Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31089

DECISÃO COMPARTILHADA E PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA NO ATENDIMENTO AO IDOSO FRÁGIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE

SHARED DECISION-MAKING AND THERAPEUTIC PROPORTIONALITY IN THE CARE OF FRAIL ELDERLY: EXPERIENCE REPORT IN A MEDIUM-SIZED HOSPITAL

TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA Y PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL: RELATO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE MEDIANO PORTE

Maria Antônia da Costa Siqueira[1]
Thiago dos Santos Vieira[2]

RESUMO: Esse artigo buscou sintetizar as evidências científicas sobre o papel da avaliação de fragilidade em emergências e integrá-las à vivência assistencial da Residência em Clínica Médica em Goiás. Trata-se de estudo híbrido composto por relato de experiência qualitativo e revisão sistemática da literatura (normas PRISMA e GRADE) que incluiu 11 estudos observacionais (N=24.107). O relato descreve o manejo de um idoso de 86 anos (CFS 8) em choque séptico pulmonar; a identificação da fragilidade basal evitou a intubação fútil, permitindo estabelecer uma transição segura para medidas exclusivas de conforto. A revisão chancelou essa prática ao demonstrar forte associação dose-resposta entre a Clinical Frailty Scale (CFS) e a mortalidade aguda (taxa de óbito intra-hospitalar de até 38,3% na fragilidade muito severa [CFS 8] versus 1,3% nos idosos robustos), além de predizer o preenchimento de diretivas antecipadas de vontade e limites terapêuticos (DNR/POLST de até 57,1% no CFS 8). A certeza cumulativa foi classificada como Baixa pelo sistema GRADE. Conclui-se que a fragilidade biológica deve sobrepor-se à idade cronológica, fornecendo sustentação ética para cuidados proporcionais e ortotanásia digna.

Palavras-chave: Idoso fragilizado. Serviços médicos de emergência. Tomada de decisão clínica.

ABSTRACT: This article aims to synthesize scientific evidence on frailty screening in the emergency department (ED) and integrate these findings with the clinical experience of Internal Medicine residents in Goiás, Brazil. Hybrid study comprising a qualitative experience report and a systematic literature review (PRISMA and GRADE guidelines) involving 11 observational cohort studies (N=24,107). The report details the clinical management of an 86-year-old patient (CFS 8) in pulmonary septic shock; rapid frailty assessment halted futile intubation, directing care to low-flow oxygen, morphine, and family comfort. The systematic review validated this clinical path, showing a strong dose-response correlation between the Clinical Frailty Scale (CFS) and acute mortality (in-hospital mortality up to 38.3% in CFS 8 vs. 1.3% in robust patients). High frailty also predicted increased documentation of treatment ceilings (DNR/POLST rates up to 57.1% in CFS 8). Biological frailty must override chronological age, providing robust grounds for proportional care and dignified orthothanasia.

Keywords: Frail elderly. Emergency medical services. Clinical decision-making.

[1] Médica Residente em Clínica Médica, CRM 34372 - GO. Associação Educativa Evangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.
[2] Orientador.

RESUMEN: Este artículo pretende sintetizar la evidencia científica sobre la evaluación de la fragilidad en urgencias e integrarla a la experiencia asistencial de la Residencia en Clínica Médica en Goiás, Brasil. Estudio híbrido compuesto por un relato de experiencia cualitativo y una revisión sistemática (normas PRISMA y GRADE) con 11 estudios observacionales (N=24.107). El relato describe el manejo de un anciano de 86 años (CFS 8) en choque séptico pulmonar; la identificación de la fragilidad evitó una intubación fútil, guiando la atención hacia el confort y el diálogo familiar. La revisión validó esta práctica al demostrar una fuerte correlación dosis-respuesta entre la Clinical Frailty Scale (CFS) y la mortalidad aguda (hasta 38,3% en CFS 8 frente a 1,3% en pacientes robustos), además de predecir límites terapéuticos (DNR/POLST hasta 57,1% en CFS 8). Se concluye que la fragilidad biológica debe prevalecer sobre la edad cronológica, fundamentando los cuidados proporcionales y la ortanasia digna.

Palabras clave: Anciano frágil. Servicios médicos de urgencia. Toma de decisiones clínicas.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, há um consenso consolidado de que a população passa por uma transição demográfica e epidemiológica sem precedentes, caracterizada pelo acelerado envelhecimento populacional global. No Brasil, essa mudança reflete-se de maneira contundente na porta de entrada do sistema de saúde: os serviços de urgência e emergência (OPAS, 2024). Nos últimos anos, observou-se uma mudança expressiva no perfil dos atendimentos, com os departamentos de emergência recebendo um volume cada vez maior de pacientes idosos com múltiplas comorbidades crônicas, polifarmácia e quadros de descompensação aguda severa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Esse novo cenário exige das equipes médicas assistenciais uma adaptação rápida, uma vez que a abordagem protocolar tradicional, voltada para adultos jovens, frequentemente se mostra inadequada e até deletéria para a população geriátrica (SILVA AB, et al., 2024).

Nesse contexto, emerge a necessidade de compreender a distinção fundamental entre idade cronológica e idade biológica, cujo principal marcador clínico é a síndrome de fragilidade. A fragilidade é definida como um estado multidimensional de vulnerabilidade aumentada e declínio da reserva fisiológica, que compromete a capacidade do indivíduo de manter a homeostase diante de estressores agudos, como infecções, quedas ou intervenções cirúrgicas (CLEGG A, et al., 2023). Para operacionalizar esse conceito na prática clínica, instrumentos de triagem foram desenvolvidos, destacando-se a Clinical Frailty Scale (CFS). A CFS é uma ferramenta visual, validada e de rápida aplicação, que estratifica o idoso desde o estado de robustez até a fragilidade terminal, permitindo à equipe multiprofissional antever o prognóstico, o risco de declínio funcional e a mortalidade em curto prazo (ROCKWOOD K e THEOU O, 2020; THEOU O, et al., 2021).

Entretanto, a integração dessa avaliação no ambiente do pronto-socorro esbarra em obstáculos sistêmicos profundos. A emergência é, por natureza, um ambiente caótico, superlotado e regido pela necessidade de decisões instantâneas baseadas na premissa de salvar vidas a qualquer custo, o que nem sempre corresponde às definições de bem-estar para a população frágil (CARDOSO ML, et al., 2022). A problematização central deste cenário reside na iatrogenia gerada pela falha em reconhecer o idoso frágil. Quando a fragilidade é ignorada, pacientes em estágios avançados de demência ou com dependência total são frequentemente submetidos a medidas invasivas e desproporcionais, como intubação orotraqueal, acessos venosos centrais e manobras de reanimação cardiopulmonar, que não alteram o curso irreversível da doença (GOMES FA, et al., 2023). O resultado direto dessa lacuna diagnóstica é a distanásia: o prolongamento artificial do processo de morte, acompanhado de sofrimento severo para o paciente, exaustão emocional para a família e alocação inadequada de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (PEREIRA LF, et al., 2023).

Diante do abismo existente entre a lentidão da avaliação geriátrica tradicional e a urgência das decisões de suporte avançado de vida, torna-se necessário discutir a estruturação de fluxos de decisão clínica na linha de frente. A justificativa para a escolha deste tema reside na necessidade ética e técnica de instrumentalizar o médico residente e o plantonista para a tomada de decisão rápida e assertiva. O emprego de ferramentas de avaliação de fragilidade não representa uma omissão da assistência, mas sim a excelência da boa prática clínica, permitindo a mudança de foco terapêutico (teto de cuidados) e a introdução precoce de cuidados paliativos e proporcionais para garantir a dignidade humana no fim da vida (ROMERO MP, et al., 2024; COSTA JR e SANTOS ML, 2023).

Assim, o presente trabalho se propõe a relatar a experiência da aplicação de escalas de fragilidade na emergência médica de um hospital de médio porte no estado de Goiás, integrando-a a uma revisão sistemática da literatura com artigos submetidos à análise de risco de viés e classificação quanto ao seu nível de evidência pelo sistema GRADE. O objetivo geral é sintetizar as evidências sobre o papel da avaliação da fragilidade na tomada de decisão e na definição de cuidados proporcionais para idosos em emergência, relacionando-as com a prática clínica cotidiana da Residência em Clínica Médica.

2 MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem híbrida, composta primariamente por um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, fundamentado em uma revisão sistemática da literatura. A condução da etapa de revisão da literatura seguiu as recomendações do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (PAGE MJ, et al., 2021).

2.1 Metodologia do relato de experiência

O objeto do relato é a experiência da equipe médica diante do desafio de avaliar rapidamente pacientes idosos frágeis, decidindo entre a adoção de medidas invasivas potencialmente inapropriadas ou a implementação de cuidados proporcionais e definição de teto terapêutico. A experiência ocorreu no departamento de emergência de um hospital de médio porte localizado no estado de Goiás. Participaram diretamente médicos plantonistas, residentes em Clínica Médica e acadêmicos de Medicina. A coleta de informações deu-se por meio da observação participante e da análise documental de prontuários, de forma agregada e anonimizada. O estudo atendeu integralmente aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos e relatos de experiência, assegurando o sigilo e o anonimato das informações institucionais e pessoais.

2.2 Metodologia da revisão sistemática

A revisão sistemática foi orientada pela pergunta PICo: 'Quais evidências científicas balizam o impacto da avaliação da fragilidade na tomada de decisão médica, na prevenção de iatrogenia e na definição de cuidados proporcionais em idosos atendidos em unidades de emergência?'. A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores controlados e termos livres conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégia de busca de acordo com as bases de dados escolhidas

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/Medline	("Aged" OR "Elderly" OR "Older adults") AND ("Frailty" OR "Frail Elderly") AND ("Emergencies" OR "Emergency Service" OR "Emergency Department") AND ("Clinical Decision-Making" OR "Iatrogenesis" OR "Palliative Care" OR "Proportional care")
Web of Science	("Aged" OR "Elderly" OR "older adults") AND ("frailty" OR "frailty scale") AND ("Emergencies" OR "Emergency Service" OR "Emergency Department") AND ("Clinical Decision-Making" OR "iatrogenesis" OR "ceiling of care" OR "Palliative Care")

Base de dados	Estratégia de busca
BVS	(“Idosos” OR "Aged" OR "Elderly" OR "older adults") AND ("Fragilidade" OR "Idoso fragilizado" OR "frailty" OR "frailty scale") AND ("Serviço de emergência" OR "Emergência" OR "Emergencies" OR "Emergency Service" OR "Emergency Department") AND ("Iatrogenia" OR "Cuidados proporcionais" OR “Palliative Care”)

Fonte: Autoria própria (2026).

Foram incluídos artigos originais e estudos observacionais publicados nos últimos dez anos nos idiomas português, inglês e espanhol, focados na utilidade de escalas de fragilidade na emergência. Foram excluídos relatos de caso isolados, editoriais, revisões narrativas e estudos ambulatoriais sem correlação com decisões agudas. A triagem foi conduzida via software Rayyan por revisores independentes (OUZZANI M, et al., 2016). Dos 105 registros recuperados, 17 duplicatas foram removidas, 88 foram triados por título e resumo e 25 lidos na íntegra. Ao final, 11 estudos preencheram todos os critérios de elegibilidade. A qualidade da evidência foi avaliada pelo sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (GUYATT GH, et al., 2008).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Relato da experiência assistencial: a prática da avaliação de fragilidade no pronto-socorro

A vivência assistencial na emergência médica do hospital de médio porte em Goiás evidenciou uma alta prevalência de idosos portadores de múltiplas enfermidades crônicas e dependência funcional. Inicialmente, observou-se uma tendência ao automatismo intervencionista, focado na reversão mecânica de alterações hemodinâmicas. No entanto, a incorporação da Clinical Frailty Scale (CFS) ao raciocínio clínico da equipe de residentes permitiu resgatar a funcionalidade prévia do paciente (avaliada duas semanas antes do evento agudo com os familiares), diferenciando a fragilidade basal da prostração causada pela infecção aguda.

Um caso emblemático ilustrou com clareza o impacto dessa abordagem: um paciente idoso de 86 anos foi admitido na sala vermelha em choque séptico de origem pulmonar, com rebaixamento do nível de consciência e severo desconforto respiratório. O fluxo protocolar convencional direcionaria o atendimento para a indução em sequência rápida e intubação orotraqueal imediata. Todavia, a entrevista prévia realizada pelo residente com a filha revelou que o idoso apresentava demência avançada há quatro anos, dependência total para todas as

atividades básicas, contraturas em flexão e permanência contínua no leito, configurando classificação CFS 8 (fragilidade muito severa).

A identificação objetiva dessa condição permitiu interromper a conduta invasiva fútil. Em uma reunião de alinhamento prognóstico rápida e acolhedora com os familiares, foi pactuado um teto terapêutico focado no alívio sintomático ativo. Foram implementadas medidas de oxigenoterapia de baixo fluxo, posicionamento, analgesia e sedação proporcional com morfina endovenosa para alívio da dispneia séptica. O paciente evoluiu para o óbito algumas horas após, sem dor, sem sofrimento gerado por procedimentos desproporcionais e acompanhado por sua família na própria sala de emergência. Para a equipe, o caso consolidou a percepção de que a adequação das condutas não representa abandono, mas a mais alta expressão de responsabilidade técnica e compaixão.

3.2 Resultados da revisão sistemática: síntese das evidências (N = 24.107)

A síntese dos 11 estudos internacionais incluídos na revisão sistemática reuniu dados de 24.107 idosos atendidos em cenários de emergência. As características metodológicas, populacionais, desfechos e certeza da evidência GRADE estão sintetizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos selecionados na revisão sistemática (N = 11)

Autor/Ano (País)	População (N)	Escala	Principais Achados e Desfechos	GRADE
Aakre et al., 2026 (Noruega)	324 idosos (≥75a)	CFS / ECOG	CFS≥7 disparou 2ª discussão pré-operatória em cirurgia abdominal; reduziu complicações e tempo de internação.	Baixa
Alsuleiman et al., 2026 (Jordânia)	949 idosos (≥65a)	CFS	Relação dose-resposta direta com mortalidade intra-hospitalar (1,3% no CFS 1-4 vs 38,3% no CFS 8).	Baixa
Arjan et al., 2021 (Reino Unido)	14.274 idosos	OPERA (CFS+)	Escore OPERA apresentou AUROC de 0,84 para predição de mortalidade intra-hospitalar em emergências.	Baixa
Cardona et al., 2019 (Austrália/Irlanda)	1.492 idosos (≥65a)	CriSTAL / CFS	CFS integrou o CriSTAL obtendo AUROC de 0,81 para predição de óbito em 90 dias pós-emergência.	Baixa
Chen et al., 2025 (Taiwan)	890 idosos (≥65a)	EFS / ECOG	Sarcopenia e fragilidade associaram-se de forma independente a maior taxa de internação hospitalar.	Baixa
Gaffney et al., 2022 (Irlanda)	191 idosos (≥70a)	SQ / CFS	Surprise Question positiva associou-se a CFS mediana 6 e risco 5,6 vezes maior de óbito em 1 ano.	Baixa
Minato et al., 2024 (Japão)	244 idosos	SPICT / ED-PCST	Demência e fragilidade responderam por 85,7% dos marcadores de necessidade de cuidados paliativos.	Baixa
Perea Gainza et al., 2026 (Espanha)	987 idosos (≥80a)	CFS / NEWS-2	Fragilidade basal manteve valor prognóstico independente em idosos infectados no pronto-socorro.	Baixa

Autor/Ano (País)	População (N)	Escala	Principais Achados e Desfechos	GRADE
Rudol & Pickert, 2025 (Alemanha)	167 idosos (≥75a)	MPI	Escore MPI apresentou relação linear com mortalidade em 24 meses e dias totais de hospitalização.	Baixa
Steinmeyer et al., 2024 (França)	1.005 idosos	WHALES	Escore WHALES derivado do CriSTAL demonstrou AUROC de 0,74 para mortalidade em 3 meses.	Baixa
Um et al., 2026 (Coreia do Sul)	502 idosos críticos	CFS v2.0	Fragilidade grave (CFS 8) elevou documentação de teto terapêutico/DNR para 57,1% (vs 16,7% no CFS 1-3).	Baixa

Fonte: Autoria própria (2026).

Legenda: CFS = Clinical Frailty Scale; GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

A análise detalhada dos eixos temáticos revelou uma nítida associação dose-resposta entre a Clinical Frailty Scale (CFS) e a mortalidade hospitalar aguda. A taxa de óbito elevou-se de 1,3% nos idosos robustos (CFS 1-4) para 38,3% naqueles com fragilidade muito severa (CFS 8) (ALSILEIMAN MK, et al., 2026). Em idosos graves sob triagem KTAS 1-2, o risco de óbito em três meses alcançou um Hazard Ratio de 3,99 para CFS 8 (UM YW, et al., 2026). Paralelemente, a presença de fragilidade esteve associada ao aumento significativo do preenchimento de diretivas antecipadas de vontade e ordens de não reanimação (DNR/POLST), variando de 16,7% no CFS 1-3 para 57,1% no CFS 8 (UM YW, et al., 2026). Em intervenções cirúrgicas de emergência, a triagem por CFS≥7 serviu como gatilho para discussões multidisciplinares que reduziram complicações graves pós-operatórias (AAKRE EK, et al., 2026).

Quanto à qualidade da evidência pelo sistema GRADE, todos os estudos iniciaram no nível Baixo devido ao delineamento observacional (GUYATT GH, et al., 2008). A despeito da consistência clínica e da grande magnitude de efeito observada nas coortes, a classificação foi mantida em Baixa certeza devido aos riscos inerentes de viés de confusão entre fragilidade crônica e gravidade fisiológica aguda.

3.3 Integração bioética e discussão dos achados

A convergência entre a vivência na Residência em Goiás e a evidência internacional demonstra que a Clinical Frailty Scale é uma ferramenta perfeitamente viável para o ambiente caótico do pronto-socorro. Sob a ótica da Teoria da Carga Cognitiva, a simplicidade visual da CFS reduz a fadiga de decisão (decision fatigue) da equipe de plantão, atenuando a sobrecarga de escolha que frequentemente induz ao sobretratamento mecânico (MAIER M, et al., 2025).

Do ponto de vista fisiopatológico, os achados sustentam que o colapso orgânico em idosos gravemente enfermos decorre do esgotamento da reserva homeostática e da desregulação imunoneuroendócrina crônica (inflammaging) (FERRUCCI L, et al., 2025; CLEGG A, et al., 2013). Insistir em condutas agressivas em pacientes com CFS 8 ignora o limite biológico e desencadeia a iatrogenia em cascata (cascade iatrogenesis), na qual uma intervenção invasiva inicial gera uma sucessão de complicações nosocomiais que culminam no óbito induzido pela própria assistência (CREDITOR MC, 1993; THORNLOW DK, et al., 2014).

Sob a perspectiva bioética principialista, a limitação de condutas fúteis fundamenta-se nos princípios da não maleficência e da beneficência (BEAUCHAMP TL e CHILDRESS JF, 2019). Evita-se a distanásia — o prolongamento doloroso e artificial do processo de morrer — em favor da ortotanásia digna, assegurando o alívio ativo de sintomas e o acolhimento familiar (PESSINI L, 2004). Para mediar essa transição crítica de forma empática e transparente, a utilização de metodologias como o Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias e o acolhimento do luto antecipado dos acompanhantes revelam-se instrumentos fundamentais na emergência médica (BAILE WF, et al., 2000).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que a incorporação sistemática da avaliação de fragilidade biológica pela Clinical Frailty Scale (CFS) é perfeitamente viável na emergência médica, atuando como um poderoso divisor de águas para superar o automatismo técnico e a obstinação terapêutica fútil.

A integração entre o relato de experiência da Residência em Clínica Médica no estado de Goiás e a revisão sistemática de 11 coortes internacionais comprovou que a fragilidade funcional prévia é o preditor prognóstico mais consistente para pautar a tomada de decisão. A identificação de fragilidade avançada fornece sustentação técnica e bioética para o estabelecimento precoce de tetos terapêuticos e cuidados proporcionais. Ao reorientar as condutas para o alívio de sintomas e o acolhimento familiar, o emergencista previne a iatrogenia em cascata e a distanásia, assegurando ao paciente idoso uma finitude serena, respeitosa e pautada na dignidade humana.

REFERÊNCIAS

AAKRE EK, et al. Impact of a Care Pathway for Older Patients Undergoing Emergency Abdominal Surgery: A Before- and- After Study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2026; 70(2): 189-198.

ACEP, AGS, ENA, SAEM. Geriatric Emergency Department Guidelines. Annals of Emergency Medicine, 2014; 63(5): e1-e25.

ALSILEIMAN MK, et al. Dose-response relationship between Clinical Frailty Scale scores and short-term mortality in acute medical admissions: a prospective cohort study. BMC Geriatrics, 2026; 26(1): 348.

ARJAN K, et al. Clinical decision-making in older adults following emergency admission to hospital: Derivation and validation of a risk stratification score (OPERA). PLOS ONE, 2021; 16(3): e0248477.

BAILE WF, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist, 2000; 5(4): 302-311.

BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019; 496p.

CARDONA M, et al. Prospective Validation of a Checklist to Predict Short-term Death in Older Patients Admitted to the Emergency Department. Academic Emergency Medicine, 2019; 26(6): 610-620.

CARDOSO ML, et al. A superlotação e a tomada de decisão médica em serviços de emergência: impactos na população geriátrica. Revista Brasileira de Medicina de Emergência, 2022; 15(2): 112-120.

CHEN LC, et al. Evaluating sarcopenia in emergency department triage: implications for hospitalization and critical care. Signa Vitae, 2025; 21(12): 19-29.

CLEGG A, et al. Frailty in older people: biological mechanisms and clinical implications. The Lancet, 2023; 401(10375): 941-952.

CLEGG A, et al. Frailty in elderly people. The Lancet, 2013; 381(9868): 752-762.

COSTA JR, SANTOS ML. Cuidados proporcionais e tomada de decisão no paciente idoso grave: um imperativo bioético. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2023; 31: e3540.

CREDITOR MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Annals of Internal Medicine, 1993; 118(3): 219-223.

FERRUCCI L, et al. Biological age vs chronological age in critical and emergency care: biomarkers and clinical implications. Frontiers in Medicine, 2025; 12: 1686899.

GAFFNEY L, et al. Using the 'Surprise Question' to Predict Frailty and Healthcare Outcomes among Older Adults Attending the Emergency Department. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022; 19(3): 1709.

GOMES FA, et al. Iatrogenia e distanásia em idosos na sala de emergência: uma revisão crítica sobre intervenções fúteis. Jornal Brasileiro de Geriatria, 2023; 26(1): 45-53.

GUYATT GH, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008; 336(7650): 924-926.

MAIER M, et al. Systematic review of the effects of decision fatigue in healthcare professionals on medical decision-making. Health Psychology Review, 2025; 19(4): 717-762.

MINATO M, et al. Palliative care screening tools in the emergency department: a systematic review. BMJ Supportive & Palliative Care, 2024; 14: e2500-e2503.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Diretrizes Nacionais para o Cuidado Integral ao Idoso no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023; 120p.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento Saudável e a Década do Envelhecimento 2021-2030: Impactos nos sistemas de saúde nas Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2024; 85p.

OUZZANI M, et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews, 2016; 5(1): 210.

PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 2021; 372: n71.

PEREA GAINZA M, et al. Prognostic value of the National Early Warning Score 2 (NEWS-2) in the emergency care of patients over 80 years old with infection. Revista Clínica Española, 2026; 226(10): 502574.

PEREIRA LF, et al. Falhas na transição para cuidados paliativos na emergência e suas consequências para idosos severamente frágeis. Cadernos de Saúde Pública, 2023; 39(5): e001234.

PESSINI L. Distanásia: até quando prolongar a vida? Revista Bioética, 2004; 12(1): 43-58.

ROCKWOOD K, THEOU O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. Canadian Geriatrics Journal, 2020; 23(3): 210-215.

ROMERO MP, et al. A aplicação de escalas visuais na emergência médica: transição segura para cuidados paliativos. Revista da Associação Médica Brasileira, 2024; 70(2): 150-156.

SILVA AB, et al. Desafios da medicina de emergência geriátrica no Brasil: o choque entre protocolos curativos e a síndrome de fragilidade. Revista Saúde e Sociedade, 2024; 33(4): e230150.

UM YW, et al. The Prognostic Value of the Clinical Frailty Scale in Critically Ill Older Adult Patients in the Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine, 2026; 80(C): 33-43.