



## Cuidados paliativos na abordagem do paciente com insuficiência cardíaca

Palliative care in the approach to patients with heart failure

Cuidados paliativos en el abordaje del paciente con insuficiencia cardíaca

Keurry Lourhane da Costa Silva<sup>1\*</sup>, Márcia Cristina Arruda Silva<sup>1\*</sup>, Marquelyd Araujo Barros<sup>1\*</sup>, Sarah Lais Rocha<sup>1,2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar quais os critérios para a implementação dos cuidados paliativos no paciente com insuficiência cardíaca. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2019 e 2023 nos idiomas português, espanhol e inglês, com texto completo disponível e que respondiam à pergunta norteadora: Quais as evidências científicas sobre os critérios para a implementação dos cuidados paliativos no paciente com insuficiência cardíaca? Foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. **Resultados:** A partir da avaliação de 24 estudos científicos sobre o tema, encontrou-se critérios utilizados para a inserção dos cuidados paliativos no curso clínico da insuficiência cardíaca, porém foi constatado divergências entre os autores. **Considerações finais:** Conclui-se que a implementação dos cuidados paliativos na insuficiência cardíaca pode ocorrer no momento do diagnóstico, mediante ao surgimento de sintomas, na presença de sintomas refratários ao tratamento modificador da doença ou da constatação de insuficiência cardíaca em estágio avançado.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos, Insuficiência cardíaca, Assistência terminal.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the criteria for implementing palliative care in patients with heart failure. **Methods:** This is an integrative literature review. Articles published between 2019 and 2023 in Portuguese, Spanish, and English were selected, with full text available, addressing the guiding question: What scientific evidence exists regarding the criteria for implementing palliative care in patients with heart failure? The databases used were the Virtual Health Library (BVS) and PubMed. **Results:** From the evaluation of 24 scientific studies on the subject, criteria were found for the integration of palliative care into the clinical course of heart failure. However, discrepancies were observed among the authors. **Final considerations:** It is concluded that the implementation of palliative care in heart failure can occur at the time of diagnosis, with the emergence of symptoms, in the presence of symptoms refractory to disease-modifying treatment, or upon the identification of advanced-stage heart failure.

**Keywords:** Palliative care, Heart failure, Terminal care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los criterios para la implementación de cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura. Se seleccionaron artículos publicados entre los años 2019 y 2023 en los idiomas portugués, español e inglés, con texto completo disponible y que respondieran a la pregunta orientadora: ¿Cuáles son las evidencias científicas sobre los criterios para la implementación de cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca? Se utilizaron las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed. **Resultados:** A partir de la evaluación de 24 estudios científicos sobre el tema, se encontraron criterios utilizados para la inserción de cuidados paliativos en el curso

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA), Marabá - Pará.

<sup>2</sup> Universidade do Estado do Pará (UEPA), Marabá - Pará.

clínico de la insuficiencia cardíaca, aunque se observaron divergencias entre los autores. **Consideraciones finales:** Se concluye que la implementación de cuidados paliativos en la insuficiencia cardíaca puede ocurrir en el momento del diagnóstico, con la aparición de síntomas, en presencia de síntomas refractarios al tratamiento modificador de la enfermedad, o al identificar la insuficiencia cardíaca en una etapa avanzada.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Insuficiencia cardíaca, Atención terminal.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a causa número um de morte a nível global (OMS, 2021). E entre essas, a insuficiência cardíaca (IC) representa o protótipo da doença cardíaca avançada, afetando mais de 23 milhões de pessoas mundialmente. A sobrevida após 5 anos de diagnóstico pode ser de apenas 35%, com prevalência aumentando de acordo com o avançar da idade (DE OLIVEIRA IA, et al., 2022).

A IC é definida como uma síndrome clínica complexa e progressiva, caracterizada pela incapacidade cardíaca de bombear o sangue de maneira a atender as necessidades metabólicas tissulares, ou, o faz a partir de pressões elevadas (JARDIM PP, et al., 2022). As causas dessa patologia são inúmeras, de uma maneira geral, é qualquer condição que seja capaz de alterar a estrutura e a funcionalidade do coração. Pode-se classificar a IC em crônica ou aguda, na IC crônica, o paciente manifesta sinais e sintomas de forma gradativa, enquanto na IC aguda as manifestações ocorrem de maneira abrupta requerendo intervenção médica imediata (DE OLIVEIRA IA, et al., 2022).

Essa síndrome está associada a baixa expectativa de vida, internações hospitalares frequentes e morte. De janeiro a outubro de 2021, foram registrados no Brasil, cerca de 130.000 internações por IC e mais de 17.000 óbitos (JARDIM PP, et al., 2022).

Devido a sua alta mortalidade, as doenças cardiovasculares desempenham um papel importante na busca por novas tecnologias. Apesar dos avanços na terapêutica a IC ainda é uma doença que resulta em diminuição significativa da qualidade de vida e da atividade diária. Nesse contexto, intervenções para diminuir o impacto dessa doença sobre a população, se fazem necessárias (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018).

As intervenções médicas avançadas têm contribuído para a melhora no tratamento e prognóstico de pacientes cardiopatas proporcionando uma sobrevida mais longa. Porém, apesar desses progressos, ainda não conseguem impedir a progressão da doença. Em estágios mais graves, a disponibilidade de medidas para prolongar a vida diminui, aumentando a necessidade de CP. No decorrer da evolução da doença, os sintomas físicos como fadiga, desempenham um papel crucial na previsão de perda de qualidade de vida, sendo referenciada na literatura com uma prevalência de até 85% em pacientes com insuficiência cardíaca, juntamente com dispneia e edema, formando a tríade clínica clássica, especialmente em idosos (JÚNIOR AHM, et al., 2021).

O gerenciamento da IC é complexo, sendo necessário, o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar. Nesse âmbito, os Cuidados Paliativos (CP) fornecem, além do controle de sintomas, suporte emocional e espiritual para o doente e sua família (BIAZON MM e PAVAN ME, 2021).

A tomada de decisões em pacientes cardiopatas costuma ser conduzida por cardiologistas muitas vezes sem especialização em CP. Os paliativistas de uma forma geral são consultados apenas nos estágios finais da vida, quando as opções de tratamento modificador da doença já foram esgotadas. É raro que um quadro grave se desenvolva sem um histórico prévio, pois os sintomas típicos ocorrem em pacientes previamente diagnosticados com IC, com progressão gradual dos sintomas ao longo do tempo, permitindo intervenções efetivas em CP para melhorar a qualidade e a expectativa de vida (ORZECOWSKI R, et al., 2019).

Para Marques RS e Cordeiro FR (2021,) abordar CP na IC, não se trata apenas de ofertá-lo nos últimos dias de vida da pessoa, ao contrário do que muitos pensam, trata-se de oferecer, precocemente, uma maneira diferente de lidar com doenças crônicas, facilitando o entendimento do paciente sobre a patologia, a sua aceitação e a tomada de medidas de forma progressiva com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida).

Para a OMS (2020) os CP não pretendem apressar e nem adiar a morte, mas sim, aliviar a dor e outros sintomas angustiantes, abrangendo também aspectos psicológicos e espirituais, afirmar a vida e o processo de morte, além de propiciar suporte à família durante o luto.

Devido a alta prevalência, as doenças cardiovasculares apresentam-se como primeira demanda para CP no mundo, frente a doenças oncológicas, que ocuparam a segunda posição. Ainda assim, a disponibilidade deste serviço é restrita (JÚNIOR AHM, et al., 2021).

Por conseguinte, a dificuldade de acesso aos CP pode ser explicada pelo conhecimento deficiente dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional, o qual tem gênese na própria formação acadêmica (JÚNIOR AHM, et al., 2021; MARQUES RS e CORDEIRO FR, 2021).

Em 2009 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) recomendou a adoção de critérios para avaliar e permitir uma melhor prestação dos CP. Dentre eles, o diagnóstico de uma doença incurável, expectativa de vida inferior a 6 meses, a disponibilidade operacional para a prestação do cuidado e a opção do paciente pela realização dos CP em detrimento da continuidade de seu tratamento. Além desses critérios, pacientes com indicação de transplante cardiovascular também são candidatos, tendo em vista a probabilidade elevada de grande sofrimento (JÚNIOR AHM, et al., 2021).

Marques RS e Cordeiro FR (2021) sugerem, para tal, que a avaliação do grau de capacidade e dependência funcional seja realizado por meio de escalas próprias ou ainda por meio de instrumentos que associam características clínicas e avaliação prognóstica. No entanto, surge como problema a ausência de consenso quanto aos critérios/ ferramentas específicas para introduzir os CP na abordagem do paciente com IC.

Orzechowski R, et al. (2019) avaliaram pacientes com doenças cardíacas graves, utilizando o Instrumento de Necessidades Paliativas (NECPAL) e dentre 82 pessoas, 55% apresentaram NECPAL positivo. Nos Estados Unidos da América, Kozlo E, et al. (2018) avaliaram a necessidade de CP entre 218 idosos de instituições de longa permanência, por meio de instrumento de triagem específico, tendo 63 apresentado triagem positiva.

Sendo assim, é evidente a necessidade de critérios para auxiliar os profissionais na avaliação de pacientes portadores de doenças que não respondem às terapias modificadoras, de modo a inserir de forma precoce os CP (MARQUES RS e CORDEIRO FR, 2021). Dessa forma, o presente artigo possui como objetivo identificar quais os critérios para a implementação dos CP no paciente com IC, haja vista que tal intervenção possui impacto significativo na qualidade de vida de um número crescente de pessoas com IC e de seus familiares.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RIL), por configurar-se como uma abordagem metodológica que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de estudos significativos na prática, constituindo basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidência. É a mais ampla abordagem metodológica relacionada a revisões permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma completa compreensão do tema analisado (SOUZA MT, et al., 2010).

Para determinar o desenvolvimento da pesquisa formulou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as evidências científicas sobre os critérios para a implementação dos cuidados paliativos no paciente com insuficiência cardíaca?

Como percurso metodológico foi aplicado as seguintes etapas: definição da pergunta de revisão, busca e seleção dos estudos, extração de dados dos estudos, avaliação e crítica dos estudos, síntese dos resultados da revisão e apresentação da revisão (MENDES KD, et al., 2019). Foi realizado um estudo no período de março de 2023 a janeiro de 2024, o qual utilizou as seguintes bases para identificar as publicações científicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed. Foram utilizados os seguintes termos e seus correlatos de acordo com os Descritores de Ciência em Saúde (DeCS): Insuficiência Cardíaca (Heart Failure), Cuidados

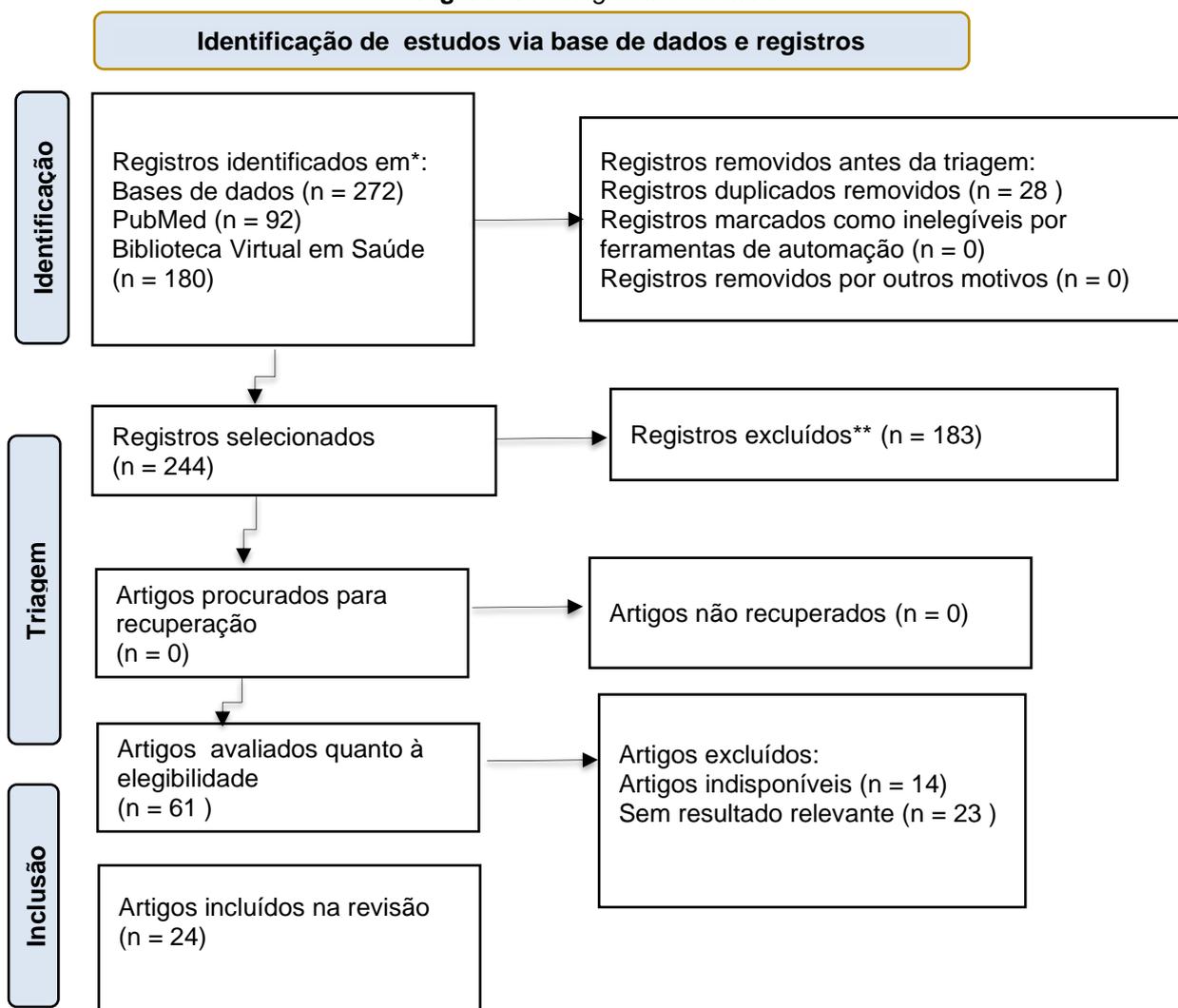
Paliativos (Palliative Care), Qualidade de Vida (Quality of Life) e Assistência Terminal (Terminal Care). Após a seleção, os artigos foram exportados para o software Rayyan, logo em seguida à identificação das duplicatas três pesquisadores realizaram a triagem inicial através do título e do resumo dos artigos. Após, foram incluídos para leitura na íntegra, os artigos que dois dos três pesquisadores consideraram como elegíveis à pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: artigos baseados em estudos com humanos, publicados e indexados nas bases de dados citadas entre os anos de 2019 e 2023, em português, inglês, espanhol e que estavam de acordo com os descritores e com o tema. Como critério de exclusão aplicou-se: artigos com textos incompletos, pagos e os que não estavam de acordo com os objetivos, assim como, teses, trabalhos de conclusão e outros tipos de documentos.

## RESULTADOS

Após a busca foram identificados 272 artigos, sendo 92 da PubMed e 180 da Biblioteca Virtual em Saúde. Desses, 28 estudos foram removidos como duplicatas, restando 244 estudos, após a triagem de títulos e resumos, 61 artigos foram selecionados para leitura integral, nessa etapa apenas 24 estudos foram considerados com potencial para a RIL. A **figura 1** apresenta o fluxograma PRISMA, descrevendo todas as etapas da seleção.

**Figura 1. Fluxograma PRISMA.**



Fonte: Silva KLC, et al., 2024

O **Quadro 1** apresenta de maneira resumida os artigos incluídos na amostra final, abrangendo título dos artigos, autores, ano de publicação e principais achados referentes aos critérios de implementação de CP no curso clínico da insuficiência cardíaca.

**Quadro 1** - Síntese dos principais achados sobre os critérios para a introdução dos cuidados paliativos, 2024.

N	Autores e ano	Principais achados
1	CHANGHWAN K, et al. (2022)	Em princípio, os CP devem ser prestados com base nas necessidades dos pacientes e das suas famílias, independentemente do prognóstico ou da fase da doença.
2	NISHIKAWA Y, et al. (2020)	A diretriz atual da ACCF/AHA recomenda a implementação de CP e de suporte na IC avançada (recomendação classe I; nível de evidência B).
3	BEATTIE JM, et al. (2020)	A incorporação de CP em pacientes com IC desde o momento do diagnóstico evita o trabalho em silos.
4	LEE JH, et al. (2022)	Os CP são considerados apropriados no início do curso da doença, em conjunto com tratamentos modificadores da doença destinados a curar ou controlar a doença, para reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida.
5	REMAWI BN (2021)	Várias diretrizes exigem a integração dos CP no tratamento padrão da IC.
6	ROMANÓ M (2020)	Os CP são indicados em pacientes com IC desde as fases iniciais da doença, conforme sugerido pelas diretrizes internacionais.
7	SANTOS KA, et al. (2023)	Em consonância com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, os autores defendem o início dos CP no diagnóstico da IC.
8	MC AMENT S, et al. (2020)	Há necessidade de integrar os CP nos cuidados avançados da IC crônica para reduzir a carga de sintomas e melhorar a qualidade de vida. A necessidade de CP não deve limitar-se a um prognóstico específico.
9	GONZÁLEZ E, et al. (2022)	A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) sugere CP a todo paciente mesmo sem prognóstico. Não há consenso sobre o início de CP na ICC. No entanto, a Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) sugere avaliá-lo em caso de internações ou reagudizações.
10	KITAKATA H, et al. (2021)	As diretrizes clínicas atuais e as declarações para o manejo da IC recomendam que os cardiologistas se envolvam em conversas sobre ACP com seus pacientes durante todo o curso da doença.
11	BIERLE RS, et al. (2021)	Os CP podem ser integrados nos cuidados iniciais de todos os pacientes com IC avançada e prestados em conjunto com cuidados agressivos.
12	SOBANSKI PZ, et al. (2020)	Atualmente, os CP são considerados adequados durante toda a vida do paciente cardiopata, sem relação com o prognóstico esperado, e devem ser fornecidos de acordo com as necessidades existentes.

N	Autores e ano	Principais achados
13	KIDA K, et al. (2019)	Os CP, e também a ACP, devem ser iniciados desde a fase inicial, quando a IC se torna sintomática. As necessidades físicas, psicológicas e mentais dos pacientes devem ser avaliadas frequentemente por uma equipe multidisciplinar.
14	SOBANSKI PZ, et al. (2020)	Os CP são apropriados em todas as fases da progressão da doença, quando surgem necessidades de CP. Essas necessidades podem ser de natureza física, emocional, social ou espiritual. A integração dos CP deve começar quando os sintomas e problemas começam a surgir e persistir juntamente com tratamentos modificadores da doença.
15	WELLS R, et al. (2021)	A introdução de CP quando os pacientes desenvolvem sintomas significativos, enfrentam decisões de saúde difíceis e quando os cuidadores familiares relatam uma sobrecarga significativa.
16	HILL L, et al. (2020)	As diretrizes clínicas e os documentos de consenso aconselham a prestação simultânea de CP e de suporte juntamente com terapias que prolongam a vida no tratamento da IC.
17	OCHOA LFA, et al. (2021)	Os sintomas persistentes, apesar do tratamento ideal de acordo com as diretrizes clínicas, devem desencadear uma abordagem de CP.
18	ÅRESTEDT K, et al. (2021)	Os CP, devido à imprevisibilidade da IC e à dificuldade de prognóstico, devem ser introduzidos no momento do diagnóstico.
19	KAUFMA BG, et al. (2021)	Considerar CP para pacientes com insuficiência cardíaca avançada.
20	BHATTACHARYA A, et al. (2023)	A integração precoce dos CP tem sido reconhecida como uma parte fundamental no tratamento de pacientes hospitalizados com IC descompensada. Embora os CP sejam uma recomendação de classe 1 para todos os pacientes com IC, não há gatilhos ou restrições definidas para solicitar internação/ consultas de CP.
21	ROMANÓ M (2022)	O modelo mais eficaz de CP prevê sua introdução precoce, com manutenção da terapia modificadora da doença (cuidados simultâneos), retirada gradativamente de acordo com a evolução da doença de base e a vontade do paciente.
22	PEDRO JF e REIS-PINA P (2022)	Reconhece-se que os CP e de fim de vida devem idealmente ser introduzidos no início da trajetória da doença.
23	VON SCHWARZ ER, et al. (2020)	Os CP devem ser integrados como cuidados de rotina para pacientes com IC. A equipe de CP deve envolver-se precocemente durante o curso da doença para a gestão dos sintomas e também para uma transição suave e atempada para o hospital para os pacientes que não são candidatos a transplante cardíaco

N	Autores e ano	Principais achados
24	BECHER MU, et al. (2021)	Para ter um efeito significativo na qualidade de vida dos pacientes e nos cuidados de fim de vida, os serviços de CP devem ser prestados mais cedo no curso da doença. Postulamos aqui que a introdução precoce da CP é viável e benéfica entre pacientes com IC sintomática em ambiente ambulatorial.

Fonte: Silva KLC, et al. 2024

## DISCUSSÃO

Beattie JM, et al. (2020), Arestedt K, et al. (2021) e Santos KA, et al. (2023) sugerem que a implementação dos CP na IC deve ocorrer no momento do diagnóstico devido ao curso imprevisível da doença e a dificuldade de prognóstico. O prognóstico variável e as possibilidades de terapias que prolongam a vida dificultam a decisão de quando iniciar os CP, o que reforça sua prática o mais cedo possível, levando em consideração que todos os profissionais de saúde podem realizar CP primários/generalistas (SANTOS KA, et al., 2023).

Essa imprevisibilidade ocorre em grande parte, pelo fato de que, apesar do tratamento otimizado melhorar o quadro clínico os índices de recorrência de sintomas com necessidade de readmissão hospitalar são elevados, ou seja, a IC é uma patologia que durante seu curso apresenta períodos de melhora intercalados com episódios de exacerbação (CHANGHWAN K, et al., 2022).

A princípio, essa inconstância leva os profissionais a discordarem sobre o momento ideal para iniciar os CP em cada estágio da IC. Isso ocorre porque a IC é uma doença de longa duração com melhora clínica, ao contrário das doenças oncológicas, que pelas características de evolução favorecem o prognóstico e o reconhecimento dos CP. Portanto, é imperativo considerar a integração precoce desses cuidados no gerenciamento de doenças crônicas, como a IC, visando atender às expectativas e as necessidades de cada pessoa, considerando a complexidade do autocuidado e o impacto da doença na vida cotidiana (SANTOS KA, et al., 2023).

Um componente essencial dos CP é o planejamento antecipado o qual é idealmente realizado quando a pessoa ainda é capaz de comunicar seus desejos de forma independente. No hospital, o planejamento pode começar quando os indivíduos são diagnosticados com insuficiência cardíaca ou fazem uma consulta ambulatorial, também pode ser abordado quando os pacientes são submetidos a repetidas hospitalizações por comorbidades exacerbadas ou quando são transferidos para instalações de cuidados prolongados (NISHIKAWA Y, et al., 2020). Sobanski PZ, et al. (2020) considera como oportunidade para o planejamento pontos de transição durante o curso da doença, como internação hospitalar, aumento da carga de sintomas ou declínio funcional, apesar do tratamento ideal específico e/ou do esgotamento das opções de tratamento orientado para a doença.

Para Kida K, et al. (2019), Sobanski PZ, et al. (2020) e Wells R, et al. (2021) os CP devem ser implementados com o surgimento de sintomas que podem abranger aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais tanto do paciente como de seus familiares. Entre os sintomas mais prevalentes e incapacitantes estão dispneia, dor, fadiga, ansiedade e depressão (KIDA K, et al., 2019).

Dada a complexidade dos sintomas na IC, a abordagem multidisciplinar é essencial. Uma revisão sistemática e otimização periódica tanto dos sinais e sintomas da IC quanto do manejo paliativo são imperativos. A maioria das preocupações relacionadas aos CP deve ser endereçada dentro das competências das equipes de cuidados usuais, como cardiologistas, profissionais de cuidados primários e geriatras. Essas equipes podem ser apoiadas por especialistas em CP para oferecer educação, treinamento e intervenções clínicas quando necessário. Recomenda-se a incorporação de uma equipe de CP, com pelo menos um especialista em CP na equipe cardíaca e um cardiologista na equipe de CP. A equipe de CP inclui médicos, enfermeiros e profissionais de saúde aliados (AHPs), frequentemente com o respaldo de farmacêuticos e especialistas em ética. O termo AHP abrange diversas disciplinas, como psicólogos, farmacêuticos,

fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, cada qual desempenhando um papel crucial no atendimento das necessidades de CP de pacientes e familiares (SOBANSKI PZ, et al., 2020).

De acordo com Lee JH, et al. (2022), a introdução dos CP deve ocorrer de forma simultânea e alinhada aos tratamentos modificadores da doença. Beattie JM, et al. (2020) e Romanó M (2022) complementam que à medida que a doença progride, a proporção do tratamento que contribui para a sobrevida deve diminuir gradualmente, enquanto os CP ou de suporte aumentam. É importante compreender que a transição para a fase final acontece de forma gradual, não consistindo em um momento pontual do curso da IC.

A transição do cuidado pode ser definida como uma mudança no local, nível ou objetivos do cuidado. Os objetivos que abrangem essa transição podem basear-se na cura, no prolongamento da sobrevivência, na otimização da função, na melhoria do conforto, no alcance dos objetivos de vida e no apoio à família/cuidador. Essa transição de cuidados é comum e possui elevada importância durante a fase avançada da doença (SOBANSKI PZ, et al., 2020).

Por outro lado, Ochoa LFA, et al. (2021) apoia a introdução dos CP para aqueles pacientes que apresentam sintomas refratários ao tratamento ideal, levando em consideração que vários estudos descrevem interações complexas entre sintomas, qualidade de vida e prognóstico. Recomenda ainda, que a triagem das necessidades deve ser realizada de forma constante, que é importante a presença de um especialista em CP como parte da equipe interdisciplinar caso seja identificada necessidade de encaminhamento para esse serviço no processo de triagem e que o prognóstico não deve ser um critério considerado de forma isolada.

Von Schwarz ER, et al. (2020) e Changhwan K, et al. (2022) também afirmam que os CP devem ser dissociados do prognóstico e não devem ser considerados por si só como critério para implementação dos CP devido à imprevisibilidade do curso da IC em contraste com patologias mais previsíveis como o câncer. Para Sobanski PZ, et al. (2020) e MC Ament S, et al. (2020) a inclusão dos CP pode ser facilitada por uma abordagem baseada na avaliação de necessidades e sintomas ao invés de uma abordagem baseada no prognóstico. Nesse sentido as ferramentas de avaliação de sintomas podem ser úteis, tais como, Escala Numérica de Avaliação (NRS), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonto (ESAS), Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (IPOS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Questionário de Cardiomiopatia de Kansas City (KCCQ) e a Ferramenta de Avaliação de Necessidades: Doença Progressiva-HF (NAT:PD-HF) validada para pessoas com IC.

A credibilidade no prognóstico como gatilho para a se avaliar a implementação de CP é ineficaz devido principalmente à débil utilidade das ferramentas prognósticas atuais e porque as necessidades de CP não se correlacionam com o prognóstico (SOBANSKI PZ, et al., 2020).

Conversas sobre os objetivos do cuidado, avaliação das necessidades de CP e considerações sobre a necessidade de incluir CP nos cuidados contínuos podem ser iniciadas em visitas anuais de revisão da IC em estágios menos avançados de IC, ou após cada evento significativo relacionado à saúde em estágios mais avançados. Os gatilhos para uma abordagem ou consulta de CP devem incluir sintomas angustiantes, sofrimento existencial, exacerbação recorrente de IC e fragilidade progressiva ou preocupações do cuidador (SOBANSKI PZ, et al., 2020).

Apesar das diretrizes enfatizarem que os CP devem ser incluídos para todos pacientes com doenças graves, independente das condições e prognóstico a maior parte dos resultados de estudos consideram a expectativa de vida ao decidir pelo encaminhamento, principalmente para aqueles com expectativa de vida de 6 meses a um ano (CHANGHWAN K, et al., 2022). Isso ocorre em grande parte pela falta de clareza sobre a trajetória da doença, da deficiência de conhecimento dos profissionais e dos familiares sobre CP, bem como pela falta de recursos para estruturar e manter programas de cuidados paliativos ambulatoriais e de atenção domiciliar (SANTOS KA, et al., 2023).

Como barreiras para a inclusão dos CP pode-se acrescentar a crença cultural de que esses cuidados são para pessoas no fim da vida, na falta de preparo profissional, na escassez de especialistas e no tratamento

realizado por médicos não cardiologistas que não detém conhecimento suficiente para determinar em qual estágio de progressão da doença o paciente se encontra (ROMANÓ M, 2020).

Levando em consideração que o tratamento e acompanhamento muitas vezes não são realizados por cardiologistas, sugere-se que todos os pacientes com IC avançada devem receber CP (NISHIKAWA Y, et al., 2020). Preceito este enfatizado pelas diretrizes de IC que reforçam o foco desses cuidados para aqueles que estão na fase final da vida (SOBANSKI PZ, et al., 2020).

As sociedades acadêmicas relevantes, como o Colégio Americano de Cardiologia e a Sociedade Europeia de Cardiologia, continuam a afirmar a adequação e os benefícios potenciais dos CP para pacientes com IC, mesmo assim o encaminhamento para CP não é suficiente ou ocorre muito tarde em comparação com o encaminhamento para pacientes com câncer ou outras doenças crônicas (CHANGHWAN K, et al., 2022).

Logo, é crucial ressaltar que a incorporação dos CP na abordagem terapêutica, desde o diagnóstico inicial da Insuficiência Cardíaca (IC), não entra em conflito com a oferta simultânea de terapias prolongadoras de vida ao longo da trajetória da doença. Este enfoque colaborativo persiste para além da vida do paciente, estendendo-se à prestação de cuidados de apoio aos familiares enlutados e outros indivíduos próximos. Dessa forma, os CP não devem ser vistos como restritos aos cuidados de fim de vida, abrangendo, em vez disso, todos os oito domínios fundamentais delineados pelo Projeto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade (BEATTIE JM, et al., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa evidencia que a implementação dos CP na IC pode ocorrer em diferentes momentos da trajetória da doença, desde o diagnóstico, no surgimento de sintomas, na presença de sintomas refratários ao tratamento modificador da doença ou da constatação de IC em estágio avançado. Apesar da multiplicidade de benefícios, observa-se divergências entre os autores quanto ao momento ideal para implementação dos CP na IC. Estudos científicos robustos adicionais são necessários para determinar o momento mais benéfico para inserção dos CP e investigar o impacto em diferentes estágios da doença e ampliar o acesso universal aos CP bem como identificar as barreiras à implementação em diferentes contextos de saúde

## REFERÊNCIAS

1. AMENT SMC, et al. Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: A systematic review. *Palliative medicine*, 2021; 35(1): 45-58.
2. ÅRESTEDT K, et al. Palliative key aspects are of importance for symptom relief during the last week of life in patients with heart failure. *ESC heart failure*, 2021; 8(3): 2202-2209.
3. BEATTIE JM, et al. Palliative care in acute heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 2020; (17): 424-437.
4. BECHER MU, et al. Rationale and design of the EPCHF trial: the early palliative care in heart failure trial (EPCHF). *Clinical Research in Cardiology*, 2022; 1-9.
5. BHATTACHARYA A, et al. Implementation of a palliative care consultation trigger tool for hospitalised patients with acute decompensated heart failure. *BMJ Open Quality*, 2023; 12(3).
6. BIAZON MM, PAVAN ME. Os cuidados paliativos na insuficiência cardíaca—Revisão de literatura: Palliative care in heart failure-literature review. *Ulakes journal of medicine*, 2021; 1(3): 176-183.
7. BIERLE RS, et al. Integrating palliative care into heart failure management. *Crit Care Nurse*, 2021; 41(3): e9-e18.
8. DE OLIVEIRA IA, et al. Cuidados paliativos na melhora da qualidade de vida de pessoas com insuficiência cardíaca refratária Palliative care in improving the quality of life of people with refractory heart failure. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(1): 1309-1321.
9. DOS SANTOS MR, CORDEIRO FR. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e7051-e7051.
10. GONZÁLEZ AME, CHÁVEZ EJE. Cuidados paliativos y su influencia en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 2022; 5(1): 74-80.

11. HILL L, et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *European journal of heart failure*, 2020; 22(12): 2327-2339.
12. JARDIM PP, et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados paliativos: revisão de escopo. *Escola Anna Nery*, 2022; 26: 20220064.
13. JÚNIOR AHM, et al. Habilidades do cardiologista nos cuidados paliativos e a importância do reconhecimento precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e7233-e7233.
14. KAUFMAN BG, et al. The cost-effectiveness of palliative care: insights from the PAL-HF trial. *Journal of cardiac failure*, 2021; 27(6): 662-669.
15. KIDA K, et al. Palliative care in patients with advanced heart failure. *Heart Failure Clinics*, 2020; 16(2): 243-254.
16. KIM C, et al. Palliative care for patients with heart failure: An integrative review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2022; 24(4): E151.
17. KITAKATA H, et al. Preferences on advance care planning and end-of-life care in patients hospitalized for heart failure. *ESC Heart Failure*, 2021; 8(6): 5102-5111.
18. KOZLOV E, et al. Identifying palliative care needs among older adults in nonclinical settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2018; 35(12): 1477-1482.
19. LEE JH, HWANG KK. End-of-life care for end-stage heart failure patients. *Korean Circulation Journal*, 2022; 52(9): 659-679.
20. NISHIKAWA Y, et al. Advance care planning for adults with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020; 2.
21. OCHOA LFA, et al. Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC palliative care*, 2021; (20): 1-10.
22. OMS. Palliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acessado em: 18 de março de 2023.
23. ORZECZOWSKI R, et al. Necessidade de cuidados paliativos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada internados em um hospital terciário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019; 53.
24. PEDRO JF, REIS PP. Palliative care in patients with advanced heart failure: a systematic review. *Acta Médica Portuguesa*, 2022; 35(2): 111-118.
25. REMAWI BN, et al. Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: a systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart failure reviews*, 2021; 26(1): 137-155.
26. ROHDE LEP, et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2018; 111(3): 436-539. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acessado em 24 de março de 2023.
27. ROMANÓ M. Barriers to early utilization of palliative care in heart failure: a narrative review. In: *Healthcare*. MDPI, 2020; 36.
28. ROMANÓ M. Ten questions and some reflections about palliative care in advanced heart failure patients. *Journal of Clinical Medicine*, 2022; 11(23): 6933.
29. SANTOS AF, et al. Academia Nacional de Cuidados Paliativos–ANCP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil, 2019.
30. SANTOS KA, et al. A Qualitative Study of the Limits and Possibilities of Integrating Palliative Care in Heart Failure. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2023; 60: 00469580231160897.
31. SOBAŃSKI PZ, et al. Palliative care for people living with cardiac disease. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 2020; 78(4): 364-373.
32. SOBANSKI PZ, et al. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular research*, 2020; 116(1): 12-27.
33. VON SCHWARZ ER, et al. Palliative care issues for patients with heart failure. *JAMA network open*, 2020; 3(2): e200011-e200011.
34. WELLS R, et al. Examining adherence and dose effect of an early palliative care intervention for advanced heart failure patients. *Journal of pain and symptom management*, 2021; 62(3): 471-481.