a tentativa de “salvar a vida”, utilizando métodos invasivos e tecnologias ultrapassadas. Essa conduta médica ignora o sofrimento, restrito de sua família, de seu lar ambiental e de suas lembranças. A morte ocorre solitária. Não se trata de praticar uma atitude contrária à medicina tecnológica, mas questionar a interpretação do “curar” e o uso de tecnologias duras na prática e mesmo na formação dos profissionais de saúde (SANTOS et al, 2018).

As decisões de admitir um paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são frequentemente difíceis. Essas decisões são tomadas sob pressão de tempo e em um contexto de alocação de recursos. As decisões de admissão em enfermarias de medicina podem envolver a avaliação de pacientes com doenças avançadas ou pacientes idosos com múltiplas comorbidades, para quem a adequação da terapia intensiva é incerta (CULLANT et al., 2018; HORTON et al., 2016).

Quanto a princípios de tomada de decisões substitutas por idosos em UTIs, embora tenham se tornado ortodoxos na bioética, um trabalho empírico indica que os substitutos, responsáveis legais, geralmente não costumam tomar decisões que sejam consistentes com a teoria normativa, quando que, alguma delas, diferem das escolhas dos pacientes a seus curso de doença. Tais decisões dos substitutos, às vezes, são mais consistentes com suas em como os médicos aconselham tomadores de decisão substitutos sobre como tomar decisões. Outro estudo evidencia que 80% desses responsáveis substitutos, a maioria familiares, raramente estão no estado emocional apropriado para fazer tais decisões sem ajuda médica. (CUNNINGHAM *et al.*, 2017; COOPER *et al.*, 2018).

Foi evidenciado que médicos geralmente não fornecem normativas explícitas e orientação aos indivíduos responsáveis sobre como atuar no papel de tomador de decisão substituto. Em quase dois terços das conversas com os membros desse estudo, os médicos não fizeram declarações descrevendo os papéis dos substitutos na tomada de decisões. Uma possibilidade é que os médicos não tenham recebido treinamento adequado sobre a ética da tomada de decisão substituta ou sobre como transmitir essas informações para substituir tomadores de decisão. (CUNNINGHAM *et al.*, 2017).

Segundo Shinall (2018), em uma experiência de cinco anos de uma unidade de cuidados paliativos em um centro acadêmico de referência, dados mostram que uma assistência de CP bem-sucedida é ativada pela contratação de uma ampla variedade de especialistas em referência e por uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos focada no atendimento ao paciente que está morrendo ativamente, bem como no gerenciamento de dores e sintomas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos em análise evidenciam que mesmo com toda a gama de recursos tecnológicos e de pesquisas clínicas atuais no mercado científico, ainda assim, o conhecimento teórico e prático sobre Cuidados Paliativos dentre os profissionais médicos é restrito e deficiente. Nesse contexto, os idosos configuram ainda o grupo etário que mais se prejudica com técnicas indevidas de condutas paliativas no Brasil, sendo a estadia em UTI um dos fatores que agravam ainda mais a diminuição da qualidade de vida desses.

Para Indivíduos próximos ao fim da vida têm altos custos com saúde, embora representem apenas uma pequena proporção de a população de alto custo. Contudo, numerosos estudos demonstraram que tipos específicos de cuidados de final de vida, como o

uso de terapia intensiva e transferências para dentro e fora do hospital, não são apenas caros, mas também não desejado pelos pacientes e suas famílias. Este faz do cuidado próximo ao fim da vida um alvo para melhorar valor ou aumentar a qualidade enquanto reduz custos.

Em nosso estudo não foi possível identificar com clareza em quais pontos existem deficiência para uma melhor capacitação médica sobre o tema e sobre o manejo desses idosos, algumas hipóteses seriam a improficiência das grades das universidades sobre o tema, e dificuldades desses profissionais em assumirem atitudes clínicas que detenham seu foco mais na qualidade de vida desses pacientes do que nas condutas clínicas específicas de cada patologia.

Foi evidenciado, ainda, que existem dificuldades dos médicos intensivistas em manterem boa dinâmica de convivências com familiares de pacientes idosos em CP, assim como, com outros profissionais, em alguns casos os intensivistas hesitam em se comunicar com demais profissionais quando os problemas, opções terapêuticas e prognósticas não estão bem definidas.

Em estudos onde os estabelecimentos de saúde portam de UTIs que possuem diretrizes fixas sobre a aplicação dos CP em pacientes fora de alcance de cura, esses fatores estiveram mais associados à melhora, subjetiva, na qualidade de vida dos usuários, diminuição da intensidade de tratamento em final de vida, redução do tempo de internação nesse setor e diminuição de gastos associados.

Por fim, seriam necessários mais estudos sobre o tema Cuidados Paliativos dentre os trabalhos médicos e que nessas pesquisas mais relatos de casos práticos fossem elucidados, não apenas trabalhos teóricos e filosóficos, dessa forma, esses resultados favoreciam na utilização clínica e melhoria na implantação dessa política nos diversos serviços cabíveis, melhorando, consequentemente, a qualidade de vida de pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

BONFADA, D. et al. Survival analysis of elderly patients in Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.197-205, abr. 2017.

BOTELHO, L. L. R.; DE ALMEIDA CUNHA, C. C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. D. Y.. Matsumoto. Academia Nacional dos Cuidados Paliativos (Comp.). **Manual dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 304 p. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2023.

BRAUS, N. et al.. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. **Intensive Care Medicine**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.54-62, 10 nov. 2015.

CALDAS, G. H. O.; MOREIRA, S. N. T.; VILAR, M. J.. Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 261-271, jun. 2018.

COOPER, Z. et al. High Burden of Palliative Care Needs of Older Adults During Emergency Major Abdominal Surgery. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 66, n. 11, p.2072-2078, 24 set. 2018.

CULLANT, S. et al. Internists' and intensivists' roles in intensive care admission decisions: a qualitative study. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.18-620, 8 ago. 2018.

CUNNINGHAM, T. V et al. How do clinicians prepare family members for the role of surrogate decision-maker? **Bmj Journals**, Los Angeles, v. 44, n. 1, p.21-26, 17 jul. 2017.

FERRIS., F. D. (Org.). **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. Brasília-df: Cfm, 2015. (Brasil pela Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG.). Brasil pela Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2023.

FONSECA, A. C. et al. Cuidados paliativos para idosos em unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 4, n. 20, p.01-40, 04 nov. 2011.

HORTON, J. R. et al. Impact of Inpatient Palliative Care on Treatment Intensity for Patients with Serious Illness: Department of Geriatrics and Palliative Medicine. **Journal Of Palliative Medicine**. New York, p. 01-20. 1 set. 2016.

MOALE, A. et al. Intensivists' Religiosity and Perceived Conflict During a Simulated ICU Family Meeting. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [s.l.], p.12-44, out. 2019.

QUEIROZ, T. A. et al.. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 1, e1420016, 2018.

SANTOS, A. M. R. et al. Intercorrências e Cuidados ao Idoso em unidade de terapia Intensiva. **Revol Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 12, p.01-15, 01 nov. 2018.

SHINALL, M. C.. Palliative care in the surgical intensive care unit. **Surgical Clinics of North America**, v. 98, n. 5, p. 1089-1100, 2018.

WOOSTER, M. et al. End-of-Life Decision-Making for Patients With Geriatric Trauma Cared for in a Trauma Intensive Care Unit. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [s.l.], v. 35, n. 8, p.1063-1068, 24 jan. 2018.