

**Cuidados paliativos em pessoas idosas: uma revisão de literatura**

**Palliative care in elderly people: a literature review**

**Cuidado paliativo en personas mayores: una revisión de la literatura**

Recebido: 05/03/2020 | Revisado: 07/03/2020 | Aceito: 17/03/2020 | Publicado: 22/03/2020

**Thicianne da Silva Roque**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8288-2750>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: roquethicianne@gmail.com

**Bárbara Tarouco da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1715-747X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: barbarataroucos@gmail.com

**Carolina Serpa Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6847-2616>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: carolinaenfermeiraa@gmail.com

**José Ismar dos Santos Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8073-9099>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: ismarss@yahoo.com.br

**Laura Fontoura Perim**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7045-533X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: laurafperim@hotmail.com

**Resumo**

Este estudo tem como objetivo analisar as peculiaridades dos cuidados paliativos em idosos e os desafios enfrentados pelo profissional de Enfermagem. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, com uma abordagem qualitativa. Ao final do estudo, pode-se verificar que os cuidados paliativos estão em crescente ascensão no país, cada vez mais reafirmando a importância de uma equipe multidisciplinar nesse cuidado, com a necessidade de ações de saúde e apoio social, além de implantação de políticas públicas direcionadas para

esses indivíduos, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, bem como a possibilidade de minimizar a sobrecarga e potencializar a qualidade de vida desses indivíduos. Destaca-se, ainda, que as pessoas idosas precisam de observação ativa para as vulnerabilidades trazidas pelo avançar da idade, assim como as questões culturais e sociais que devem ser consideradas para a tomada de decisão em relação aos cuidados paliativos.

**Palavras-Chave:** Saúde do Idoso; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

### **Abstract**

This study aims to analyze the peculiarities of palliative care in the elderly and the challenges faced by the nursing professional. A non-systematic literature review was carried out, with a qualitative approach. At the end of the study, it can be seen that palliative care is on the rise in the country, increasingly reaffirming the importance of a multidisciplinary team in this care, with the need for health and social support actions, in addition to the implementation of public policies directed at these individuals, with a view to promoting health and preventing diseases, as well as the possibility of minimizing overload and enhancing the quality of life of these individuals. It is also noteworthy that the elderly need active observation for the vulnerabilities brought about by advancing age, as well as cultural and social issues that must be considered for decision making in relation to palliative care.

**Keywords:** Health of the Elderly; Palliative care; Nursing.

### **Resumen**

Este estudio tiene como objetivo analizar las peculiaridades de los cuidados paliativos en los ancianos y los desafíos que enfrenta el profesional de enfermería. Se realizó una revisión no sistemática de la literatura, con un enfoque cualitativo. Al final del estudio, se puede ver que los cuidados paliativos están en aumento en el país, reafirmando cada vez más la importancia de un equipo multidisciplinario en esta atención, con la necesidad de acciones de salud y apoyo social, además de la implementación de políticas públicas. dirigido a estos individuos, con el objetivo de promover la salud y prevenir enfermedades, así como la posibilidad de minimizar la sobrecarga y mejorar la calidad de vida de estos individuos. También es digno de mención que los ancianos necesitan una observación activa de las vulnerabilidades provocadas por el avance de la edad, así como los problemas culturales y sociales que deben considerarse para la toma de decisiones en relación con los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Salud de los ancianos; Cuidados paliativos; Enfermería.

## 1. Introdução

A sociedade contemporânea vive um processo de envelhecimento significativo da sua população, como consequência de melhorias das condições de vida em geral, do avanço da tecnologia médica e do acesso mais amplo a serviços de saúde. Nesse cenário, surgem novas condições clínicas, específicas de pessoas mais velhas, e, por consequência, novas maneiras de morrer (Burlá, Azevedo, & Py, 2017).

É conhecido que o aumento da longevidade se deve, entre outros fatores, aos avanços científicos e tecnológicos, à melhoria nas condições sanitárias, ao maior acesso aos serviços de saúde, às melhores condições socioeconômicas e à redução na taxa de natalidade que ocorreu nas últimas décadas. As mudanças no perfil demográfico trazem importantes consequências sociais e econômicas para toda a população, especialmente para os idosos. (Andrade, Noronha, Piola, Vieira & Benevides, 2018).

Diante desta realidade, aumentam também a incidência de doenças crônico-degenerativas como as demências, compondo o sexto grupo de doenças mais relevantes em relação ao impacto na funcionalidade e na morbidade de idosos, que se tornarão cada vez mais comuns na Saúde Pública (Vieira, de Moraes, Sarmiento, Ferreira & de Sousa, 2018).

O envelhecimento pode favorecer o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entre as DCNT que acometem principalmente os idosos estão depressão, diabetes, cardiopatia, doenças renais, câncer e hipertensão (Lima, Valença, Chaves & dos REIS, 2016). Frente a essa realidade, impõem-se os desafios do cuidado, uma vez que essa parcela da população é importante consumidora dos serviços de saúde.

Destaca-se, que há um contingente cada vez maior de pessoas morrendo em virtude de doenças crônicas ou de natureza progressiva, aumentando o percentual de doentes em estado terminal nos hospitais ou em seus domicílios. Por essa razão, os cuidados paliativos têm se mostrado uma área essencial a ser atendida pelos sistemas de saúde (Vieira et al., 2017).

Cuidados paliativos são prestados a pacientes com doenças irreversíveis quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura, sendo o enfoque colocado no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida. Deste modo, é de fundamental importância, tanto para o paciente como para sua família, uma atenção relacionada ao suporte emocional e social de modo a enfrentar esse momento com mais tranquilidade e dignidade (Vieira et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990), os enfermeiros têm um papel importante nos cuidados paliativos, com particular responsabilidade no

gerenciamento do cuidado prestado, no provimento de informações, no aconselhamento e educação dos clientes e familiares e na manutenção do elo domicílio/hospital. Pelo vínculo com os pacientes, os enfermeiros são indicados a monitorar e avaliar a dor e outros sintomas prevalentes, devendo agir como um elo entre cliente, família e equipe multiprofissional em prol de melhor qualidade de vida ou morte digna (Gomes & Otero, 2016). O cuidado, objeto de estudo e de trabalho da profissão do enfermeiro, é o foco da assistência paliativa em que os atos e ações se configuram como um saber de enfermagem.

A enfermagem, enquanto profissão que tem por instrumento a prescrição de cuidados possui um papel fundamental na assistência paliativa, e por isto, deve ter uma assistência que siga o modelo firmado na bioética dos Cuidados Paliativos. Porém, a bioética enquanto ciência em desenvolvimento amplia cada vez mais sua discussão em relação aos temas inerentes a vida humana. Então, torna-se necessário cada vez mais estabelecer o papel do profissional diante deste tipo de assistência, e muito mais ainda no que diz respeito ao processo de morte e morrer, onde o paciente se depara com a finitude (Franco, Stigar, Souza & Burci, 2017).

Trata-se, portanto, de um estudo de relevância social considerando o envelhecimento da população mais acelerado e a maior probabilidade de hospitalização dessas pessoas, enfatizando os desafios enfrentados pelos profissionais de Enfermagem no manejo desses casos.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar as peculiaridades dos cuidados paliativos em idosos e os desafios enfrentados pelo profissional de Enfermagem no manejo desses casos.

#### Contextualizando a saúde da pessoa idosa

Atualmente, observa-se, em todos os continentes, o processo de envelhecimento populacional. Trata-se de um fenômeno natural, mundial, irreversível e que traz mudanças na estrutura etária da população, especialmente a redução significativa da taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida (Saad, 2016).

Por ser um fenômeno contemporâneo que ocorreu em ritmos diferentes entre as nações, marca uma das maiores conquistas culturais de um povo. O processo global é observado, primeiramente nos países desenvolvidos devido a melhoria da qualidade de vida, aos avanços da tecnologia e nas ciências da saúde, e posteriormente, desencadeado nos países

em desenvolvimento durante as últimas décadas (Camarano & Kanso, 2009).

Diante desta realidade, houve mudança no perfil demográfico no Brasil, pois a transição demográfica da população brasileira, influenciada pela queda da mortalidade, na década de 1940, e a queda da fecundidade a partir de 1960, foi fator determinante e decisivo para o crescimento da população idosa (Reichert, 2015).

O envelhecimento da população brasileira pode ser medido pela proporção de pessoas de 60 anos ou mais no total da população. Esta aumentou de 4% em 1940 para 11% em 2010. Espera-se que este grupo etário, que era formado por 20,6 milhões de pessoas em 2010, venha a ser constituído por 57 milhões em 2040 (Oliveira, 2019).

Em estimativa realizada pela Organização Mundial, entre 1950 e 2025, o número de idosos no Brasil deverá aumentar 15 vezes, enquanto as outras faixas etárias cinco vezes. O Brasil será o sexto país em contingente de idosos, em 2025, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Bodstein, Lima & Barros, 2014).

Logo, ao longo dos anos, o corpo se desgasta em graus diferentes devido às agressões causadas por uma nutrição deficiente, tabagismo, consumo exagerado de gorduras e bebidas alcoólicas, sedentarismo, estresse, poluição, doenças, remédios e outros fatores. Além disso, o organismo da pessoa idosa perde a chamada reserva funcional, ou seja, a capacidade de responder de maneira adequada ao ser exigido além do normal, como durante uma cirurgia ou uma doença que porventura possa acometê-lo.

Observa-se que no contexto do envelhecimento, com todas as implicações que o cercam, tem-se modificado o padrão de adoecimento mundial. No contexto da transição demográfica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças, com a redução das taxas de mortalidade e queda nas taxas de natalidade, considera-se a relevante redução das doenças infectocontagiosas e um progressivo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essas alterações têm ocorrido de forma rápida o que demanda uma resposta rápida e adequada como realização de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, a fim de evitar ou retardar as doenças crônicas e as incapacidades (Miranda, Mendes & Silva, 2016).

É de suma relevância lembrar que embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade desde que estas doenças sejam controladas. Oliveira e Guirardello (2006) elucidam que, muitas vezes, o surgimento da doença é inevitável, pois se efetiva devido ao desgaste natural do organismo, porém, podendo

ser prevenida ou retardada se houver uma consciência e preparação para o enfrentamento desta fase, resgatando a própria dignidade e propiciando uma melhor qualidade de vida.

Dando início a necessidade da assistência à saúde do idoso, por volta da década de 1980, surge movimento da sociedade civil exigindo a valorização e o respeito aos idosos, vindo a influenciar a construção da Constituição Cidadã de 1988, primeira Constituição da República Federativa do Brasil a tratar sobre a proteção jurídica ao idoso, a qual estabelece à família, à sociedade e ao Estado o dever de proteger os idosos. Posteriormente, surge a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada em 03/06/96 por meio do Decreto 1.948/96.

Nesse segmento, em 1º de outubro de 2003, o Senado Federal confirmou a redação final do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, dando-lhes as seguintes garantias: “(...) atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS); atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento, entre outros” Paim, (2003). a Lei nº 13.466, de 12 de Julho de 2017, alterou os artigos 3.5 e 71 relacionados as prioridades aos idosos maiores de 80 anos (Lima, 2018).

Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) é regulamentada por as portarias nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 e Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas consonantes com os princípios e diretrizes do SUS para esse fim (Brasil & Brasil, 2006).

Têm como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (Brasil & Brasil, 2006).

Desta forma, uma das metas do PNSI é aumentar a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS para trabalharem com as exigências da vida da pessoa idosa. Entre essas exigências estão a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional, entre outros (Hoffmann & Lobo, 2014).

Neste contexto, alguns idosos podem ser acometidos por condições patológicas, tais como câncer, doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, acarretando dependência funcional para a realização de atividades básicas, que, junto ao declínio da condição de saúde, passam a necessitar de cuidados paliativos (Mello, Almeida, Pruinelli & Lucena, 2019).

#### Cuidados paliativos à pessoa idosa

O adjetivo “paliativo” tem como radical o substantivo “pálio”, do latim *pallium*, que significa originalmente um manto usado pelos peregrinos durante suas viagens em direção aos santuários para protegê-los das intempéries. Significado que se estende a “manto”, “toga ampla”, ou mesmo “coberta”, “cobertura”, ou simplesmente “veste, sobretudo a usada em ocasiões especiais”. Nesse sentido, pode-se concluir que a palavra “pálio”, base etimológica do adjetivo “paliativo”, abarca um amplo círculo semântico que se divide principalmente em dois blocos que se tangenciam e, muito certamente, se complementam: um diz respeito àquilo que “cobre”, “protege”, “agasalha”, “enleva”, “alivia”, “defende”; outro se refere à “distinção”, “singularização”, “individualização” e “poder”, este não entendido como dominação ou honra, mas como encargo e missão. Em analogia, o cuidado paliativo tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida (Silva, 2004).

Partindo das considerações etimológicas, “cuidado paliativo” não se restringe ao paciente que é cuidado, mas inclui aquele que cuida. Constitui, então um processo intersubjetivo, de estreita relação pessoal. Tal relação pressupõe uma radical crença no sofrimento do doente, sensibilidade a suas queixas e uma intensa atitude de disponibilidade. Sem entendimento desta dimensão, não se conseguirá avaliar a intensidade e a extensão da dor, nem os significados psicológicos que a cercam, o que parece ser fundamental para as decisões a serem tomadas (Silva, 2004).

Logo, Camarano et al. (2010) relembram que Hipócrates ensinava que o médico devia curar quando possível, aliviar quando a cura não for possível e consolar quando não houver mais nada a fazer. A tentativa de minimizar a dor durante o processo de morte permeia textos clássicos, como a *Ilíada* e a *Odisséia*. Com a evolução do pensamento ocidental, floresceu a discussão filosófica sobre o tema. Pensadores como Montaigne, Spinoza, Heidegger e Hegel – cada um com diferentes percepções a respeito do “refletir sobre a morte” – divergem e complementam a discussão sobre a morte, compondo a multifacetada complexidade de nossa existência.

Cuidados paliativos têm por objetivo ajudar o paciente com uma doença grave a sentir-se melhor. Com eles, se previnem ou tratam os sintomas e efeitos secundários da doença e os tratamentos. Os cuidados paliativos podem ser oferecidos ao mesmo tempo em que os tratamentos destinados para curar ou tratar a doença. Pode se receber cuidados paliativos quando é realizado diagnóstico de uma doença, durante todo o tratamento, durante o controle e ao final da vida (Silva, 2004).

As médicas Cicely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross tiveram, com seus formatos peculiares de cuidado, grande influência no desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo mundo (Menezes, 2004). Cabe ressaltar que o nascimento desse movimento se deu na Grã-Bretanha sendo difundido, posteriormente, para os Estados Unidos, França e outros países (Marinho, 2010).

Percebe-se que o cuidado paliativo vem tornando-se uma questão global dos sistemas de saúde porque a maioria das mortes ocorre dentro dos hospitais e envolve a criação e o fornecimento de serviços de cuidados paliativos. Singer e Bowman (2002) numa visão primorosa do tema, apontam para a atuação dos especialistas no tratamento dos pacientes com sintomas de difícil manejo, na capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária e na condução de novas pesquisas para melhorias da qualidade do cuidado.

Desta forma, estudos recentes como o de Choi et al. (2013), objetivaram realizar o levantamento das estruturas, processos e resultados alcançados em unidades de cuidados paliativos relacionando-os à qualidade de morte e morrer nessas unidades. Esses autores entrevistaram cuidadores recentemente enlutados de 40 unidades de cuidados paliativos na Coreia e identificaram que o tempo para encaminhamento dos seus pacientes aos cuidados paliativos foi considerado um importante elemento na avaliação do cuidado. Pacientes encaminhados tardiamente tinham seus sintomas pouco controlados e, por isso, uma menor percepção de qualidade de vida diante das complicações. A partir de investigações sobre qualidade de vida durante processo de falecimento, esse estudo propõe uma escala de avaliação do cuidado centrada nas estruturas e processos de fim de vida e um inventário de boa morte que qualifica o processo de morte na perspectiva do familiar enlutado.

Em decorrência do número expressivo de pessoas com câncer avançado em âmbito global, os cuidados paliativos configuram uma modalidade de assistência em expansão e pensar qualidade dos cuidados de fim de vida tem se tornado o alvo de pesquisas mundiais. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer e adequar o que seriam os possíveis indicadores de qualidade de cuidado tanto para pacientes quanto para seus cuidadores nos diferentes contextos culturais. Nos últimos anos com o avanço e incorporações de novas tecnologias na



Medicina, tem se tornado questão crucial dos estudos evidenciar as preferências dos pacientes e cuidadores em relação a terapia clínica proposta ao fim de vida. Equipes assistentes vão de encontro ao modelo paternalista de atenção, não considerando a preferência dos pacientes em relação ao seu tratamento (Floriani & Schramm, 2008).

Heyland et al. (2006) realizaram um levantamento em cinco hospitais de leste a oeste de todo Canadá sobre o que mais importa para doentes crônicos terminais e seus cuidadores quando em cuidados ao fim de vida. Esses autores identificaram, após aplicação do questionário em escala de Likert, que a qualidade do cuidado de fim de vida está intimamente relacionada com aumento das relações e melhora da comunicação entre médico-paciente-família do que a promoção da autonomia do paciente propriamente dita.

Paiva, Almeida Junior & Damásio (2014) acrescentam que a percepção de morte é influenciada por inúmeros fatores tais como idade, circunstâncias da morte e, principalmente, com o grau de envolvimento com o paciente. Destacam, também, a necessidade dos cuidadores terem autoconfiança em relação aos próprios sentimentos e entendimento que a morte é parte integrante da vida para que possam atingir o estágio que lhes capacita de auxiliar terceiros.

Para familiares que se preparam para a morte de um ente querido parece haver questões importantes a serem discutidas com os profissionais de saúde. Hebert et al. (2008) num estudo etnográfico com grupos focais realizado na Pensilvânia buscou conhecer quais os questionamentos importantes feitos por familiares e cuidadores enlutados momentos antes da morte de seu paciente. Embora sejam predominantes questões de ordem médica como progressão da doença, avaliação e controle de dor e manutenção da alimentação além das questões psicossociais e de ordem religiosa/espiritual, também foram identificadas barreiras enfrentadas pelos cuidadores interpostas a seus questionamentos. Essas barreiras foram não saber o que e como perguntar, medo da opinião da equipe, falta de confiança na equipe, preocupação em serem identificados como ignorantes. Essas razões limitam as possibilidades de comunicação que, muitas vezes, são entendidas pela equipe de saúde como medo de enfrentar a morte por parte dos familiares. A natureza multidimensional das questões revela pontos que se estendem desde a falta de capacidade em se expressar até o temor da opinião dos profissionais sobre o cuidador. Entretanto, uma queixa comum foi o fato de não terem suas perguntas respondidas o que gerava incertezas e desconfiança na equipe, segundo esses familiares.

Choi et al. (2013) afirmam que “quando os médicos fornecem explicações suficientes sobre o resultado esperado, os pacientes ficam mais propensos a manter um bom

relacionamento com a equipe médica e suas próprias famílias”. Este estudo coreano corrobora aos resultados de pesquisas anteriores as quais indicaram que o processo de tratamento do câncer, como o controle da dor e outros sintomas, além do fornecimento de orientações sobre o resultado esperado está associado com melhorias na percepção da qualidade do processo ao final da vida.

No Japão no período entre 2004 a 2006, realizou-se um estudo com 670 famílias enlutadas liderado por Shinjo et al. (2010). Os autores identificaram que há diferentes níveis de percepção sobre melhorias a serem implementados em cuidados paliativos. Cuidados são considerados de alta qualidade aos doentes terminais daquele local quando empregados os suportes necessários para conforto, controle adequados dos sintomas e comunicação eficaz entre os familiares, pacientes e membros da equipe assistente. Na falta desses elementos chave, os familiares identificam que há grande necessidade de melhorias a serem feitas nas unidades de cuidados paliativos. Os familiares experimentam severa aflição nos momentos que precedem a morte do seu ente querido. Para alívio dessa angústia grande parte dos estudos aponta para priorização do aconselhamento familiar no manejo do cuidar do seu doente, permitindo que haja tempo suficiente para a família “sofrer” a morte e assegurar que conversas informais entre os membros da equipe não sejam ouvidas pelos familiares no momento de morte do paciente. O comportamento profissional parece estar entre os principais itens de avaliação da qualidade do cuidado no processo de morte e morrer. A maioria dos familiares considera importante que lhes sejam fornecidas orientações sobre como cuidar do seu paciente e que embora muitos deles não estejam conscientes nos últimos estágios de vida a comunicação ainda é uma grande preocupação.

Para de Araújo & da Silva (2007) comunicar-se com o paciente e seus familiares é fundamental para o cuidado prestado nos momentos finais, diminuindo as angústias, o estresse e a ansiedade ao compartilhar o sofrimento com a equipe que assume então, uma postura empática frente ao adoecimento e iminência de morte e não somente uma provedora de recursos às necessidades clínicas impostas.

Pazes, Nunes & Barbosa (2014) entrevistaram cuidadores enlutados objetivando descrever os fatores que influenciaram a vivência do processo de doença em fase terminal e luto de um ente querido. Os autores indicam que há múltiplas influências na percepção dos familiares sobre os cuidados oferecidos aos seus pacientes em sua última etapa de vida. Morte e morrer são contextualizados a partir da maneira como se vive; as religiões, a história e tempo de vida além dos aspectos culturais podem modular a visão sobre a finitude do ser. Nesse sentido, o enfrentamento de uma doença prolongada e incurável após a negação da

morte ao longo da vida, provoca o sofrimento do doente e de quem lhe é próximo. Ao experimentar o processo de morrer assumindo a responsabilidade pelo cuidado da pessoa doente equipara o cuidar com a vivência da perda. Esses autores ainda destacam a dificuldade de qualificar o processo mais doloroso, se o cuidar de uma pessoa querida em processo de doença em fase avançada ou se o vivenciar a sua perda.

Kovács (2014) corrobora enfatizando que cuidar de pacientes gravemente enfermos rotulados como terminais implica na expectativa de sofrimento e dor na hora da morte. Há o temor pela disseminação do sofrimento, sentimento de impotência e perdas potenciais para além do aspecto somático. A evolução da doença oncológica em pacientes em cuidados ao fim de vida leva à ativa participação da família no cuidado do seu doente.

As pesquisas voltadas para os cuidadores de pacientes em cuidados paliativos descrevem quão doloroso e angustiante pode ser acompanhar o processo de adoecimento e terminalidade de um ente querido podendo não raramente, gerar sentimentos ambivalentes como expectativa de melhora e até mesmo desejo da morte. Nesse sentido, a educação dos pacientes, familiares e dos profissionais vem a ser fundamental para a integração precoce dos cuidados paliativos de forma bem sucedida

De fato, os achados bibliográficos sugerem um significativo crescimento da produção científica voltada para avanços tecnológicos e recursos terapêuticos nas últimas décadas. Em contraposição, tanta tecnologia e recursos parecem não substituir as relações humanísticas imprescindíveis na abordagem dos cuidados paliativos.

A ampliação do conhecimento técnico científico muitas vezes parece desvalorizar e reduzir a importância das relações humanas subestimando a complexidade do sofrimento. Reconhecer tal limitação traz à tona a busca reflexiva da (re) valorização e (re) significação do sofrimento humano para alcançar o equilíbrio entre as tecnologias biomédicas e as qualidades comunicativas e cuidadoras entre equipes, família e pacientes em cuidados paliativos.

## **Metodologia**

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, que se configura como aquela que busca embasamento em livros, revistas e artigos, sendo analisados de acordo com a interpretação e crítica pessoal do autor (Rother, 2007). Pesquisa qualitativa quanto à forma de abordagem, caracterizando-se, ainda, como exploratória e descritiva.

A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável a índices não previstos. É capaz de levantar problemas ao nível da pertinência dos índices retidos, visto que seleciona esses índices sem tratar exaustivamente todo o conteúdo (Bardin, 2016).

Para tanto, os seguintes Descritores em Saúde (DeCS) foram selecionados: cuidados paliativos; idosos; enfermagem. Como critérios de inclusão têm-se: ser publicado em formato completo gratuitamente; e ser publicados entre os anos de 2014 e 2019. E, como critérios de exclusão tem-se: ser artigo teórico; e estar repetido nas bases de dados.

## **Resultados**

Ao pesquisar na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde com os descritores “cuidados paliativos” e “idosos” utilizando o operador booleano AND foram encontrados 18.724 resultados. Ao aplicar o critério de inclusão de estar disponível completo, os resultados passaram a ser 7.081 publicações. Aplicando os demais critérios de inclusão como formato de publicação em artigo e o ano de publicação, bem com o excluindo artigos teóricos, restaram 310 estudos que foram analisados, considerando o objetivo deste estudo. Desses foram selecionados quatro estudos, visto que após a seleção por leitura foi verificado que 150 artigos não estavam disponíveis gratuitamente, 56 estavam repetidos na base de dados e 100 não eram condizentes com o objetivo pesquisa, sendo mais voltados para a área médica.

Ao utilizar os descritores “cuidados paliativos” e “enfermagem” também utilizando o operador booleano AND foram encontrados 6.794 resultados, sendo que 2.641 estavam disponíveis em formato completo. Destes verificou-se que 587 eram voltados para o público idoso. Aplicando os critérios de inclusão relacionados ao ano e formato de publicação, restaram 287 resultados e excluindo os artigos teóricos, restaram 27 artigos, que foram analisados. Nessa etapa foi possível selecionar seis artigos, visto que 16 não estavam disponíveis gratuitamente e cinco não possibilitavam o alcance do objetivo deste estudo.

Nesse contexto, considerando as duas estratégias de pesquisa foi possível selecionar 10 artigos que compuseram o corpus do presente estudo, apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição dos artigos selecionados para pesquisa por autor, ano, título e revista de publicação

<b>N</b>	<b>Autor (ano)</b>	<b>Título</b>	<b>Revista</b>
1	Koffman (2014)	Servicing multi-cultural needs at the end of life	Journal of Renal Care
2	Lennaerts et al. (2017)	Palliative care for patients with Parkinson's disease: study protocol for a mixed methods study	BMC Palliative Care
3	Adam et al. (2018)	What are the current challenges of managing cancer pain and could digital technologies help?	BMJ Supportive & Palliative Care
4	Kim, Kang e Song (2018)	Intensity of Care at the End of Life Among Older Adults in Korea	Journal of Palliative Care
5	Roca-Biosca et al. (2016)	Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy	Enfermería Intensiva
6	Diamond et al. (2016)	Rates and risks for late referral to hospice in patients with primary malignant brain tumors	Neuro-Oncology
7	Rosenwax et al. (2015)	Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study	Palliative Medicine
8	Pompili et al. (2014)	Home palliative care and end of life issues in glioblastoma multiforme: results and comments from a homogeneous cohort of patients	Neurosurg Focus
9	Huerley et al. (2014)	Not Quite Seamless: Transitions between Home and Inpatient Hospice	Journal Of Palliative Medicine
10	Carvalho e Martins (2016)	O Cuidado Paliativo a Idosos Institucionalizados: Vivência dos Ajudantes de Ação Direta	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Conforme é possível perceber dos dez artigos selecionados, nove estudos são estrangeiros e somente um artigo é da literatura nacional, o que aponta para uma carência de pesquisas sobre cuidados paliativos em idosos no Brasil. Foram analisados, nos artigos selecionados, o objetivo de pesquisa, a metodologia utilizada e os participantes, buscando identificar os principais achados dos estudos em relação à temática investigada. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos artigos considerando esses aspectos.

**Quadro 2.** Descrição dos artigos selecionados para pesquisa por objetivo, metodologia e participantes

<b>N</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Participantes</b>
1	Proporcionar ao leitor uma maior compreensão dos debates atuais com a linguagem da compreensão da diversidade na sociedade.	Relato de Caso	Homem afro-caribenho de 68 anos com diabetes tipo II descontrolada, doença cardíaca isquêmica e novo diagnóstico de mieloma.
2	Identificar as experiências com questões de fim de vida entre as pessoas com DP, seus cuidadores familiares e os profissionais envolvidos.	Estudo qualitativo, pós-morte com profissionais e cuidadores familiares, bem como um estudo de caso múltiplo prospectivo com pacientes e seus familiares cuidadores	10 profissionais especializados no tratamento de pacientes com DP e 10 pacientes idosos com DP
3	Explorar as estratégias atuais de tratamento da dor usadas por pacientes, cuidadores e profissionais e investigar as oportunidades de tecnologias digitais para melhorar o tratamento da dor do câncer.	Estudo qualitativo composto por entrevistas semiestruturadas e grupos focais	Cinquenta e um participantes participaram de 33 entrevistas (oito pacientes sozinhos, seis díades paciente / cuidador e 19 profissionais) e dois grupos focais (12 profissionais).
4	Examinar a intensidade dos cuidados no final da vida entre os idosos da Coreia e identificar os fatores individuais e institucionais associados à intensidade do cuidado.	Análise de dados secundários	6.278 falecidos com 65 anos ou mais que foram identificados dos dados do Serviço Nacional de Seguro de Saúde da Coreia do Norte de 2009 a 2010 - Amostra Nacional de Coorte.
5	Adaptar o plano de cuidados com base em uma abordagem realista.	Relato de Caso	Um homem de 69 anos foi internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Departamento de Emergência devido à insuficiência respiratória grave.
6	Comparar as inscrições precoces e tardias em hospital de pacientes com tumor primário maligno admitidos no programa de cuidados paliativos domiciliares	Estudo de coorte retrospectivo	160 pacientes com tumores cerebrais malignos primários seguidos até a morte em cuidados paliativos
7	Descrever padrões no uso de serviços de emergência hospitalar no último ano de vida por pessoas que	Estudo de coorte retrospectivo	Todas as pessoas que vivem na Austrália Ocidental que morreram com demência no período de 2 anos de 1 de

	morreram com demência e se isso foi modificado pelo uso de cuidados paliativos baseados na comunidade.		janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2010 (coorte de demência; N = 5261). Uma coorte comparativa de falecidos sem demência que morreu de outras condições passíveis de cuidados paliativos (N = 2685).
8	Analisar retrospectivamente os dados de um grupo mais recente e homogêneo de pacientes com GBM dos últimos 2 anos.	Estudo de coorte	197 pacientes com tumores cerebrais. Destes, havia 122 com GBMs: 64 morreram e 58 ainda estão recebendo assistência. A equipe de atendimento domiciliar inclui 2 neurologistas, 5 enfermeiros, 2 psicólogos, 3 terapeutas de reabilitação e 1 assistente social.
9	Analisar as crenças e práticas de idosos, seus cuidadores e membros da equipe interdisciplinar de cuidados paliativos em torno de transições entre casa e hospício de internação.	Pesquisa etnográfica	Os dados foram coletados através de 18 observações e 38 entrevistas semi-estruturadas com pacientes, familiares cuidadores e membros do serviço de internação.
10	Investigar como a doença terminal e a morte são vivenciados pelos ajudantes de ação direta.	Estudo exploratório-descritivo, qualitativo com uma abordagem fenomenológica, seguindo os passos de Giorgi	A amostra foi de nove indivíduos, que laboram em estruturas residenciais.

A partir dos objetivos e métodos apresentados, bem como verificando-se os resultados encontrados pelos autores, será apresentada uma discussão sobre a temática, destacando os principais achados.

Analisando as principais influências culturais sobre os sintomas da doença avançada, a comunicação e o papel da religião e da espiritualidade nos cuidados paliativos, Koffman (2014) apresentou o caso de Garfield e sua esposa Merlene, destacando sobre a necessidade de refletir crítica e criativamente sobre os modos como a cultura molda sua cosmovisão e convida a autorreflexão sobre nossos próprios preconceitos, valores, crenças e práticas. De acordo com o autor, experiências interculturais também podem melhorar o rico repertório do profissional de saúde com maneiras diferentes e criativas de facilitar o processo de morrer para pacientes, famílias e funcionários. Dessa forma, verifica-se que no final da vida, uma

abordagem individualizada para cuidar com foco na qualidade é primordial para qualquer paciente, independentemente de sua origem étnica ou cultural.

Ademais, Lennaerts et al. (2017) destacam que pacientes idosos com Doença de Parkinson (DP) necessitam de cuidados paliativos; de acordo com os autores, as diretrizes recomendam fortemente os cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida e, se necessário, a qualidade da morte. No entanto, fornecer cuidados paliativos para pessoas com DP envolve desafios específicos como por exemplo, um início oportuno de intervenções paliativas é difícil porque, devido à natureza gradualmente progressiva da DP, muitas vezes, não há um marcador claro para a transição de cuidados curativos para cuidados paliativos. Além disso, há poucas evidências para indicar quais intervenções de cuidados paliativos são eficazes.

Por sua vez, Kim, Kang & Song (2018) ao analisar a intensidade de cuidados no final da vida entre idosos coreanos verificaram que 36,5% da amostra recebeu pelo menos um procedimento de terapia intensiva nos últimos 30 dias de suas vidas; 26,3% dos pacientes tiveram internação em unidade de terapia intensiva, com permanência média de 7,45 dias, 19,5% receberam ventilação mecânica, 12,3% receberam ressuscitação cardiopulmonar e 15,5% realizaram a colocação de sonda de alimentação. Uma análise estatística utilizando um modelo de regressão logística múltipla com efeitos aleatórios mostrou que idade mais jovem, maior renda familiar, diagnósticos primários de doenças (cardiopatias isquêmicas, doença infecciosa, doença pulmonar crônica ou cardiopatias crônicas) e características da assistência (grande hospitais e instalações localizadas em áreas metropolitanas) foram significativamente associados com a probabilidade de receber cuidados de alta intensidade no final da vida.

Acrescenta-se também que Pompili, Telera, Villani & Pace (2014) verificaram em seu estudo um impacto positivo nos cuidadores para assistência domiciliar registrado em 97% dos casos, para enfermagem em 95%, comunicação em 90%, reabilitação em casa em 92% e assistência social em 85%. Além disso, 72% tiveram melhora nos escores de qualidade de vida devido à reabilitação. Sedação paliativa ao final da vida com midazolam foi necessária em 11% dos casos para obter um bom controle dos sintomas, como delírio descontrolado, agitação, chocalho da morte ou convulsões refratárias. O fenobarbital intramuscular é a droga de escolha dos autores para as crises graves que ocorreram em 30% dos casos. A redução da dosagem de esteróides também é usada para diminuir a vigília. Esteróides foram retirados em 45% dos pacientes que morreram em casa, hidratação leve foi feita em 87% e alimentação por sonda em 13%. O processo de tomada de decisão no estágio de fim de vida é demorado, mas



o grau de sofrimento da família é inversamente proporcional à extensão do período preparatório.

Nesse mesmo sentido, Lysaght Hurley, Strumpf, Barg (2014) verificaram transições de casa para internação hospitalar centrada em três processos: desenvolvimento de um plano para necessidades futuras, identificando gatilhos que sinalizavam aumento das necessidades de cuidados e navegando através de fases de maior cuidado. Pacientes, cuidadores familiares ou membros da equipe interdisciplinar de cuidados paliativos identificaram gatilhos para mais cuidados, e foram tomadas ações para responder no ambiente de atendimento domiciliar. Desafios para essas ações ocorreram em muitas fases do atendimento e quando as necessidades foram incapazes de serem atendidas em casa, os pacientes foram transferidos para o hospital de internação.

Já pacientes idosos com demência, Rosenwax, Spilsbury, Arendts, Mcnamara & Semmens (2015) verificaram que mais de 70% das coortes de demência e comparativa compareceram aos serviços de emergência do hospital no último ano de vida. Apenas 6% da coorte de demência usaram cuidados paliativos baseados na comunidade, em comparação com 26% da coorte comparativa. A magnitude da taxa aumentada de visitas ao departamento de emergência variou no último ano de vida de 1,4 (intervalo de confiança de 95%: 1,1-1,9) vezes mais nos primeiros 3 meses de seguimento para 6,7 (intervalo de confiança de 95%: 4,7 -9.6) vezes, mais frequentemente nas semanas imediatamente anteriores à morte.

Carvalho & Martins (2016) focaram sua pesquisa nos profissionais de saúde de Enfermagem e sua vivência em cuidados paliativos com idosos, verificando haver uma forte relação com os idosos, pautada por momentos intensos, alguns menos bons resultantes do sofrimento dos idosos. Para tal, são essenciais a presença, o toque, o apoio e o não afastamento. O apoio familiar também é algo importante. Relativamente às consequências, valorizam a experiência, as recordações de idosos já falecidos, o levar os problemas para casa.

### **Considerações finais**

Ao final do estudo, pode-se verificar que o envelhecimento populacional ocorre de forma relevante em todo o mundo, como consequência deste processo de alterações demográficas surgem a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, progressivas e incapacitantes em virtude dessa crescente longevidade.

Salienta-se que os cuidados paliativos estão em ascensão no país, onde cada vez mais é reafirmado a importância de uma equipe multidisciplinar na prestação deste cuidado. Desta

forma, analisa-se que pessoas idosas apresentam peculiaridades específicas trazidas por alterações fisiológicas próprias do envelhecimento como demência, Parkinson, declínio funcional que demanda a prestação de cuidados paliativos com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos afim de atender sua integralidade de ser, bem como na possibilidade de minimizar a sobrecarga de cuidadores e familiares potencializando a qualidade de vida.

Conclui-se que o cuidar de idosos em cuidados paliativos trás desafios para o profissional de Enfermagem pois envolve trabalhar com emoções de famílias que se encontram em estado de dor e sofrimento, assim, ressalta-se a importância comunicação eficaz com familiares e equipe multidisciplinar de ter a dimensão do cuidado em saúde, onde todos os profissionais devem estar embasados para a promoção da qualidade de vida do paciente idoso e de seus familiares.

### **Referências**

Adam, R., de Bruin, M., Burton, C. D., Bond, C. M., Clausen, M. G., & Murchie, P. (2018). What are the current challenges of managing cancer pain and could digital technologies help?. *BMJ supportive & palliative care*, 8(2), 204-212.

Andrade, M. V., Noronha, K., Sá, E. B. D., Piola, S. F., Vieira, F. S., Vieira, R. D. S., & Benevides, R. P. D. S. (2018). Desafios do sistema de saúde brasileiro.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 7.

Bodstein, A., Lima, V. V. A. D., & Barros, A. M. A. D. (2014). A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente & Sociedade*, 17(2), 157-174.

Burlá, C. L. A. U. D. I. A., Azevedo, D. L., & Py, L. (2017). Cuidados Paliativos. *Freitas, EV; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2725-2749.

Brasil, & Brasil. (2006). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário oficial da União*, 1.

Camarano, A. A., & Kanso, S. (2009). Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.

Camarano, A. A. O., Marques, A., Neri, A. L., Barbosa, A. C., Burlá, C., Romero, D. E., ... & Kornis, G. E. (2010). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?

Carvalho, M. S., & Martins, J. C. A. (2016). Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(5), 745-758.

Diamond, E. L., Russell, D., Kryza-Lacombe, M., Bowles, K. H., Applebaum, A. J., Dennis, J., ... & Prigerson, H. G. (2015). Rates and risks for late referral to hospice in patients with primary malignant brain tumors. *Neuro-oncology*, 18(1), 78-86.

de Abreu, S. S. S., de Oliveira, A. G., Macedo, M. A. S. S., Duarte, S. F. P., dos Reis, L. A., & Lima, P. V. (2017). Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Idosos de uma Cidade do Interior da Bahia. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11(38), 652-662.

de Araújo, M. M., & da Silva, M. J. (2007). Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668.

Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2123-2132.

Franco, H. C. P., Stigar, R., Souza, S. J. P., & Burci, L. M. (2017). Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Rev Gestão e Saúde*, 17(2), 48-61.

Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos avançados*, 30(88), 155-166.

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, 37(1), 3-12.

Heyland, D. K., Dodek, P., Rocker, G., Groll, D., Gafni, A., Pichora, D., ... & Lam, M. (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Cmaj*, 174(5), 627-633.

Hoffmann, M. C. C. L., & Lobo, M. C. D. A. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.

Kang, J., Shin, D. W., Choi, J. E., Sanjo, M., Yoon, S. J., Kim, H. K., ... & Yoon, W. H. (2013). Factors associated with positive consequences of serving as a family caregiver for a terminal cancer patient. *Psycho- Oncology*, 22(3), 564-571.

Kim, S. H., Kang, S., & Song, M. K. (2018). Intensity of care at the end of life among older adults in Korea. *Journal of palliative care*, 33(1), 47-52.

Koffman, J. (2014). Servicing multi- cultural needs at the end of life. *Journal of renal care*, 40(S1), 6-15.

Kovács, M. J. (2014). Cuidando do cuidador profissional: o sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Bioética, cuidado e humanização, volume II: sobre o cuidado respeitoso*.

Lennaerts, H., Groot, M., Steppe, M., Van Der Steen, J. T., Van den Brand, M., Van Amelsvoort, D., ... & Bloem, B. R. (2017). Palliative care for patients with Parkinson's disease: study protocol for a mixed methods study. *BMC palliative care*, 16(1), 61.

Lima, P. V., Valença, T. D. C., Chaves, R. N., & dos Reis, L. A. (2016). Memória de idosos longevos com dependência funcional a respeito do trabalho. *Ciência & Desenvolvimento- Revista Eletrônica da FAINOR*, 9(1).

Lysaght Hurley, S., Strumpf, N., Barg, F. K., & Ersek, M. (2014). Not quite seamless: Transitions between home and inpatient hospice. *Journal of palliative medicine*, 17(4), 428-434.

Lima, C. D. C. S. (2018). Lei nº 13.466/2017 e a alteração do estatuto do idoso: uma contradição ao rol de prioridade especial para pessoas com mais de 80 anos. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 7(1), 147-162.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519.

Mello, B. S., Almeida, M. D. A., Pruinelli, L., & Lucena, A. D. F. (2019). Nursing outcomes for pain assessment of patients undergoing palliative care. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), 64-72.

Oliveira, A. M. L. D., & Guirardello, E. D. B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 71-77.

Oliveira, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil.

Paim, P. (2003). Estatuto do idoso. *Brasília. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas*.

Paiva, F. C. L. D., Almeida Júnior, J. J. D., & Damásio, A. C. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista bioética*, 22(3), 550-560.

Pazes, M. C. E., Nunes, L., & Barbosa, A. (2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 95-104.

Pompili, A., Telera, S., Villani, V., & Pace, A. (2014). Home palliative care and end of life issues in glioblastoma multiforme: results and comments from a homogeneous cohort of patients. *Neurosurgical focus*, 37(6), E5.

Reichert, H. (2015). A transição demográfica no brasil: a distribuição espacial, oportunidades e desafios.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), v-vi, 2007.

Roca-Biosca, A., Rubio-Rico, L., Velasco-Guillen, M. C., & Anguera-Saperas, L. (2016). Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. *Enfermería Intensiva*, 27(4), 168-172.

Rosenwax, L., Spilsbury, K., Arendts, G., McNamara, B., & Semmens, J. (2015). Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: a retrospective cohort study. *Palliative medicine*, 29(8), 727-736.

Saad, P. M. (2016). Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, 3, 153-166.

Silva, C.H.D (2004). A moralidade dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de cancerologia*, 50(4), 330-333.

Singer P.A, Bowman K.W (2003). Quality care at the end of life. *BMJ*; 324:1291-1292.

Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol. J Clin Oncol*, 28(1):142-8.

Vieira, R. C., de Moraes, M. T. M., Sarmiento, L. M. C., Ferreira, A. D. C., & de Sousa Muñoz, R. L. (2018). Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 1(08)

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Thicianne da Silva Roque – 26%

Bárbara Tarouco da Silva – 23%

Carolina Serpa Santos Carvalho – 17%

José Ismar dos Santos Sousa – 17%

Laura Fontoura Perim – 17%