REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada: quando iniciar e como abordar de forma humanizada

Palliative care in advanced heart failure: when to initiate and how to provide humanized care

Cuidados paliativos en la insuficiencia cardíaca avanzada: cuándo iniciar y cómo abordar de forma humanizada

Leonardo Dias Carrijo da Costa[1], Thalia Braga Aguiar[1], Carolina Baptista Amorim Rocha[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o momento adequado para a integração dos cuidados paliativos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada e discutir estratégias para uma abordagem humanizada e centrada na pessoa. **Revisão bibliográfica:** A trajetória imprevisível da insuficiência cardíaca dificulta a delimitação da terminalidade e favorece encaminhamentos tardios. A literatura indica que a avaliação de necessidades paliativas deve considerar carga sintomática persistente, hospitalizações recorrentes, declínio funcional, fragilidade, sofrimento psicossocial, sobrecarga do cuidador e complexidade das decisões terapêuticas. Ensaios clínicos e sínteses de evidência mostram resultados heterogêneos, com benefícios mais consistentes sobre sintomas, qualidade de vida, comunicação, suporte familiar e utilização de serviços do que sobre mortalidade. Modelos ambulatoriais, domiciliares e por telessaúde podem ampliar o acesso, desde que integrados ao tratamento cardiológico e adaptados às necessidades individuais. **Considerações finais:** Os cuidados paliativos devem ser incorporados progressivamente ao cuidado da insuficiência cardíaca avançada, sem depender exclusivamente da proximidade da morte. A abordagem deve combinar manejo ativo de sintomas, comunicação clara, decisão compartilhada, apoio aos cuidadores e atenção às desigualdades de acesso.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Insuficiência cardíaca, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the appropriate timing for integrating palliative care in patients with advanced heart failure and discuss strategies for a humane, person-centered approach. **Literature review:** The unpredictable course of heart failure makes terminality difficult to define and often favors late referrals. The literature indicates that palliative needs should be assessed according to persistent symptom burden, recurrent hospitalizations, functional decline, frailty, psychosocial distress, caregiver burden, and complex therapeutic decisions. Clinical trials and evidence syntheses show heterogeneous results, with more consistent benefits for symptoms, quality of life, communication, family support, and healthcare use than for mortality. Outpatient, home-based, and telehealth models may expand access when integrated with cardiology care and appropriately tailored to

[1] Universidade de Vassouras, Vassouras – RJ.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

individual needs. **Final considerations:** Palliative care should be progressively incorporated into the management of advanced heart failure without depending exclusively on proximity to death. The approach should combine active symptom management, clear communication, shared decision-making, caregiver support, and attention to inequities in access.

Keywords: Palliative care, Heart failure, Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el momento adecuado para integrar los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada y discutir estrategias para un abordaje humanizado y centrado en la persona. **Revisión bibliográfica:** La trayectoria imprevisible de la insuficiencia cardíaca dificulta delimitar la terminalidad y favorece derivaciones tardías. La literatura indica que las necesidades paliativas deben evaluarse según la carga sintomática persistente, hospitalizaciones recurrentes, deterioro funcional, fragilidad, sufrimiento psicosocial, sobrecarga del cuidador y complejidad de las decisiones terapéuticas. Los ensayos clínicos y las síntesis de evidencia muestran resultados heterogéneos, con beneficios más consistentes sobre síntomas, calidad de vida, comunicación, apoyo familiar y utilización de servicios que sobre mortalidad. Los modelos ambulatorios, domiciliarios y de telesalud pueden ampliar el acceso cuando se integran al tratamiento cardiológico y se adaptan a las necesidades individuales. **Consideraciones finales:** Los cuidados paliativos deben incorporarse progresivamente al manejo de la insuficiencia cardíaca avanzada, sin depender exclusivamente de la proximidad de la muerte. El abordaje debe combinar control activo de síntomas, comunicación clara, toma de decisiones compartida, apoyo a los cuidadores y atención a las desigualdades de acceso.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Insuficiencia cardíaca, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de elevada morbimortalidade, associada a hospitalizações recorrentes, perda funcional e importante comprometimento da qualidade de vida. Nos estágios avançados, a evolução costuma ser marcada por períodos de relativa estabilidade intercalados por descompensações agudas, tornando difícil estabelecer uma transição nítida entre doença crônica avançada e fase terminal. Essa incerteza prognóstica é particularmente relevante porque decisões sobre objetivos de cuidado, intensidade terapêutica e suporte ao paciente frequentemente precisam ser tomadas antes que seja possível estimar com precisão a proximidade da morte (HEIDENREICH PA, et al., 2022; MCDONAGH TA, et al., 2021).

Nesse contexto, os cuidados paliativos não devem ser entendidos como uma intervenção reservada aos últimos dias de vida. Sua proposta é reduzir sofrimento e preservar qualidade de vida por meio do controle de sintomas, apoio psicossocial, comunicação sobre prognóstico e objetivos de cuidado, participação da família e tomada de decisão alinhada aos valores do paciente. A literatura contemporânea reforça que esses componentes podem ser incorporados de forma progressiva ao tratamento cardiológico, sobretudo quando surgem necessidades que não são adequadamente resolvidas apenas pela intensificação da terapêutica modificadora da doença (DRAMBA T, et al., 2025).

Apesar desse conceito ampliado, o encaminhamento ainda pode ocorrer tardiamente. Parte dos pacientes associa cuidados paliativos à proximidade da morte, enquanto profissionais e pacientes frequentemente apresentam percepções diferentes sobre prognóstico, fatores que dificultam conversas antecipadas e podem adiar intervenções potencialmente úteis (HADLER RA, et al., 2020; GELFMAN LP, et al., 2021). Ao mesmo tempo, a evidência sobre integração precoce não é uniforme: ensaios menores demonstraram melhora de sintomas e qualidade de vida, mas estudos maiores encontraram resultados neutros em alguns desfechos primários, sugerindo que a efetividade depende da seleção dos pacientes, do momento de implementação e do modelo assistencial utilizado (BAKITAS MA, et al., 2020; BALATA M, et al., 2024).

Diante dessa heterogeneidade, a questão clínica não é apenas se os cuidados paliativos devem fazer parte do manejo da IC avançada, mas quando suas necessidades devem ser reconhecidas e como essa abordagem pode ser oferecida sem criar uma falsa oposição entre cuidados paliativos e tratamento cardiológico. O objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada entre 2020 e 2025 sobre cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada, com ênfase no momento de integração, nos principais desfechos clínicos e psicossociais e nas estratégias para uma abordagem ética, humanizada e centrada na pessoa.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Quando iniciar cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada

A literatura revisada sustenta que a integração dos cuidados paliativos não deve depender exclusivamente da identificação de terminalidade evidente. A trajetória da IC é variável e pode incluir recuperação parcial após uma descompensação, seguida de novo declínio, o que reduz a utilidade de uma estimativa isolada de expectativa de vida como critério para encaminhamento.

Pan L, et al. (2024) observaram benefício de uma intervenção paliativa em pacientes com IC crônica, inclusive em classes funcionais II e III, enquanto Hadler RA, et al. (2020) mostraram que muitos pacientes ainda relacionam cuidados paliativos à ideia de estar próximo da morte. Gelfman LP, et al. (2021), por sua vez, demonstraram discordância entre estimativas prognósticas de pacientes e profissionais em IC avançada. Em conjunto, esses achados favorecem uma abordagem orientada por necessidades, e não por um único marco prognóstico.

Na prática, a necessidade de avaliação paliativa deve ser considerada quando se acumulam sinais de sofrimento ou complexidade assistencial. Sintomas persistentes apesar do tratamento cardiológico otimizado, hospitalizações ou atendimentos de urgência recorrentes, redução progressiva da capacidade funcional, fragilidade, sofrimento emocional, dificuldade de compreensão do prognóstico, sobrecarga familiar e decisões terapêuticas complexas são elementos que, em conjunto, indicam maior necessidade de uma abordagem adicional.

Curtis BR, et al. (2021) observaram elevada carga sintomática e qualidade de vida reduzida em pacientes recentemente hospitalizados por IC sistólica, embora esses pacientes nem sempre reconhecessem ou relatassem espontaneamente necessidade de cuidados paliativos. Assim, depender apenas da solicitação do paciente tende a subestimar necessidades relevantes.

Esses elementos não devem ser convertidos em um escore rígido nem interpretados como sinônimo de morte iminente. Seu valor está em funcionar como sinais clínicos para uma avaliação mais ampla de sintomas, prioridades, suporte social e objetivos de cuidado. Diretrizes contemporâneas de IC valorizam cuidado centrado no paciente e tomada de decisão compartilhada, princípios compatíveis com a identificação longitudinal de necessidades paliativas (HEIDENREICH PA, et al., 2022; MCDONAGH TA, et al., 2021).

Dessa forma, a integração pode ocorrer em intensidade variável: alguns pacientes necessitam apenas de competências paliativas básicas incorporadas pela própria equipe cardiológica, enquanto outros se beneficiam de avaliação especializada diante de sintomas refratários, sofrimento psicossocial importante ou decisões particularmente complexas.

A recorrência de descompensações merece atenção especial porque cada episódio pode modificar capacidade funcional, percepção de prognóstico e tolerância à carga terapêutica. Mais do que contar internações de forma isolada, é útil compreender o padrão: recuperação cada vez mais incompleta, necessidade crescente de apoio para atividades diárias, persistência de sintomas entre as crises e dificuldade de manter o plano terapêutico podem indicar aumento de complexidade. Nesses cenários, introduzir perguntas sobre prioridades, preocupações e suporte disponível permite reconhecer necessidades paliativas sem presumir que o tratamento modificador da doença se tornou fútil. A avaliação deve ser repetida após mudanças clínicas importantes, pois necessidades físicas, emocionais e familiares podem surgir ou se intensificar ao longo da trajetória.

Impacto sobre sintomas, qualidade de vida e hospitalizações

A carga sintomática da IC avançada é multidimensional. Dispneia, fadiga, dor, limitação funcional, ansiedade e sintomas depressivos podem coexistir e afetar não apenas a tolerância ao esforço, mas também autonomia, sono, participação social e percepção de segurança do paciente. Por isso, a avaliação paliativa não deve se limitar à intensidade de um único sintoma: é necessário compreender como o conjunto de manifestações interfere na vida cotidiana e quais problemas permanecem prioritários para o paciente apesar do tratamento cardiológico. Liu Y, et al. (2023) relataram melhora de qualidade de vida, ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamento após intervenção paliativa em pacientes com IC crônica. Khajehpoor MH, et al. (2023) também observaram melhora de qualidade de vida com programa domiciliar, e Liu P e Liao X (2025) descreveram repercussões favoráveis sobre qualidade de vida e bem-estar emocional em pacientes com IC crônica.

Entretanto, esses resultados não são uniformes. No ENABLE CHF-PC, Bakitas MA, et al. (2020) não encontraram diferença relevante nos desfechos primários de qualidade de vida e humor em 16 semanas, embora tenha ocorrido melhora clinicamente importante de dor como desfecho secundário. De forma semelhante, o estudo EPCHF avaliou 205 pacientes com IC não terminal e não demonstrou superioridade da integração precoce de cuidados paliativos sobre o cuidado cardiológico padrão nos desfechos primários de estado de saúde e humor ao longo de 12 meses (BALATA M, et al., 2024). Esses achados são importantes porque impedem que a integração precoce seja apresentada como intervenção universalmente benéfica, independentemente do perfil do paciente.

As sínteses de evidência oferecem uma interpretação mais equilibrada. Sahlollbey N, et al. (2020) identificaram redução de hospitalizações e melhora modesta de qualidade de vida em ensaios randomizados de pacientes com IC avançada. Sebastian SA, et al. (2024), em meta-análise mais recente, encontraram melhora pequena, porém estatisticamente significativa, em escalas de qualidade de vida e menor frequência de hospitalizações, sem redução significativa da mortalidade.

Dramba T, et al. (2025) também concluíram que os benefícios são mais consistentes em sintomas, qualidade de vida e alinhamento das decisões do que em sobrevida. Portanto, o valor da abordagem deve ser julgado principalmente por desfechos centrados no paciente e pela utilização de serviços, e não pela expectativa de prolongamento da vida.

A redução de hospitalizações, quando observada, também precisa ser interpretada com cautela. Menor utilização hospitalar pode refletir melhor controle de sintomas, maior capacidade de manejo no domicílio e decisões mais alinhadas às preferências individuais, mas não deve ser buscada à custa de subtratamento de descompensações potencialmente reversíveis. O objetivo é evitar intervenções desproporcionais e internações que não correspondam aos objetivos do paciente, preservando simultaneamente o acesso ao tratamento cardiológico indicado. Essa distinção é central para uma abordagem humanizada: qualidade assistencial não significa simplesmente utilizar menos recursos, mas utilizar os recursos adequados para as necessidades e preferências de cada pessoa.

A avaliação de resultados também deve reconhecer que mudanças pequenas em escalas de qualidade de vida podem ter significados distintos conforme a carga sintomática basal e o estágio da doença. Em pacientes muito sintomáticos, alívio de um problema prioritário, maior segurança para permanecer em casa ou melhor capacidade de conversar sobre decisões futuras pode representar ganho clínico relevante mesmo sem alteração de mortalidade. Por outro lado, em pacientes estáveis, com baixo sofrimento e cuidado cardiológico bem estruturado, uma intervenção paliativa adicional pode produzir diferença mensurável menor. Essa variação ajuda a explicar por que a seleção de pacientes é determinante para interpretar os ensaios e reforça a necessidade de individualização.

Comunicação, prognóstico e tomada de decisão compartilhada

A comunicação é um componente terapêutico dos cuidados paliativos em IC avançada. A incerteza prognóstica exige que as conversas sejam progressivas e revisadas ao longo do tempo, em vez de ocorrerem apenas quando há deterioração irreversível. A discordância entre pacientes e profissionais sobre prognóstico

descrita por Gelfman LP, et al. (2021) evidencia que informações clínicas podem ser compreendidas de maneira diferente, enquanto Hadler RA, et al. (2020) demonstraram que o próprio termo cuidados paliativos pode ser interpretado como sinal de abandono ou morte próxima. Explicar a abordagem como suporte adicional ao tratamento pode reduzir esse estigma e facilitar discussões mais precoces.

A tomada de decisão compartilhada deve explorar não apenas preferências por procedimentos específicos, mas também prioridades de vida, grau de independência valorizado, tolerância à carga terapêutica e expectativas em relação a novas hospitalizações. Em momentos de estabilidade, essas conversas permitem que paciente e família formulem objetivos antes de uma nova descompensação; durante a hospitalização, permitem revisar decisões diante de mudanças clínicas. O planejamento antecipado não implica fixar decisões imutáveis, mas registrar valores e preferências que possam orientar escolhas futuras. Esse processo é coerente com as recomendações de cuidado centrado no paciente presentes nas diretrizes de IC (HEIDENREICH PA, et al., 2022; MCDONAGH TA, et al., 2021).

É igualmente importante diferenciar cuidados paliativos de suspensão do tratamento cardiológico. A integração paliativa deve ser apresentada como uma camada adicional de cuidado que pode coexistir com terapias modificadoras da doença. Tratamento cardiológico, controle de sintomas, comunicação, objetivos do paciente e apoio familiar não são estratégias mutuamente excludentes. Ao contrário, a revisão periódica da proporcionalidade das intervenções ajuda a manter aquilo que oferece benefício compatível com os objetivos do paciente e a reconsiderar medidas cuja carga passou a superar o benefício percebido. A análise do PAL-HF mostrou elevada polifarmácia em pacientes com IC avançada, ressaltando a necessidade de revisar continuamente a carga do tratamento (GRANGER BB, et al., 2022).

Essa integração também favorece continuidade entre diferentes cenários assistenciais. Quando cardiologia, atenção ambulatorial, equipe paliativista e familiares utilizam uma linguagem coerente sobre objetivos de cuidado, reduz-se o risco de que cada nova descompensação reinicie as decisões do zero. Registrar preocupações prioritárias e preferências relevantes pode facilitar a comunicação entre serviços, sem substituir a reavaliação clínica. O caráter humanizado da abordagem depende justamente dessa continuidade: reconhecer que decisões podem mudar, oferecer informação proporcional à necessidade do paciente e assegurar que dúvidas e sofrimento sejam revisitados ao longo do acompanhamento.

Modelos de assistência: ambulatório, domicílio e telessaúde

Os cuidados paliativos podem ser oferecidos por diferentes modelos, e a escolha deve considerar necessidade clínica, disponibilidade de equipes e barreiras de acesso. A incorporação de competências paliativas no ambulatório de cardiologia é uma estratégia relevante porque permite identificar necessidades antes de crises recorrentes. O estudo piloto PENPal-HF mostrou viabilidade e aceitabilidade de cuidado paliativo primário conduzido por enfermagem no contexto da cardiologia ambulatorial (KAVALIERATOS D, et al., 2022). Esse modelo reforça que nem toda necessidade exige encaminhamento imediato para uma equipe especializada; parte do cuidado pode ser realizada pela equipe que já acompanha o paciente, desde que haja treinamento e critérios para escalonamento.

Intervenções domiciliares e por telessaúde ampliam as possibilidades quando mobilidade reduzida, distância geográfica ou baixa disponibilidade de especialistas dificultam o cuidado presencial. Mirshahi A, et al. (2024) demonstraram viabilidade de uma intervenção paliativa precoce por telessaúde em pacientes com IC. DeGroot L, et al. (2024) avaliaram uma estratégia digital para idosos com IC e múltiplas condições crônicas, com participação de cuidadores, e Piamjariyakul U, et al. (2024) estudaram uma intervenção envolvendo pacientes e familiares em contexto rural. Esses achados sustentam modelos híbridos, nos quais contatos remotos complementam avaliações presenciais e permitem acompanhamento mais contínuo.

A telessaúde, contudo, não deve ser tratada como solução universal. Sua efetividade depende de acesso a dispositivos, conectividade, alfabetização digital, capacidade do paciente ou cuidador de utilizar a tecnologia e existência de fluxos para atendimento presencial quando necessário. Além disso, intervenções remotas podem diferir substancialmente quanto à frequência dos contatos, composição da equipe e objetivos avaliados, o que contribui para a heterogeneidade dos resultados. O desenho do modelo assistencial deve, portanto, partir do problema que se pretende resolver: monitorar sintomas, apoiar decisões, oferecer suporte ao cuidador ou facilitar acesso a uma equipe especializada.

Suporte familiar e aos cuidadores

A família e os cuidadores participam diretamente da trajetória da IC avançada, especialmente quando há dependência funcional, regimes terapêuticos complexos e necessidade de monitoramento domiciliar. A sobrecarga pode envolver tarefas práticas, insegurança diante de sintomas, impacto emocional e participação em decisões difíceis. Por esse motivo, uma abordagem centrada na pessoa deve avaliar também as necessidades de quem oferece cuidado cotidiano, sem presumir que a família dispõe automaticamente de recursos emocionais, tempo ou conhecimento para assumir novas responsabilidades.

Dionne-Odom JN, et al. (2020) avaliaram especificamente o impacto da intervenção paliativa por telessaúde sobre cuidadores de pessoas com IC avançada. Piamjariyakul U, et al. (2024) incluíram pacientes e familiares em uma intervenção em região rural, e DeGroot L, et al. (2024) estudaram estratégia digital dirigida a idosos com IC e multimorbidade em conjunto com seus cuidadores. Esses estudos reforçam que o cuidador não deve aparecer apenas como intermediário para o tratamento do paciente, mas como participante que também necessita de informação, preparo e suporte. A inclusão da família nas conversas, quando desejada pelo paciente, pode melhorar a compreensão das prioridades e reduzir conflitos diante de mudanças clínicas.

Equidade e barreiras de acesso

A possibilidade de receber cuidados paliativos não é distribuída de forma uniforme. Barreiras territoriais, socioeconômicas, culturais e institucionais podem interferir tanto no encaminhamento quanto na aceitação e na continuidade da abordagem. Em IC avançada, essas desigualdades são particularmente relevantes porque parte dos modelos depende de equipes especializadas, acompanhamento longitudinal ou recursos tecnológicos que não estão igualmente disponíveis em todos os contextos. Assim, avaliar qualidade assistencial exige observar não apenas se um serviço existe, mas quais pacientes conseguem chegar até ele e quais componentes do cuidado efetivamente recebem.

Stockdill ML, et al. (2023) demonstraram que estratégias estruturadas de recrutamento permitiram elevada participação de pacientes afro-americanos no ENABLE CHF-PC. Tobin RS, et al. (2022) analisaram diferenças raciais na qualidade de vida após intervenção paliativa e observaram benefício em diferentes grupos, sem evidência robusta de que o efeito fosse restrito a uma população específica. Cross SH, et al. (2024), em estudo observacional de pessoas que morreram com IC, identificaram diferenças raciais no uso de consultas paliativas. Esses achados não permitem reduzir a equidade a uma única variável, mas mostram que padrões de acesso e utilização podem variar entre grupos e contextos.

Na implementação clínica, a equidade deve ser tratada como parte do próprio plano de cuidado. Isso implica identificar barreiras de transporte, acesso digital, disponibilidade de cuidadores, compreensão sobre cuidados paliativos e limitações de seguimento, adaptando o modelo quando possível. Telessaúde pode reduzir barreiras geográficas em alguns pacientes, mas também pode ampliar desigualdades quando conectividade ou suporte tecnológico são insuficientes. Portanto, a escolha entre atendimento presencial, domiciliar ou remoto deve considerar não apenas eficiência do serviço, mas a capacidade real de cada paciente participar daquela modalidade.

Limitações das evidências e implicações para a prática clínica

A principal limitação da evidência disponível é a heterogeneidade. Os estudos diferem quanto à gravidade da IC, carga sintomática, critérios de inclusão, momento da intervenção, composição das equipes, intensidade do acompanhamento, instrumentos de qualidade de vida e duração do seguimento. Também variam entre cuidado presencial, domiciliar e remoto e são conduzidos em sistemas de saúde com diferentes níveis de cuidado paliativo habitual. Essas diferenças ajudam a explicar por que estudos menores mostraram benefícios relevantes enquanto ensaios maiores, como ENABLE CHF-PC e EPCHF, apresentaram desfechos primários neutros (BAKITAS MA, et al., 2020; BALATA M, et al., 2024). Outro fator é a intensidade do cuidado cardiológico recebido pelo grupo controle. Quando o tratamento habitual já incorpora boa comunicação, controle de sintomas e coordenação assistencial, a diferença adicional produzida por uma intervenção paliativa estruturada pode ser menor. Em contrapartida, pacientes com maior carga de sofrimento,

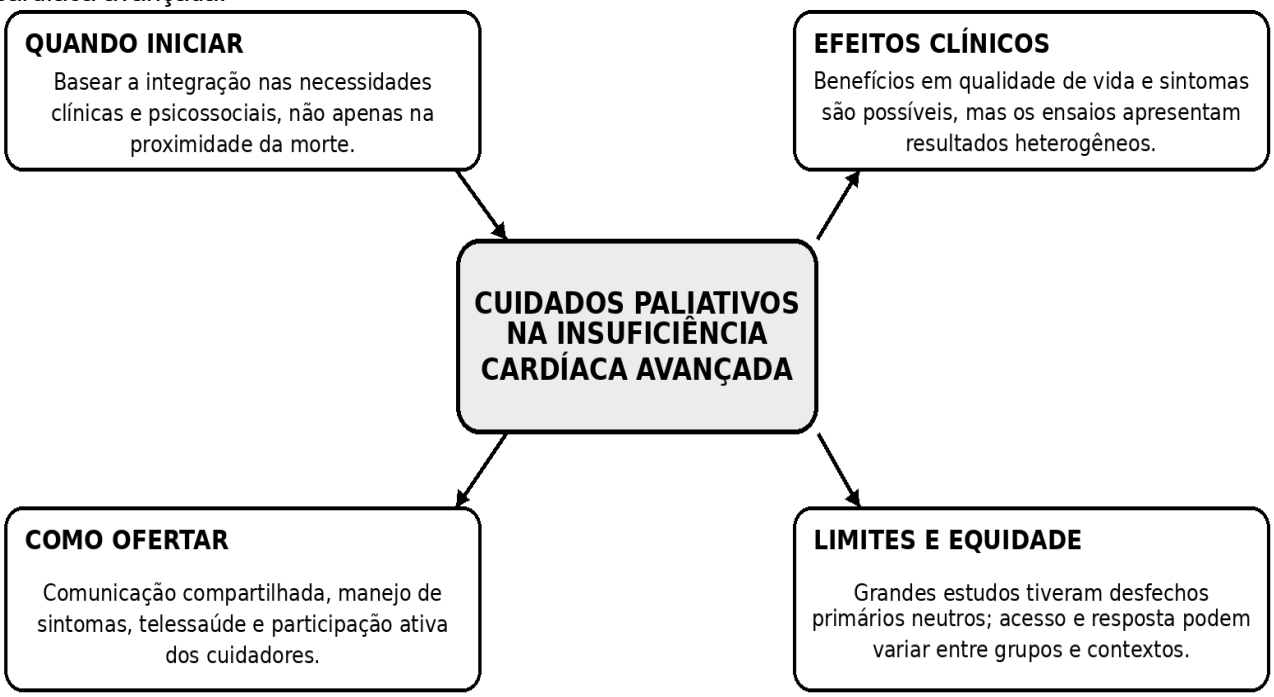
necessidades familiares ou dificuldade de acesso podem apresentar maior espaço para benefício. Essa interpretação favorece uma estratégia seletiva e dinâmica, na qual necessidades são rastreadas ao longo da evolução e a intensidade do suporte é ajustada ao quadro clínico, em vez de aplicar o mesmo modelo a todos os pacientes em um estágio arbitrariamente definido.

A avaliação de proporcionalidade também alcança a utilização de recursos. Kaufman BG, et al. (2021), ao analisar custo-efetividade a partir do PAL-HF, demonstraram que o impacto dos cuidados paliativos envolve organização assistencial e utilização de serviços, além dos desfechos clínicos. Contudo, resultados econômicos dependem do sistema de saúde, do modelo de intervenção e da população atendida, o que limita generalizações. Para a prática, a implicação mais consistente é que os cuidados paliativos devem complementar, e não competir com, o tratamento cardiológico, com foco em sofrimento, qualidade de vida, objetivos de cuidado e suporte familiar.

Do ponto de vista operacional, essa evidência favorece um modelo escalonado. A equipe cardiológica pode incorporar rastreamento de sintomas, comunicação e identificação de necessidades familiares como parte do seguimento habitual; situações persistentes ou complexas podem motivar participação de profissionais com experiência específica em cuidados paliativos. Essa organização evita tanto o encaminhamento indiscriminado de pacientes sem necessidades relevantes quanto a concentração do cuidado paliativo apenas em situações de terminalidade evidente. O ponto central não é definir uma fronteira rígida entre cuidado primário e especializado, mas garantir que a intensidade da intervenção corresponda à complexidade clínica e psicossocial encontrada.

Esta revisão também apresenta limitações próprias. Trata-se de revisão narrativa baseada em literatura publicada entre 2020 e 2025, com estudos de desenhos distintos e sem meta-análise própria ou avaliação formal do risco de viés. Por isso, não é possível definir um momento universal para iniciar cuidados paliativos nem afirmar benefício homogêneo em todos os pacientes. A evidência disponível é mais adequada para sustentar uma avaliação individualizada de necessidades e um modelo de integração progressiva do que para estabelecer um único critério temporal. A síntese dos principais elementos relacionados ao momento de início, aos efeitos clínicos, à forma de oferta e às limitações de acesso é apresentada na **Figura 1**.

Figura 1 - Síntese dos principais aspectos relacionados à integração dos cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada.



Fonte: Costa LDC, et al., 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada sustenta que os cuidados paliativos podem ser integrados à insuficiência cardíaca avançada antes da terminalidade explícita, sobretudo diante de sintomas persistentes, hospitalizações recorrentes, declínio funcional, sofrimento psicossocial, sobrecarga do cuidador ou decisões terapêuticas complexas. O momento de início deve ser individualizado e orientado por necessidades, e não por uma estimativa isolada de sobrevida. A abordagem mais coerente combina tratamento cardiológico e cuidado paliativo, com manejo ativo de sintomas, comunicação clara, tomada de decisão compartilhada, participação da família e revisão da proporcionalidade das intervenções. Os benefícios descritos são mais consistentes em qualidade de vida, sintomas, suporte familiar e utilização de serviços do que em mortalidade, e a heterogeneidade dos estudos impede indicar um modelo único para todos os pacientes. Estratégias ambulatoriais, domiciliares e por telessaúde podem ampliar a assistência, desde que sejam adaptadas às barreiras de acesso e às preferências individuais.

REFERÊNCIAS

1. BAKITAS MA, et al. Effect of an early palliative care telehealth intervention vs usual care on patients with heart failure: the ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 2020; 180(9): 1203-1213.
2. BALATA M, et al. Early integration of palliative care versus standard cardiac care for patients with heart failure (EPCHF): a multicentre, parallel, two-arm, open-label, randomised controlled trial. Lancet Healthy Longevity, 2024; 5(10): 100637.
3. CROSS SH, et al. Racial differences in palliative care use in heart failure decedents. Journal of Cardiac Failure, 2024; 30(9): 1161-1165.
4. CURTIS BR, et al. Perceptions of need for palliative care in recently hospitalized patients with systolic heart failure. Journal of Pain and Symptom Management, 2021; 62(6): 1252-1261.
5. DEGROOT L, et al. Feasibility of a digital palliative care intervention (Convoy-Pal) for older adults with heart failure and multiple chronic conditions and their caregivers: a waitlist randomized control trial. BMC Palliative Care, 2024; 23(1): 234.
6. DIONNE-ODOM JN, et al. Effects of a telehealth early palliative care intervention for family caregivers of persons with advanced heart failure: the ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. JAMA Network Open, 2020; 3(4): e202583.
7. DRAMBA T, et al. Palliative care in chronic heart failure: a systematic review of its impact on symptoms, quality of life, and decision-making process. Diseases, 2025; 13(12): 389.
8. GELFMAN LP, et al. Non-concordance between patient and clinician estimates of prognosis in advanced heart failure. Journal of Cardiac Failure, 2021; 27(6): 700-705.
9. GRANGER BB, et al. Polypharmacy in palliative care for advanced heart failure: the PAL-HF experience. Journal of Cardiac Failure, 2022; 28(2): 334-338.
10. HADLER RA, et al. “I’d Have to Basically Be on My Deathbed”: heart failure patients’ perceptions of and preferences for palliative care. Journal of Palliative Medicine, 2020; 23(7): 915-921.
11. HEIDENREICH PA, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. Journal of the American College of Cardiology, 2022; 79(17): e263-e421.
12. 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.
13. KAVALIERATOS D, et al. Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: a randomized pilot trial. Heart & Lung, 2022; 56: 125-132.
14. KHAJEHPOOR MH, et al. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life among the elderly: a clinical trial study. BMC Palliative Care, 2023; 22(1): 130.
15. LIU P e LIAO X. The impact of hospice care on the prognosis, quality of life, and emotional well-being of patients with chronic heart failure. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 2025; 27(1): E10-E16.
16. LIU Y, et al. The impact of palliative care on the physical and mental status and quality of life of patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial. Medicine (Baltimore), 2023; 102(50): e36607.

17. MCDONAGH TA, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 2021; 42(36): 3599-3726.
18. MIRSHAHI A, et al. The impact of an integrated early palliative care telehealth intervention on the quality of life of heart failure patients: a randomized controlled feasibility study. BMC Palliative Care, 2024; 23(1): 22.
19. PAN L, et al. Effectiveness of timely implementation of palliative care on the well-being of patients with chronic heart failure: a randomized case-control study. Journal of Palliative Care, 2024; 39(4): 282-288.
20. PIAMJARIYAKUL U, et al. Palliative care for patients with heart failure and family caregivers in rural Appalachia: a randomized controlled trial. BMC Palliative Care, 2024; 23(1): 199.
21. SAHLOLLBEY N, et al. The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. European Journal of Heart Failure, 2020; 22(12): 2340-2346.
22. SEBASTIAN SA, et al. Effectiveness of integrated palliative care telehealth intervention in patients with chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Current Problems in Cardiology, 2024; 49(9): 102685.
23. STOCKDILL ML, et al. African American recruitment in early heart failure palliative care trials: outcomes and comparison with the ENABLE CHF-PC randomized trial. Journal of Palliative Care, 2023; 38(1): 52-61.
24. TOBIN RS, et al. Race differences in quality of life following a palliative care intervention in patients with advanced heart failure: insights from the palliative care in heart failure trial. Journal of Palliative Medicine, 2022; 25(2): 296-300.