

Aspectos bioéticos dos cuidados em saúde às pessoas idosas ao fim da vida

Bioethical aspects of health care provided to older adults at the end of their lives

Aspectos bioéticos de los cuidados de salud a adultos mayores en el final de la vida

*Samara Gonçalves de Oliveira^I, Sandra Teixeira de Araújo Pacheco^{II}, Michelle Darezzi Rodrigues Nunes^{III},
Célia Pereira Caldas^{IV}, Adriana Loureiro da Cunha^V, Patrícia Lima Pereira Peres^{VI}*

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica nacional e internacional, buscando as interfaces existentes entre os princípios bioéticos e os cuidados em saúde prestados ao fim da vida às pessoas idosas. **Método:** revisão integrativa, cuja busca ocorreu entre outubro e novembro de 2019 nas bases de dados Medline via Pubmed, Lilacs e Scopus com os descritores: "Palliative Care", "Aged" e "Bioethics" de 2014-2019. **Resultados:** a partir dos artigos selecionados, emergiram as seguintes categorias: condutas terapêuticas frente aos cuidados ao fim da vida; tomada de decisão nos cuidados ao fim da vida; e desafios nos cuidados ao fim da vida. **Conclusão:** destaca-se a relevância dos profissionais manterem o compromisso com a pessoa idosa e sua família de forma a considerar suas subjetividades e preferências e os instrumentalizar para que os cuidados sejam pautados em princípios bioéticos, para assim proporcionar um processo de morte e de morrer com dignidade.

Descritores: Bioética; Idoso; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: to examine the Brazilian and international scientific production for connections between bioethical principles and the health care provided to older adults at the end of their lives. **Method:** between October and November 2019 this integrative review searched the Medline (Pubmed), Lilacs, and Scopus databases using the descriptors: "Palliative Care", "Aged", and "Bioethics" for the period 2014-2019. **Results:** the following categories emerged from the selected articles: therapeutic conducted with regard to end-of-life care; decision making on end-of-life care; and challenges in end-of-life care. **Conclusion:** of particular importance is for health professionals to uphold their commitment to older adults and their families, consider their subjectivities and preferences, and empower and equip them so that care is guided by bioethical principles in order to assure a dignified process of dying and death.

Descriptors: Bioethics; Aged; Palliative Care.

RESUMEN

Objetivo: examinar la producción científica brasileña e internacional en busca de conexiones entre los principios bioéticos y la atención médica brindada a los adultos mayores al final de sus vidas. **Método:** entre octubre y noviembre de 2019, esta revisión integradora buscó en las bases de datos Medline (Pubmed), Lilacs y Scopus utilizando los descriptores: "Cuidados paliativos", "Envejecido" y "Bioética" para el período 2014-2019. **Resultados:** las siguientes categorías surgieron de los artículos seleccionados: terapéutico realizado con respecto a la atención al final de la vida; toma de decisiones sobre la atención al final de la vida; y desafíos en la atención al final de la vida. **Conclusión:** es de particular importancia que los profesionales de la salud mantengan su compromiso con los adultos mayores y sus familias, consideren sus subjetividades y preferencias, y los empoderen y equipen para que la atención se guíe por principios bioéticos para asegurar un proceso digno de muerte y muerte.

Descriptor: Bioética; Anciano; Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil, cuja população com mais de 60 anos tem aumentado acentuadamente nas últimas décadas¹. Atualmente, quando se fala em velhice não se pensa apenas no envelhecimento quanto à passagem do tempo, mas também em como essa fase da vida tem sido experimentada pelo indivíduo através de sua relação com os fatores sociais, econômicos, biológicos e psicológicos.

Sendo assim, o estudo do envelhecimento humano é uma temática de grande relevância no meio acadêmico, pois a promoção de uma velhice digna, ativa e saudável se tornou um fator relevante para a sociedade e para os diversos espaços onde a pessoa idosa está inserida².

^IEnfermeira. Especialista. Mestranda, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: samaraoliveira@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4532-9489>.

^{II}Enfermeira Pediatra. Doutora. Professora Associada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: stapacheco@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4612-889X>.

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: mid13@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7685-342X>.

^{IV}Enfermeira. Pós-Doutora. Professora Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: celpcaldas@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6903-1778>.

^VEnfermeira Obstétrica. Doutoranda, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: adrianacunhaloureiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6971-4357>.

^{VI}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: patricia.uerj@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7086-8970>.

A pessoa que envelhece experimenta inevitavelmente um declínio funcional, progressivo e irreversível. À medida que se perde funcionalidades em diversas áreas, surge a principal consequência: a fragilidade, uma condição de risco para o organismo³.

O predomínio da fragilidade, a existência de multimorbidade e perdas funcionais, que aumentam conforme o avançar da idade, exercem um grande impacto na sobrevivência de idosos, trazendo implicações na suscetibilidade e evolução para a morte⁴.

Esta última envolve a prestação de cuidados em saúde no fim da vida. Incluem-se desta forma cuidados adequados para o alívio da dor e dos sintomas decorrentes da fase avançada de uma doença, devendo proporcionar suporte psicossocial e espiritual em todos os estágios, desde o diagnóstico de uma doença incurável até o período de luto da família⁵. A prestação de cuidados ao idoso, portanto, inclui não só a atenção à sua saúde, mas também o envolvimento da família, visto que essa frequentemente exerce a função de cuidadora⁶.

Sendo assim, os cuidados paliativos surgem como uma filosofia de cuidados para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares no processo de enfrentamento do fim da vida⁵.

O viver se mantém como uma questão fundamental, por isso, os cuidados em saúde à pessoa idosa em estágios finais da vida passam a ter como meta não a cura, mas o cuidar na perspectiva de proporcionar melhor qualidade de vida, prevenção e alívio de sofrimento. Dessa forma, os cuidados aos quais nos referimos estão inseridos no âmbito da reflexão bioética⁷.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica nacional e internacional, buscando as interfaces existentes entre os princípios bioéticos e os cuidados em saúde prestados ao fim da vida às pessoas idosas. Para isso, o estudo se apoia nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça que norteiam a ética biomédica, também conhecida por Bioética Principlista⁸.

A relevância deste estudo está, assim, na possibilidade de que, a partir de seus resultados, seja possível maximizar as reflexões acerca das implicações bioéticas advindas dos cuidados em saúde prestados ao fim da vida às pessoas idosas e melhor compreensão deste fenômeno.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Para isso, percorreram-se seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos e categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento^{9,10}.

Assim, formulou-se a questão norteadora: Quais as interfaces existentes entre os princípios bioéticos e os cuidados em saúde prestados ao fim da vida às pessoas idosas? Através da estratégia PICO, sintetizada pelo acrônimo P.I.Co, onde “P” corresponde à população (pessoas idosas), “I” ao fenômeno de interesse (Cuidados em saúde prestados ao fim da vida) e “Co” contexto do estudo (princípios bioéticos)¹¹.

A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2019 e atualizada em abril de 2020, nas bases de dados Medline via Pubmed, Lilacs e Scopus. Como estratégia de busca foi considerado o operador booleano *And*, o recorte temporal 2014-2019, os idiomas português, inglês e espanhol e os descritores: “*Palliative Care*”, “*Aged*” e “*Bioethics*”. O critério de inclusão foi: artigos na íntegra que abordassem os cuidados ao fim da vida direcionado às pessoas idosas. E critérios de exclusão, artigos que não atendiam ao objetivo proposto, revisões, dissertações ou teses, artigos de reflexão, comentários, editoriais, resumos de eventos e relatos de caso.

Realizou-se também a identificação do nível de evidência a partir do delineamento do estudo, atribuindo-se I para revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados; II para ensaios clínicos randomizados; III para ensaio controlado não randomizado; IV para estudos caso-controle ou coorte; V para revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI para estudos qualitativos ou descritivos; e VII para parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Esta hierarquia classifica os níveis I e II como fortes, III a V como moderados e VI a VII como fracos¹².

Foram incluídos os artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo encontradas 109 publicações – 88 na MEDLINE, 16 SCOPUS e cinco LILACS –, que foram avaliadas a fim de verificar se preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Desses, 24 artigos atenderem a questão de pesquisa. O fluxograma do processo de seleção dos artigos encontra-se a seguir na Figura 1.

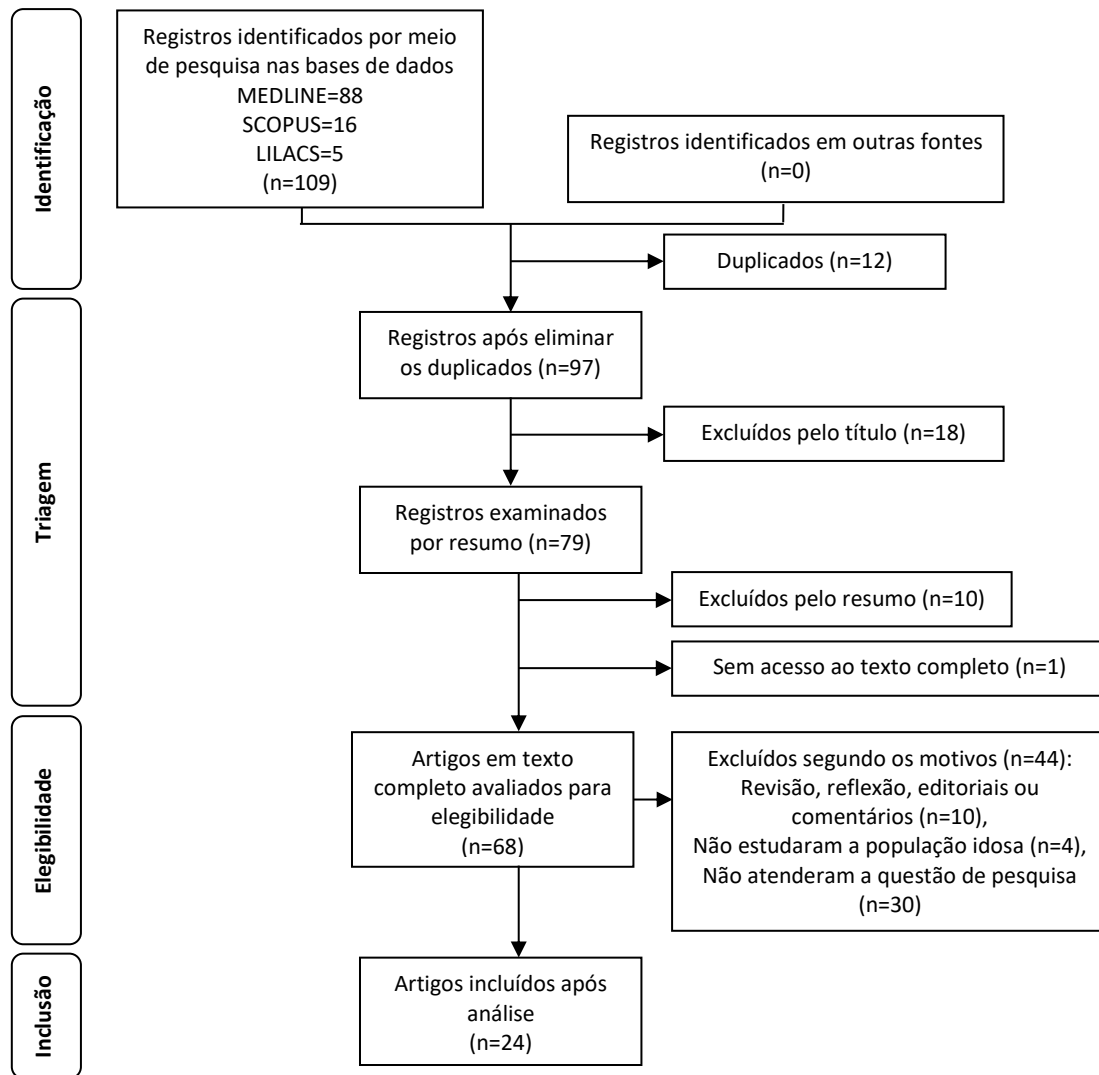


FIGURA 1: Fluxograma, segundo recomendações PRISMA, para seleção de estudos encontrados. Rio de Janeiro, Brasil, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 24 artigos científicos¹³⁻³⁶, dos quais 58,3% apresentam nível VI, 37,5% nível IV e 4,2% nível II. A abordagem metodológica que prevaleceu foi a qualitativa (58,3%), seguindo-se a quantitativa (41,7%). Com relação aos anos de publicação dos estudos, identificaram-se 03 nos anos de 2014 e 2019 (12,5%), 04 (16,7%) nos anos de 2016 e 2017 e 05 nos anos de 2015 e 2018 (20,8%).

Quanto à procedência dos artigos: 45,8% foram desenvolvidos em países da América do Norte^{13,14,16,18,20,22,24,26,29,33,34}, 41,7% em países da Europa^{15,17,21,23,25,30-32,35,36}, 8,3% em países da América do Sul^{27,28} e 4,2% em um país da Oceania¹⁹. Os países que mais publicaram sobre esta temática foram os Estados Unidos^{13,14,16,18,20,22,24,26,29,33}, seguido por Portugal^{17,21,25,32} e Bélgica^{23,30,31,35}.

A análise das informações da revisão integrativa foi realizada através de um quadro, elaborado pelas autoras, para a extração e síntese dos dados, contendo: título do artigo, nome dos autores, periódico/ano/local de publicação, nível de evidência, tipo de estudo, metodologia, principais resultados e conclusões. O quadro possibilitou a análise e interpretação crítica dos estudos, que foram agrupados empiricamente de acordo com suas diferenças e similaridades. A síntese dos artigos selecionados encontra-se a seguir na Figura 2.

Assim, com base em seu conteúdo, foram definidas três categorias: condutas terapêuticas frente aos cuidados ao fim da vida; tomada de decisão nos cuidados ao fim da vida; e desafios nos cuidados ao fim da vida.

Título	Periódico/Ano	Nível de Evidência
Prospect Theory Concepts Applied to Family Members of Nursing Home Residents with Cancer: A Good Ending Is a Gain ¹³	J Soc Work End Life Palliat Care, 2019	Nível VI
Did a Goals-of-Care Discussion Happen? Differences in the Occurrence of Goals-of-Care Discussions as Reported by Patients, Clinicians, and in the Electronic Health Record. ¹⁴	J Pain Symp Manag, 2019	Nível IV
"I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care ¹⁵ .	BMC Palliat Care. 2019	Nível VI
Surrogate Decision Makers' Perspectives on Family Members' Prognosis after Intracerebral Hemorrhage ¹⁶	J Palliat Med. 2018	Nível VI
End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes ¹⁷	J Palliat Med, 2018	Nível VI
POLST Facilitation in Complex Care Management: A Feasibility Study ¹⁸	Am. J. Hosp. Palliat. Care, 2018	Nível IV
Patient autonomy and advance care planning: a qualitative study of oncologist and palliative care physicians' perspectives ¹⁹	Support. Care Cancer, 2018	Nível VI
Palliative Care Consultation Trends Among Hospitalized Patients With Advanced Cancer in the United States, 2005 to 2014 ²⁰	Am. J. Hosp. Palliat. Care., 2018	Nível VI
Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial ²¹	Palliat. Support. Care, 2017	Nível II
Health Care Professionals' Attitudes About Physician-Assisted Death: An Analysis of Their Justifications and the Roles of Terminology and Patient Competency ²²	J. Pain. Symptom Manage, 2017	Nível IV
Reasons for continuous sedation until death in cancer patients: a qualitative interview study ²³	Eur. J. Cancer Care (Engl), 2017	Nível VI
The Quality of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Decisions: A Pilot Study ²⁴	J. Palliat. Med., 2017	Nível VI
Prevalence and factors associated with demoralization syndrome in patients with advanced disease: Results from a cross-sectional Portuguese study ²⁵	Palliat. Support. Care, 2016	Nível IV
Constructing High-stakes Surgical Decisions: It's Better to Die Trying ²⁶	Ann. Surg, 2016	Nível VI
Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana ²⁷	Rev. bioét., 2016	Nível VI
Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência ²⁸	Rev. bioét., 2016	Nível VI
How clinicians discuss critically ill patients' preferences and values with surrogates: an empirical analysis ²⁹	Crit. Care Med., 2015	Nível VI
Using continuous sedation until death for cancer patients: a qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries ³⁰	Palliat. Med, 2015	Nível VI
Bridging the gap between continuous sedation until death and physician-assisted death: a focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium ³¹	Am. J. Hosp. Palliat. Care, 2015	Nível VI
Therapeutic futility in cancer patients at the time of palliative care transition: An analysis with a modified version of the Medication Appropriateness Index ³²	Palliat. Med, 2015	Nível IV
Upstream discussion provided in the ambulatory setting to assist patients with chronic kidney disease considering dialysis ³³	Perm J. 2015	Nível IV
Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care ³⁴	PLoS One, 2014	Nível IV
Continuous sedation until death with or without the intention to hasten death--a nationwide study in nursing homes in Flanders, Belgium ³⁵	J. Am. Med. Dir. Assoc, 2014	Nível IV
Estimating the potential life-shortening effect of continuous sedation until death: a comparison between two approaches ³⁶	J. Med. Ethics., 2014	Nível VI

Figura 2: Quadro síntese dos artigos selecionados nas Bases de dados. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2020.

Categoria 1: Condutas terapêuticas frente aos cuidados ao fim da vida

Oito estudos compuseram esta categoria e envolveram ações¹⁵ e procedimentos¹⁹ relacionados à abordagem e às condutas terapêuticas em idosos próximos do fim da vida, quando os sintomas são intratáveis e refratários. Observam-se cuidados como a eutanásia^{22,30,31}, a morte assistida^{22,31} e a sedação paliativa^{23,30,31,35, 36}.

A abordagem ética nas condutas terapêuticas frente aos cuidados ao fim da vida envolve ações de escuta, diálogo, compaixão, solicitude e manutenção da esperança, dentro da relação de cuidados, respeitando o máximo possível o grau de autonomia e atendendo às necessidades espirituais do indivíduo¹⁵.

Dentre esses cuidados identifica-se a realização de procedimentos de terapia intensiva, como: ventilação mecânica, gastrostomia endoscópica percutânea, colocação de tubos, nutrição parenteral, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia¹⁹.

A eutanásia ativa voluntária ocorre quando a morte é provocada a pedido do próprio paciente, sendo uma forma de garantia de sua autonomia. Para um paciente que não apresenta capacidade cognitiva preservada, tal cuidado é favorecido quando há uma diretriz de vontade antecipada²².

A legalização da morte assistida por médico envolve justificativas centradas no paciente, como: alívio do sofrimento e da dor do paciente (o princípio de beneficência e não-maleficência), direito do paciente de morrer como quiser (princípio de autonomia) e misericórdia (princípio de justiça).

A sedação paliativa pode ser utilizada até a morte, podendo ser breve ou intermitente³⁶. Ela é informada pelo desejo do paciente, ocorrendo quando um sintoma refratário se manteve presente antes do início da sedação, sendo um pedido para alívio do sofrimento³⁰. Por isso o paciente está mais envolvido no processo de tomada de decisão, verificando-se assim a preservação dos princípios de autonomia e justiça.

Há um debate extenso quanto à prática de sedação paliativa até a morte, devido a prejuízos indesejáveis e moralmente complexos como o encurtamento da vida³⁶ e a preservação da consciência³⁰.

Alguns consideram sedação paliativa até a morte um tratamento paliativo entre o alívio da dor e o término da vida^{31,35}; outros afirmam que ela é frequentemente usada com a intenção de acelerar a morte^{25,30}. E alguns apontam que este cuidado possibilita uma morte "natural" e uma 'alternativa', assim como a eutanásia, que poderia ser escolhida pelo paciente^{30,31}.

Atentando-se para o princípio de beneficência, se o benefício da palição for maior do que o dano de uma morte prematura, a sedação pode ser indicada mesmo que a morte não seja iminente³⁶.

A tomada de decisão inclusiva e compartilhada envolvendo todos os membros da equipe de atendimento, bem como paciente e família, precisa ser considerada nas condutas terapêuticas frente aos cuidados ao fim da vida para preservação da autonomia do paciente, sendo capaz de aumentar as chances de encontrar o equilíbrio certo em uma abordagem clínica²³.

A análise das condutas terapêuticas identificadas nos estudos conduz a uma reflexão ética quanto à complexidade das demandas em saúde nessa fase da vida, especialmente quando se está no limiar da morte, apontando para a importância da discussão e transparência do prognóstico da pessoa idosa entre os profissionais de saúde e familiares, visando a preservação dos princípios de autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, especialmente quando a conduta envolve a sedação paliativa.

Categoria 2: Tomada de decisão nos cuidados ao fim da vida

Nove estudos integram essa categoria^{13,14,16,18,19,24,29,33,34} e abordam as preferências atuais das pessoas idosas e a tomada de decisão em seus cuidados ao fim da vida considerando os princípios bioéticos.

A qualidade das decisões nos cuidados ao fim da vida das pessoas idosas deve refletir as preferências atuais deles e de suas famílias, sendo importante que estejam bem esclarecidos quanto aos cuidados necessários para preservar seu bem-estar biopsicosocioespiritual²⁴.

Avaliar as escolhas pessoais dos idosos e suas famílias, antecipar situações e planejar cuidados são ações que indicam qualidade nos cuidados em fim de vida¹⁶.

Compartilhar metas de atendimento e discuti-las no contexto de uma consulta ambulatorial com o médico ou enfermeiro do paciente aparenta ser um passo inicial importante no processo de planejamento para um atendimento bem-sucedido no final da vida¹⁴. No entanto, observa-se frequentemente que não ocorrem discussões em tempo oportuno quanto às preferências ou valores dos idosos na terminalidade, o que interfere na eficácia dos cuidados ao fim da vida²⁹.

Como parte do planejamento avançado na prestação dos cuidados no fim de suas vidas pode-se envolver melhor os idosos e seus familiares em conversas sobre quais riscos vale a pena correr e evitar, e explorar quais resultados e riscos eles e suas famílias estão dispostos a buscar ou desejam evitar¹³, pois muitas vezes suas preferências não são consideradas pelo desconhecimento sobre estas questões²⁴.

A autonomia do paciente frequentemente é ameaçada, pois mesmo que sejam encorajados a expressarem suas preferências por cuidados, as normas médicas sobre a qualidade e a "razoabilidade" do cuidado, a disponibilidade de

serviços e as relações familiares aumentam ou limitam a capacidade dos pacientes para perceber suas preferências, problematizando a escolha individual¹⁹.

Outra questão importante que merece ser discutida é a preferência das pessoas idosas quanto ao local de sua morte. Quase metade dos familiares acredita que os idosos prefeririam que sua morte ocorresse em seu domicílio, no entanto o local mais comum de morte é o hospital, especialmente a UTI³⁴. Isso indica a importância de discutir com a família e o idoso a possibilidade de escolha, para que seus direitos frente à escolha do local da morte sejam preservados, respeitando assim os princípios de autonomia e beneficência.

Oportunizar a discussão sobre os limites e possibilidades dos cuidados ao fim da vida é importante para pacientes e familiares e os auxilia a entender melhor as suas escolhas, esclarecendo as metas de tratamento. Essa discussão deve ser documentada no prontuário do paciente, para servir como referência para a equipe multiprofissional que o acompanha³³.

Portanto, a adoção de estratégias para garantir um atendimento centrado na pessoa, que reflita os objetivos, valores e preferências de cada indivíduo torna-se essencial para melhorar os cuidados no final de sua vida, de forma a auxiliá-la a pensar em sua preferência, sendo essa um fator importante para a tomada de decisões¹⁸. Programas de planejamento avançado de cuidados, onde se consideram as preferências dos pacientes, são importantes estratégias para o respeito da autonomia da pessoa idosa nos cuidados ao fim da vida¹⁹.

Existem grandes desafios assistenciais que frequentemente limitam a pessoa idosa a escolher os cuidados em saúde que desejam, dentre eles a falta de engajamento pessoal na tomada de decisão em saúde para seu próprio bem-estar, o que indica prejuízos na garantia do princípio de justiça a essas pessoas.

Sendo assim, a eficiência da tomada de decisão está intimamente ligada à garantia dos princípios de justiça e autonomia ao idoso e sua família, pois o processo de tomada de decisão eficaz é caracterizado por uma abordagem compartilhada de decisões que considere as preferências dos idosos e suas famílias nos cuidados adotados.

Categoria 3: Desafios nos cuidados ao fim da vida

Esta categoria é composta por sete artigos^{17,21,25,26,28,32,34}, que abordam os desafios encontrados nos cuidados ao fim da vida de idosos para preservação dos princípios bioéticos e da dignidade humana.

Os primeiros desafios evidenciados são: a prestação de cuidados compassivos de apoio aos familiares e ao idoso; a manutenção de uma equipe de saúde trabalhando em conjunto como equipe coesa; a escuta atenta aos pacientes e familiares; e a prevenção do atendimento agressivo e cheio de tecnologia. Tais desafios são importantes para a preservação dos princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça³⁴.

Outro desafio encontrado foi a polifarmácia. O excesso de medicamentos prescritos aumenta o risco de eventos adversos, sem adicionar qualquer benefício substancial ao idoso. Faz-se importante considerar uma revisão no plano terapêutico dos idosos nos cuidados ao fim de vida, com o intuito de identificar medicamentos potencialmente inapropriados, eliminar medicamentos de valor decrescente e adicionar medicamentos preventivos e terapêuticos paliativos³², para a garantia do princípio de não maleficência.

Um desafio observado foi a comunicação prognóstica em doenças críticas agudas, no caso de hemorragia intracerebral, por exemplo, onde foram evidenciadas informações prognósticas discordantes, como diferentes estimativas prognósticas ou terminalidade variada entre os membros da equipe de saúde, o que vem contribuindo para diferentes decisões com implicações de vida ou morte para o paciente e um sofrimento adicional aos familiares¹⁷.

As intervenções cirúrgicas realizadas em idosos nos cuidados ao fim da vida também foram desafios evidenciados. Idosos e cirurgiões parecem concordar que a maximização da qualidade de vida e a perda da independência devem orientar as decisões de tratamento. Antes de considerar a cirurgia uma opção, deve-se observar se ela tem potencial para gerar prejuízos na autonomia dos idosos. Se os benefícios da cirurgia são limitados é preciso rever a sua necessidade, para evitar danos desnecessários²⁵, preservando-se assim o princípio de beneficência e não maleficência.

Três outros desafios foram observados em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), e envolveram o enfrentamento da mercantilização do cuidado, a proteção social e a implantação de estruturas adequadas²⁸. Tais desafios podem prejudicar a qualidade da assistência a estes idosos, interferindo na garantia dos princípios de beneficência, não maleficência e justiça.

Além desses desafios, verifica-se também o sofrimento psíquico^{21,25,28}. Frequentemente identifica-se a presença de ansiedade, depressão, síndrome de desmoralização, desejo de morte, estados anedônicos, desamparo e desesperança^{21,25}.

Nas instituições de longa permanência observa-se que não se trabalha sob a perspectiva do alívio do sofrimento e da morte²⁸; e em hospitais observa-se a carência de ações em saúde frente ao sofrimento psíquico de idosos

internados devido à persistência do sofrimento psíquico dos mesmos. Isso pode refletir também uma falta de serviços de apoio psicossocial ou falta de intervenções efetivas sendo oferecidas a esses pacientes ao longo da doença²⁵.

Levar em consideração tais sofrimentos psíquicos a partir de um diagnóstico psicossocial tem uma importância clínica para o exercício prático da beneficência e da não maleficência, demonstrando a relevância do acompanhamento psicológico no enfrentamento das doenças potencialmente fatais nos cuidados ao fim da vida. A terapia da dignidade (TD) demonstra ser uma breve intervenção individualizada capaz de promover melhorias quanto ao sofrimento psíquico e constante tristeza²¹.

Salienta-se que essa multiplicidade de desafios indica que o processo de morte envolve terapêuticas que perpassam discussões relacionadas à manutenção de uma postura ética pelos profissionais de saúde na prestação da assistência, infraestrutura inadequada dos serviços de saúde, carência de suporte psicossocial pelos serviços de saúde e desenvolvimento de um plano terapêutico que considere esta nova fase da vida. Esses desafios precisam ser frequentemente considerados em discussões bioéticas para o alcance e garantia dos princípios de justiça, beneficência e não-maleficência.

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão apontam a complexidade na condução das terapêuticas apropriadas a idosos em estágios finais de vida, revelando a necessidade do envolvimento e melhor engajamento do idoso e sua família na tomada de decisão para evitar condutas terapêuticas indesejadas, apontando ainda para a persistência dos distintos desafios que precisam ser continuamente discutidos para preservação dos princípios bioéticos e eficácia dos cuidados realizados.

Além disto, mostram a importância da aplicação dos princípios bioéticos para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde no fim da vida prestados aos idosos.

Como desdobramento recomenda-se que novos estudos sejam realizados a fim de discutir e aprofundar questões atreladas aos cuidados em saúde prestados ao fim da vida às pessoas idosas, com vistas à garantia dos princípios bioéticos nos cuidados a estas pessoas. Cumpre assinalar que este estudo apresenta algumas limitações, como a inclusão de apenas três bases de dados, o que pode ter levado a não inclusão de alguns estudos sobre a temática. Destaca-se também a dificuldade de acesso a uma publicação na íntegra, obstaculizando a sua abordagem.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros KKAS, Pinto Júnior EP, Bousquat A, Medina MG. The challenge of integrality in elderly care in the scope of Primary Health Care. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 02]; 41(3):288-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S322>
2. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Bioethical reflections about the promotion of palliative care for elderly. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]; 40(108):170-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014>
3. Carvalho MS, Martins JCA. Palliative care for institutionalized elderly persons: experience of caregivers. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]; 19(5):745-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150178>
4. Leme DEC, Thomaz RP, Borim FSA, Brenelli SL, Oliveira DV, Fattori A. Survival of elderly outpatients: effects of frailty, multimorbidity and disability. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 04]; 24(1):137-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.04952017>
5. Andrade CG, Andrade M I, Brito FM, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO. Palliative care and bioethics: study with assistance nurses. *J. res.: fundam. care*. Online. 2016 [cited 2019 Oct 14]; 8(4):4922-8. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4922-4928>
6. Rigon E, Dalazen JVC, Busnello GF, Kolhs M, Olschowsky A, Kempfer SS. Experiences of elder people and health care professionals relating to the family health strategy. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 28]; 24(5):e17030. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17030>
7. Britto SMC, Ramos RS, Santos EI, Veloso OS, Silva AM, Mariz RGA. Social representation of nurses on palliative care. *Rev. Cuid.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 28]; 6(2):1062-1069. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>
8. Peruzzo-Júnior L. Autonomy, care and respect: the debate on assisted extension of life. *Rev. Bio. y Der.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 29]; 39:121-34. DOI: <https://doi.org/10.1344/rbd2017.39.17718>
9. Soares CB, Holga LAK, Peduzzi M, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 22]; 48(2):335-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
10. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 29]; 18(1): 195-201. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
11. Carvalho AMC, Andrade EMLR, Nogueira LT, Araújo TME. Hpv vaccine adherence among adolescents: integrative review. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 29]; 28(2):e20180257. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0257>
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 4ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.

13. Bern-Klug M, Singh J, Liu J, Shinkunas L. Prospect Theory Concepts Applied to Family Members of Nursing Home Residents with Cancer: A Good Ending Is a Gain. *J Soc Work End Life Palliat. Care* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 27]; 15(1):34-54. DOI: <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1580242>
14. Modes ME, Engelberg RA, Downey L, Nielsen EL, Curtis JR, Kross EK. Did a goals-of-care discussion happen? Differences in the occurrence of goals-of-care discussions as reported by patients, clinicians, and in the electronic health record. *J. Pain Symp. Manag.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 27]; 57(2):251-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.507>
15. De Panfilis L, Di Leo S, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. "I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliat. Care* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 27]; 18(1):70. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0453-2>
16. Pereira, SM, Fradique, E, Hernández-Marrero, P. End-of-life decision making in palliative care and recommendations of the Council of Europe: qualitative secondary analysis of interviews and observation field notes. *J. Palliat. Med.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 27]; 21:604-15. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0403>
17. Zahuranec DB, Anspach RR, Roney ME, Fuhrel-Forbis A, Connochie DM, Chen EP, et al. Surrogate Decision Makers' Perspectives on Family Members' Prognosis after Intracerebral Hemorrhage. *J. Palliat. Med.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 27]; 21(7):956-62. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0604>
18. Torke AM, Hickman SE, Hammes B, Counsell SR, Inger L, Slaven JE, Butler D. POLST facilitation in complex care management: a feasibility study. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 27]; 36(1):5-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909118797077>
19. Johnson SB, Butow PN, Kerridge I, Tattersall MHN. Patient autonomy and advance care planning: a qualitative study of oncologist and palliative care physicians' perspectives. *Support. Care Cancer* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 30]; 26(2):565-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3867-5>
20. Rubens M, Ramamoorthy V, Saxena A, Das S, Appunni S, Rana S, Viamonte-Ros A. Palliative care consultation trends among hospitalized patients with advanced cancer in the united states, 2005 to 2014. *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 30]; 36(4):294-301. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909118809975>
21. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. *Palliat. Support. Care* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 30]; 15(06):628-637. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516001140>
22. Braverman DW, Marcus BS, Wakim PG, Mercurio MR, Kopf GS. Health Care professionals' attitudes about physician-assisted death: an analysis of their justifications and the roles of terminology and patient competency. *J. Pain. Symptom Manage* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 02]; 54(4):538-45.e3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.024>
23. Robijn L, Chambaere K, Raus K, Rietjens J, Deliens L. Reasons for continuous sedation until death in cancer patients: a qualitative interview study. *Eur. J. Cancer Care (Engl).* [Internet], 2017 [cited 2019 Nov 02]; 26(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12405>
24. Hickman SE, Hammes BJ, Torke AM, Sudore RL, Sachs GA. The quality of physician orders for life-sustaining treatment decisions: a pilot study. *J. Palliat. Med.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 02]; 20(2):155-62. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0059>
25. Julião M, Nunes B, Barbosa A. Prevalence and factors associated with demoralization syndrome in patients with advanced disease: results from a cross-sectional Portuguese study. *Palliat. Support. Care* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 08]; 14(5):468-73. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951515001364>
26. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, Brasel KJ, Campbell TC, Gaines ME, Schwarze ML. Constructing high-stakes surgical decisions: it's better to die trying. *Ann. Surg.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 08]; 263(1):64-70. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001081>
27. Poletto S, Bettinelli LA, Santin JR. Experiences of death of older adults in medical practice and human dignity. *Rev. bioét.* [Internet], 2016 [cited 2019 Nov 13]; 24(3):590-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243158>
28. Clos MB, Grossi PK. Challenges for dignified care in homes for the aged. *Rev. bioét.* [Internet], 2016 [cited 2019 Nov 13]; 24(2):395-411. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140>
29. Scheunemann LP, Cunningham TV, Arnold RM, Buddadhumaruk P, White DB. How clinicians discuss critically ill patients' preferences and values with surrogates: an empirical analysis. *Crit. Care Med.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 13]; 43(4):757-64. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000772>
30. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, Deliens L, Sterckx S, Mortier F, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients: a qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliat. Med.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 13]; 29(1):48-59. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216314543319>
31. Rys S, Deschepper R, Mortier F, Deliens L, Bilsen J. Bridging the gap between continuous sedation until death and physician-assisted death: a focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 16]; 32(4):407-16. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909114527152>
32. Domingues PGD, Carneiro R, Costa I, Monteiro C, Shvetz Y, Barbosa AC et al. Therapeutic futility in cancer patients at the time of palliative care transition: an analysis with a modified version of the Medication Appropriateness Index. *Palliat. Med.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 16]; 29(7):643-51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216315573687>
33. Tuan K Le MD, Mi Chang MD, Craig Nelson PhD CLS, Julie Ann Sortais LCSW, Pushkar Chand MD, Karen Tallman PhD. Upstream discussion provided in the ambulatory setting to assist patients with chronic kidney disease considering dialysis. *Perm J.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 16]; 19(1):30-3. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/14-053>
34. Sadler E, Hales B, Henry B, Xiong W, Myers J, Wynnychuk L et al. Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care. *PLoS. One* [Internet], 2014 [cited 2019 Nov 16]; 9(11):e110860. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110860>



35. Rys S, Deschepper R, Mortier F, Deliens L, Bilsen J. Continuous sedation until death with or without the intention to hasten death--a nationwide study in nursing homes in Flanders, Belgium. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 16]; 15(8):570-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.004>
36. Bruinsma SM, Rietjens JA, Swart SJ, Perez RS, van Delden JJ, van der Heide A. Estimating the potential life-shortening effect of continuous sedation until death: a comparison between two approaches. *J. Med. Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 16]; 40(7):458-62. DOI: <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101459>