

Rachel Duarte Moritz<sup>1</sup>, Patricia Miranda do Lago<sup>2</sup>, Raquel Pusch de Souza<sup>3</sup>, Nilton Brandão da Silva<sup>4</sup>, Francisco Albano de Meneses<sup>5</sup>, Jairo Constante Bitencourt Othero<sup>6</sup>, Fernando Osni Machado<sup>7</sup>, Jefferson Pedro Piva<sup>8</sup>, Mariza D'Agostino Dias<sup>9</sup>, Juan Carlos Rosso Verdeal<sup>10</sup>, Eduardo Rocha<sup>11</sup>, Renata Andrea Pietro Pereira Viana<sup>12</sup>, Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães<sup>13</sup>, Nara Azeredo<sup>14</sup>

1. Doutora, Professora Adjunta de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.
2. Doutora, Pediatra do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), Brasil.
3. Psicóloga do Serviço de Psicologia dos Hospitais VITA - Curitiba (PR), Brasil.
4. Doutor, Professor Adjunto da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (RS), Brasil.
5. Mestre, Supervisor da Residência de Medicina Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídeo da Universidade Federal do Ceará - Fortaleza (CE), Brasil
6. Mestre, Médico do Hospital do Pronto Socorro de Porto Alegre (RS), Brasil
7. Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis (SC), Brasil
8. Doutor, Professor Adjunto de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.
9. Doutora, Médica da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital 9 de Julho – São Paulo (SP), Brasil.
10. Médico do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital Barra D'Or e Hospital Municipal Miguel Couto Rio de Janeiro (RJ); Brasil.
11. Pós-Doutor, Professor Adjunto de Nefrologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
12. Mestre, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira – HSPE-FMO – São Paulo (SP), Brasil.
13. Psicóloga da Departamento de Psicologia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Brasil
14. Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Brasil.

Recebido do Fórum de Terminalidade da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB - Uma agenda para a pesquisa, realizado nos dias 22 e 23 de agosto em São Paulo (SP), Brasil.

Submetido em 20 de Outubro de 2008  
Aceito em 12 de Dezembro de 2008

#### Autor para correspondência:

Rachel Duarte Moritz  
Rua João Paulo 1929 - Bairro João Paulo  
CEP 88030-300 Florianópolis (SC), Brasil.  
E-mail: rachel@hu.ufsc.br

## Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva

*End of life and palliative care in intensive care unit*

### RESUMO

O objetivo da presente revisão foi avaliar o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. Identificar as questões-chave e sugerir uma agenda de pesquisa sobre essas questões. A Associação Brasileira de Medicina Intensiva organizou um fórum específico para o debate de doenças terminais na unidade de terapia intensiva, onde participaram profissionais experientes em medicina intensiva. Esses profissionais foram subdivididos em 3 subgrupos, que discutiram: comunicação em unidade de terapia intensiva, decisões diante de um doente terminal e cuidados/ações paliativas na unidade de terapia intensiva. As informações e referências bibliográficas foram copiladas e trabalhadas através de um site de acesso restrito. Os trabalhos ocorreram em 12 horas quando foram realizadas discussões sistematizadas seguindo o método Delphi modificado. Foram elaboradas definições sobre a terminalidade. A adequada comunicação foi considerada de primordial importância para a condução do tratamento de um paciente terminal. Foram descri-

tas barreiras de comunicação que devem ser evitadas sendo definidas técnicas para a boa comunicação. Foram também definidos os critérios para cuidados e ações paliativas nas unidades de terapia intensiva, sendo considerada fundamental a aceitação da morte, como um evento natural, e o respeito à autonomia e não maleficência do paciente. Considerou-se aconselhável a suspensão de medicamentos fúteis, que prolonguem o morrer e a adequação dos tratamentos não fúteis privilegiando o controle da dor e dos sintomas para o alívio do sofrimento dos pacientes com doença terminal. Para a prestação de cuidados paliativos a pacientes críticos e seus familiares, devem ser seguidos princípios e metas que visem o respeito às necessidades e anseios individuais. Os profissionais da unidade de terapia intensiva envolvidos com o tratamento desses pacientes são submetidos a grande estresse e tensão sendo desejável que lhes sejam disponíveis programas de educação continuados sobre cuidados paliativos.

**Descritores:** Cuidados paliativos; Doente terminal; Cuidados para prolongar a vida; Cuidados intensivos

### INTRODUÇÃO

A partir do século XX, o poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos.

Aspectos culturais, associados aos fatores sociais, como a dificuldade do tratamento de um doente terminal em seu lar, levaram à morte institucionalizada. No mundo atual, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva (UTIs). Nessas unidades, tamanho é o arsenal tecnológico disponível que se torna quase impossível morrer sem a

anuência do médico intensivista. Corrobora com essa afirmação, o fato de que os óbitos nas UTIs, a nível mundial, são precedidos em 30 a 50% dos casos de decisões sobre a suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.<sup>(1-10)</sup>

Os membros da equipe multiprofissional das UTIs tornam-se angustiados diante das dúvidas sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por índices prognósticos ou por modelos de ética ou moralidade? Despreparados para essa questão, a medicina moderna passa a subestimar o conforto do enfermo terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adia sua morte à custa de insensato e prolongado sofrimento. Para que a dor e o sofrimento neste processo de morrer sejam minimizados tem se tornado uma necessidade, a implantação de protocolos de cuidados paliativos nas UTIs.<sup>(11-16)</sup>

Tendo em vista o relatado, profissionais com experiência no tratamento de pacientes críticos se reuniram, com os objetivos de avaliar e sintetizar o estado atual do conhecimento sobre o tema terminalidade e cuidados paliativos, procurando identificar as questões-chave e sugerindo uma agenda de pesquisa sobre essas questões.

Profissionais experientes no tratamento de pacientes gravemente enfermos foram convidados para o Fórum Fundo AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Uma agenda para a pesquisa, realizado nos dias 22 e 23 de agosto em São Paulo. Esses profissionais foram subdivididos equitativamente, de acordo com a sua área de atuação, em três subgrupos para abordar os seguintes temas: 1. comunicação em UTI, 2. decisões diante de um doente terminal e 3. cuidados/ações paliativas na UTI. Os subgrupos compilaram e trabalharam as informações e referências bibliográficas de língua portuguesa e inglesa dos últimos 10 anos. Um site de acesso, restrito aos mesmos, foi utilizado para o armazenamento das referências bibliográficas. De acordo com o método Delphi modificado foram efetuadas rodadas de discussões entre os integrantes dos subgrupos e todo o grupo até que se atingisse um consenso final. Finalmente, propostas de prioridades nos rumos da pesquisa foram elaboradas.

## DEFINIÇÕES

Antes que fossem elaboradas recomendações e sugestões para temas a serem pesquisados, tornou-se necessária a definição de termos comumente utilizados.<sup>(17-25)</sup>

**Paciente em condição terminal:** Um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, in-

dependente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte.

A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Estabelecido este diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente.

**Cuidados paliativos:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, e a seus familiares. Nesses cuidados é fundamental o controle da dor e demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

**Ações paliativas:** Definidas como medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente.

**Cuidados ao fim da vida:** Aqueles prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder horas ou dias o óbito.

**Tratamento fútil:** É toda intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objetivos propostos no tratamento de um determinado doente.

**Cuidados paliativos na UTI:** Cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inatingível e, portanto deixa de ser o foco da assistência. Nesta situação, o objetivo primário é o bem estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranqüila. A priorização dos cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou seu representante legal. Após definidas, as ações paliativas, devem ser registradas de forma clara no prontuário do paciente.

Durante o tratamento de um paciente terminal muitas das medidas curativas/restaurativas, podem configurar tratamento fútil, tais como: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a internação ou permanência do paciente na UTI.

Caso venha a existir conflito durante a tomada de decisão de um tratamento paliativo, sugere-se que as chefias da UTI levem o fato ao conhecimento da direção da instituição para que esta, através de seus instrumentos (Comissão de Ética, Bioética, etc) viabilize a intermediação necessária.

Deve-se priorizar uma adequada comunicação entre

os atores envolvidos no processo, pois, a má comunicação é uma das principais barreiras que gera conflitos no tratamento de um paciente terminal na UTI.

## COMUNICAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A comunicação refere-se ao processo relacionado ao pensamento, as opiniões e as informações.<sup>(19-23)</sup> É a transmissão de informação contínua de uma pessoa para a outra, sendo então compartilhada por ambos. Para que haja comunicação, é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. A informação simplesmente transmitida, mas não recebida, não foi comunicada; para tal, é necessário alinhar o transmissor e o receptor entre os participantes do processo.

Na UTI, a comunicação é um processo que envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo a comunicação não-verbal da equipe multiprofissional, até a interação médico/paciente e família. Estão envolvidos no processo da comunicação na UTI os pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, os médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e os demais membros da equipe multiprofissional. A avaliação dos canais do processo, das principais barreiras de comunicação, dos elementos e estratégias da boa comunicação devem ser pontuados, reconhecidos e combatidos, ou seguidos, para que o processo se desenvolva a contento.

São considerados canais do processo crítico da comunicação:

- ruído - é uma interferência estranha a mensagem, tornando a comunicação menos eficaz. Significa todo e qualquer distúrbio ou barulho indesejável. Barulhos de conversa alta, telefone tocando, equipamentos etc.

- omissão - pode ocorrer quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebe ou passa o que pode captar.

- distorção - pode ser causada pela chamada "percepção seletiva" das pessoas: cada pessoa seleciona consciente ou inconscientemente os estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los seletivamente, omitindo as demais informações.

- sobrecarga - ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-las. A sobrecarga provoca omissão e contribui enormemente para a distorção.

As barreiras da comunicação nas UTIs são descritas no Quadro 1. Nos quadros 2 e 3 são especificados os elementos e as estratégias de uma boa comunicação.

### Quadro 1 – Barreiras de comunicação nas unidades de terapia intensiva

Barreiras da comunicação
Atitude corporal
Idéias preconcebidas
Percepções e interpretações
Grau de escolaridade
Significados pessoais
Motivação e interesse
Ausência de habilidade de comunicação
Emoções e estado de ânimo
Outras barreiras: clima organizacional, idioma, traqueostomia, entubação, sedação, distúrbio de consciência

### Quadro 2 – Elementos para a boa comunicação na unidade de terapia intensiva

Elementos para a boa comunicação
Humildade
Paciência
Transparência
Segurança
Boa Didática

### Quadro 3 – Estratégias para uma boa comunicação

Estratégias e técnicas de comunicação	
Verbais	Não verbais
Promover a empatia	Manter contato físico - toque
Promover um ambiente de interação	(Locais sugeridos para o toque: mãos, braços, ombro)
Repetir a informação sempre que necessário	Expressão facial do outro
Certificar-se de que a comunicação foi compreendida	Atitude corporal transparente
Saber ouvir/Incentivar a comunicação do outro	Aparência física adequada
Usar tom de voz adequado, ser sincero e disponível	
Disponibilizar tempo e colocar-se a disposição	
Manter um discurso consistente	
Oferecer o melhor (pessoal/técnico)	
Ficar atento principalmente às suas reações e não às dos outros	
Sugerir para a família colocar-se no lugar do paciente (trazer as opiniões e sentimentos do paciente para a conversa)	
Usar linguagem coloquial e evitar eufemismo (palavras simples e precisas)	

Recomenda-se, no que se refere à comunicação relacionada ao tratamento do paciente em estado crítico terminal que:

- as UTIs devam ter um local adequado para a convi-

vência com os familiares;

- o médico não delegue a outros profissionais seu papel na comunicação;
- seja o mesmo médico a prestar informações ao representante familiar;
- seja identificada na família do paciente, uma pessoa que possa servir como interlocutor, quando necessário;
- não sejam antecipadas informações desnecessárias e/ou não solicitadas;
- seja facilitado o maior número possível de encontros entre paciente/familiar/equipe de saúde;
- seja estabelecido pelo menos um horário exclusivo para o fornecimento das informações;
- sejam uniformizadas as informações, após um consenso entre todos os médicos envolvidos.

Deve-se também levar em consideração a importância de que sejam desenvolvidas atividades de educação continuada/permanente sobre a comunicação e terminalidade. Essas atividades podem ser sob a forma de palestras, grupos, treinamentos, cursos, etc, devendo-se valorizar a comunicação colaborativa entre os diversos profissionais que atuam na UTI.

#### **CUIDADOS/AÇÕES PALIATIVAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Na prática paliativa é importante a interatividade de todos os envolvidos no processo, isto é, do paciente, de seus familiares e da equipe da saúde. Esses cuidados incluem, necessariamente, uma perspectiva multidisciplinar e dimensão institucional, voltada também para as equipes de saúde. Uma abordagem ampla permite a inclusão dessa prática no sistema de saúde e na sociedade.<sup>(26)</sup>

Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente a cuidados curativos/restaurativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares.<sup>(26-28)</sup> Os princípios fundamentais dos cuidados paliativos na UTI são especificados no Quadro 4.

Para a prestação de cuidados paliativos a pacientes gravemente enfermos e seus familiares devem ser seguidas áreas de atuação: próprias do paciente, dos seus familiares e da equipe multiprofissional.

No que concerne a área de atuação própria do paciente deve-se respeitar a autonomia do indivíduo e o princípio da não-maleficência, privilegiando-se as decisões por consenso dentro da máxima certeza da irreversibilidade. Dessa forma, a decisão da equipe deve ser antecedida pelo consentimento do paciente ou de seus representantes legais, com registro em prontuário.<sup>(26,30)</sup>

#### **Quadro 4 – Princípios fundamentais dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**

Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva
<b>Princípios fundamentais</b>
Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida
Priorizar sempre o melhor interesse do paciente
Repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica
Não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte
Garantir a qualidade da vida e do morrer
Aliviar a dor e outros sintomas associados
Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares
Respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais
Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida
Estimular a Interdisciplinaridade como prática assistencial

Visando a não-maleficência o médico estará autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios ao paciente. Esse profissional não pode se eximir da responsabilidade dessa decisão final. Todos os atores do processo devem evitar qualquer conflito de interesse diante desta tomada de decisão.<sup>(26)</sup>

Para o completo atendimento dos acompanhantes do doente em estado crítico terminal é importante que seja reconhecido como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afetivo ao participar do momento final da vida do paciente. Deve ser uma preocupação dos gestores a garantia da privacidade no espaço físico e nas relações entre os que estão morrendo e seus familiares. Deve-se também reconhecer e respeitar os valores culturais e as crenças de cada doente. É importante a inclusão nos cuidados paliativos da assistência aos familiares após a morte do paciente.<sup>(31,32)</sup>

Ressalta-se que seja privilegiado, nas entrevistas, o ouvir os familiares, a obtenção e o compartilhamento do máximo das informações disponíveis, a manutenção, por parte do interlocutor, de uma atitude compassiva com informação em linguagem compreensível. É imprescindível que seja respeitado o tempo de entendimento e a decisão da família, pois, o processo do morrer envolve inúmeros sentimentos não podendo ser considerado somente do ponto de vista racional.<sup>(30-35)</sup>

Existe um enorme desgaste emocional dos membros da equipe que conduzem o tratamento do paciente em condição terminal nas UTIs. Portanto, essa equipe deve ser reconhecida como provedora, mas também como objeto dos cuidados. Para tal sugere-se que sejam oferecidos treinamento e educação continuada, que capacite os profissionais, de modo permanente, para os cuidados paliativos. A instituição gestora do processo não pode se eximir da sua participação nos cuidados paliativos prestados aos pacien-

tes e famílias de modo integral.<sup>(26, 28,29)</sup> De forma genérica, as ações paliativas em UTI são apontadas no Quadro 5.

Certamente a filosofia dos cuidados paliativos visa unicamente o bem estar do paciente vítima de doença terminal. Entretanto, ainda não existe definição legal

#### Quadro 5 – Ações paliativas na unidade de terapia intensiva

Ações paliativas na unidade de terapia intensiva
<p>Planejamento e ação</p> <p>Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família-paciente e da equipe assistencial.</p> <p>Privilegiar a adequada comunicação</p> <p>Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários)</p> <p>Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante</p> <p>Controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente</p> <p>A prevenção e tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos. O alívio da dor deve ser garantido mesmo nas situações de duplo efeito da medicação.</p> <p>Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispnéia e dor.</p> <p>Visar o bem estar do doente e não a maleficência</p> <p>Suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer (Exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total)</p> <p>Adequação dos tratamentos não fúteis (Exemplo: sedoanalgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório)</p>

#### Quadro 6 – Questões chaves a serem respondidas sobre o tema

Questões chave
<p>Quais são as práticas médicas e os cuidados paliativos oferecidos a pacientes terminais que morrem em UTI e UTIP no Brasil?</p> <p>Qual a expectativa do indivíduo leigo diante da terminalidade e dos cuidados paliativos?</p> <p>Qual a epidemiologia da terminalidade humana em ambientes intensivos no Brasil?</p> <p>Quais os conflitos de interesse que permeiam a terminalidade humana em ambientes intensivos?</p> <p>Em que a comunicação interfere no processo de decisão de final de vida de pacientes terminais entre os diferentes membros da equipe?</p> <p>Qual o nível de eficácia da comunicação com familiares e pacientes nas UTIs brasileiras?</p> <p>Qual a participação da família nas decisões de final de vida de pacientes internados em UTI?</p>

UTI – unidade de terapia intensiva, UTIP – unidade de terapia intensiva pediátrica

no Brasil, no que concerne a mudança do enfoque terapêutico, de curativo para paliativo. Existem discussões no âmbito jurídico a esse respeito, com interpretações bivalentes. Em defesa da morte no seu tempo certo se destaca o parecer de Diaulas Costa Ribeiro, “suspensão de esforço terapêutico tem suporte na Constituição, que reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento do estado. A omissão de tratamentos médicos, a pedido do doente não suicida, não constitui crime. O médico, desde que não pertença a equipe de transplante, pode participar da tomada de decisão de suspender esforço terapêutico (nutrição, hidratação, ventilação), considerado fútil.<sup>(36)</sup>

Diante do exposto os autores permitiram-se a sugestão de questões-chaves a serem respondidas futuramente sobre o tema terminalidade nas UTIs (Quadro 6).

#### ABSTRACT

The objective of this review was to evaluate current knowledge regarding terminal illness and palliative care in the intensive care unit, to identify the major challenges involved and propose a research agenda on these issues. The Brazilian Critical Care Association organized a specific forum on terminally ill patients, to which were invited experienced and skilled professionals on critical care. These professionals were divided in three groups: communication in the intensive care unit, the decision making process when faced with a terminally ill patient and palliative actions and care in the intensive care unit. Data and bibliographic references were stored in a restricted website. During a twelve hour meeting and following a modified Delphi methodology, the groups prepared the final document. Consensual definition regarding terminality was reached. Good communication was considered the cornerstone to define the best treatment for a terminally ill patient. Accordingly some communication barriers were described that should be avoided as well as some approaches that should be pursued. Criteria for palliative care and palliative action in the intensive care unit were defined. Acceptance of death as a natural event as well as respect for the patient's autonomy and the nonmaleficence principles were stressed. A recommendation was made to withdraw the futile treatment that prolongs the dying process and to elect analgesia and measures that alleviate suffering in terminally ill patients. To deliver palliative care to terminally ill patients and their relatives some principles and guides should be followed, respecting individual necessities and beliefs. The intensive care unit staff involved with the treatment of terminally ill patients is subject to stress and tension. Availability of a continuous education program on palliative care is desirable.

**Keywords:** Hospice care; Terminal ill; Life support care; Intensive care

## REFERÊNCIAS

1. Bittencourt AGV, Dantas MP, Neves FB, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43.
2. Deheinzelin D. Limitação e suspensão de tratamento: é hora de agir. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52(6):378.
3. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Aliá I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001;27(11):1744-9.
4. Feder S, Matheny RL, Loveless RS JR, Rea TD. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. *Ann Intern Med*. 2006;144(9):634-40.
5. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F; French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001;357(9249):9-14.
6. Keenan SP, Bushe KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med*. 1997;25(8):1324-31.
7. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.
8. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*. 2001;29(2 Suppl):N52-5.
9. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27(8):1626-33. Comment in: *Crit Care Med*. 1999;27(8):1686-7.
10. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, Vincent JL. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med*. 2005;165(17):1970-5.
11. Cook D, Rocker G, Giacomini M, Sinuff T, Heyland D. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S317-23.
12. Gillick MR. Ethical issues near the end of life. Up to date for Patients [database]. Last literature review version 16.1; Janeiro 2008. Last updated: Dezembro 17, 2007. Available from: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=-5srhixz/xmHKls>
13. Kellum JA, Dacey MJ. Ethics in the intensive care unit: Informed consent; withholding and withdrawal of life support; and requests for futile therapies. Up to Date for Patients [database]. Last literature review for version 16.1; January 31, 2008. Last updated: December 17, 2007. Available from: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=-Gbb0J4pnXNueef>
14. Luce JM, Alpers A. Legal aspects of withholding and withdrawing life support from critically ill patients in the United States and providing palliative care to them. *Am J Resp Crit Care Med*. 2000;162(6):2029-32.
15. Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tavella M, Sarquis S, Irrazabal C. [Death in an intensive care unit. Influence of life support withholding and withdrawal]. *Medicina (B Aires)*. 2006;66(3):237-41. Spanish.
16. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ; EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003;362(9381):345-50. Comment in: *Lancet*. 2003 Oct 25;362(9393):1419-20; author reply 1420.
17. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettage R, Barbosa SM, Burla C, Melo ITV. Critérios de qualidade para cuidados paliativos no Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora; 2006. 60p.
18. Mularski RA. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S309-16.
19. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S332-40.
20. Chaitin E, Arnold RM. Communication in the ICU: Holding a family meeting. Up to date Last literature review version 16.1; Janeiro 2008. | Last updated: August 2007. Available from: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=-F3zz75xS4jIIF>
21. Lorin S, Rho L, Wisnivesky JP, Nierman DM. Improving medical student intensive care unit communication skills: a novel educational initiative using standardized family members. *Crit Care Med*. 2006;34(9):2386-91. Comment on: *Crit Care Med*. 2006;34(9):2500-1.
22. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):485-9.
23. Gherardi CR, Biancolini C, Butera J, Calvillo L, Cantelli M, Cardonnet L, et al. Medicina hoy: pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Rev Argent Transf*. 2000;26(1):63-7.
24. Hall RI, Rocker GM. End-of-life care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn.

- wn. *Chest*. 2000;118(5):1424-30. Comment in: *Chest*. 2000;118(5):1238-9.
25. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*. 2000;283(8):1065-7. Comment in: *JAMA*. 2000;284(11):1380-1; author reply 1381-2. *JAMA*. 2000;284(11):1380; author reply 1381-2. Comment on: *JAMA*. 2000;283(8):1061-3.
  26. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158(4):1163-7.
  27. Reynolds S, Cooper AB, McKneally M. Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. *Thorac Surg Clin*. 2005;15(4):469-80. Review.
  28. Schneiderman LJ. Ethics consultation in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11(6):600-4. Review.
  29. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2008;34(2):271-7. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2008;34(2):392-3.
  30. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rocker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(8):912-27.
  31. Troug RD, Campbell ML, Curtis JR, Hass CE, Luce J, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Critical Care Med*. 2008;36(3):953-63. Erratum in: *Crit Care Med*. 2008;36(5):1699. Erratum in: *Crit Care Med*. 2008;36(5):1699.
  32. Monzón Marin JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33.
  33. Byock I. Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S302-5
  34. Lago PM, Garros D, Piva JP. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3):364-8
  35. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):481-4
  36. Ribeiro DC. A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia. *Bioética*. 2006;13(2):112-20.