

# Demanda e Oferta de Paliatividade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca em um Hospital de Referência

Demand and Supply of Palliative Care in Patients with Heart Failure in a Reference Hospital

Demanda y Oferta de Cuidados Paliativos en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en un Hospital de Referencia

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a demanda e disponibilidade de necessidades paliativas no grupo de indivíduos portadores de insuficiência cardíaca, em um hospital de referência cardiológica no Pará. **Método:** Estudo transversal, observacional, retrospectivo, sendo avaliado prontuário de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, de janeiro a junho de 2023, baseando a necessidade de cuidados paliativos no instrumento SPIC-T-BR. **Resultados:** A maioria dos pacientes são do sexo masculino (68,5%), na faixa etária de 61 a 70 anos (28,8%), com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo menor que 40% (57,5%), apresentando insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável (13,7%). Dos pacientes analisados, 38,3% apresentaram positividade no instrumento SPICT-BT, sendo que destes, 92,8% receberam medidas clínicas para controle de sintomas e 89,2% receberam suporte psicossocial. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de uma equipe multiprofissional e educação continuada para melhor condução desses pacientes.

**DESCRIPTORIOS:** Insuficiência cardíaca. Cuidados paliativos. Cardiologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the demand and availability of palliative care needs in a group of individuals with heart failure at a cardiology referral hospital in Pará. **Method:** Cross-sectional, observational, retrospective study, evaluating the medical records of patients admitted due to heart failure at the Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, from January to June 2023, basing the need for palliative care on the SPICT-BR instrument. **Results:** Most patients were male (68.5%), aged 61 to 70 years (28.8%), with Left Ventricular Ejection Fraction less than 40% (57.5%), presenting heart failure or extensive and untreatable coronary disease (13.7%). Of the patients analyzed, 38.3% tested positive on the SPICT-BT instrument, of which 92.8% received clinical measures to control symptoms and 89.2% received psychosocial support. **Conclusion:** The need for a multidisciplinary team and continuing education to better manage these patients is highlighted.

**DESCRIPTORS:** Heart failure. Palliative care. Cardiology.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la demanda y disponibilidad de necesidades paliativas en un grupo de personas con insuficiencia cardíaca, en un hospital de referencia en cardiología de Pará. **Método:** Estudio transversal, observacional, retrospectivo, que evaluó las historias clínicas de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en el Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, de enero a junio de 2023, con base en la necesidad de cuidados paliativos en el instrumento SPIC-T-BR. **Resultados:** La mayoría de los pacientes son del sexo masculino (68,5%), con edades entre 61 y 70 años (28,8%), con una Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo menor del 40% (57,5%), que presentan insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria extensa e intratable (13,7%). De los pacientes analizados, el 38,3% resultó positivo en el instrumento SPICT-BT, de los cuales el 92,8% recibió medidas clínicas para el control de síntomas y el 89,2% recibió apoyo psicossocial. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de un equipo multidisciplinario y educación continua para un mejor manejo de estos pacientes.

**DESCRIPTORIOS:** Insuficiencia cardíaca. Cuidados paliativos. Cardiología.

RECEBIDO EM: 07/04/2025 APROVADO EM: 23/04/2025

**Como citar este artigo:** Araújo FR, Aguiar GS, Rocha CHXW, Monteiro AMZA. Demanda e Oferta de Paliatividade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca em um Hospital de Referência. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(95):15836-15847. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15836-15847

**Felipe Reschke De Araújo**

Médico formado pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CE-SUPA). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7657-8074>

**Gislane Dos Santos Aguiar**

Médica formada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Residente de cardiologia no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2625-1938>

**Carla Helena Xavier Wanderley Rocha**

Médica formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Ophir Loyola. Pós-graduada em Cuidados Paliativos pela União Brasileira de Faculdades.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5716-1023>

**Antônio Maria Zacarias Araújo Monteiro**

Médico formado pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Universitário João Barros Barreto. Especialista em Cardiologia pelo Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Pós-graduado em Insuficiência Cardíaca pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8102-3464>

**INTRODUÇÃO**

A insuficiência cardíaca (IC) é considerada como o estágio final de diversas doenças cardíacas e não cardíacas que ocasionam alteração anatômica e/ou funcional no coração, seja decorrente do aumento de pressões intracardíacas, seja por redução do débito cardíaco. Essas transformações geram sintomas, como dispneia, edema de membros inferiores e fadiga, além de sinais clínicos, como aumento da pressão venosa central e crepitação pulmonar<sup>1</sup>.

A prevalência de IC tem relação diretamente proporcional com a idade, com dados europeus indicando acometimento de menos de 1% de adultos com menos de 55 anos, elevando-se esse índice para mais de 10% dos idosos com mais de 70 anos<sup>1</sup>.

Diversas doenças cardíacas e não cardíacas são consideradas causa de insuficiência cardíaca, sendo as mais prevalentes: hipertensão arterial sistêmica; doenças valvares; arritmias; doenças cardíacas congênitas; endocardites; doença cardíaca induzida por drogas e doenças infiltrativas<sup>1</sup>.

A insuficiência cardíaca apresenta diversas formas de classificação, sendo frequentemente classificada pela avaliação ecocardiográfica da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), considerada preservada quando FEVE é maior ou igual a 50% (com evidência de anormalidade estrutural e/ou funcional), intermediária quando fica entre 41 e 49%, e reduzida se valores forem menores ou iguais a 40%. Outra importante forma de classificação está relacionada à gravidade sintomática da doença, que é a classificação clínica funcional da New York Heart Association (NYHA), conforme exposto no Quadro 1<sup>1</sup>.

**Quadro 1 - Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA)**

<b>Classe I</b>	Sem limitação de atividade física. Atividade física comum não causa dispneia, fadiga ou palpitações indevidas
<b>Classe II</b>	Ligeira limitação de atividade física. Confortável em repouso, porém, atividade física comum resulta em dispneia indevida, fadiga ou palpitação
<b>Classe III</b>	Limitação acentuada de atividade física. Confortável em repouso, porém, apresenta dispneia indevida, fadiga ou palpitação antes de atividades comuns
<b>Classe IV</b>	Incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas podem estar presentes mesmo em repouso e aumentam com qualquer atividade

Fonte: European Society of Cardiology (2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo cuidados paliativos em 1990, revisando-o em 2002 e 2017, estabelecendo-o como:

A abordagem do paciente visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam os problemas associados doença potencialmente fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meios de identificação precoce e correta avaliação e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais<sup>2</sup> (tradução nossa).

Conceito criado inicialmente na década de 1980, para o cuidado de pacientes com câncer em estágio avançado, atualmente há grande avanço acerca da temática dos cuidados paliativos, adequando práticas baseadas em princípios, tais como: reconhecer precocemente a possibilidade de tratamento paliativo em conjunto com tratamento curativo; reafirmar a vida e sua importância; compreender a morte como processo natural; aliviar sintomas geradores de desconforto; avaliar de aspectos psicossociais e espirituais; oferecer suporte na melhora da

qualidade de vida; e abranger familiares e outros acompanhantes como parte do processo, oferecendo lhes suporte e amparo<sup>3,4</sup>.

Diversos instrumentos já foram criados e validados para auxiliarem os profissionais de saúde na indicação e seguimento de cuidados paliativos. Dentre os instrumentos para indicação, destaca-se o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICIT-BR), que teve sua primeira publicação conceitual em 2010 na Universidade de Edimburgo, na Escócia, com versão atualmente utilizada de 2022, sendo utilizada em mais de 30 países. O SPICIT-BR possui tradução na língua portuguesa, validação na população brasileira, e no ambiente hospitalar<sup>5,6</sup>.

O SPICIT-BR é uma ferramenta utilizada para identificar pessoas com saúde em deterioração por uma ou múltiplas condições de saúde, e/ou em vigência de fragilidade/idade avançada. É constituído de seis indicadores gerais de piora de saúde, além de indicadores específicos das principais doenças progressivas (câncer, doença cardiovascular, doença renal, demência/fragilidade, doença respiratória, doença hepática e doença neurológica), e possui uma temática de recomendações de ações, visando abordagem holística do paciente e familiares, tornando este um instrumento completo<sup>7,8</sup>.

Quadro 2 - Instrumento <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BR™)		
Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)		
<p><b>Procure por indicadores gerais de piora da saúde.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internações hospitalares não programadas.</li> <li>▪ Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).</li> <li>▪ Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.</li> <li>▪ Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.</li> <li>▪ Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.</li> <li>▪ A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.</li> </ul>		
<p><b>Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas</b></p>		
<p><b>Câncer</b> Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p>	<p><b>Doença cardiovascular</b> Classe funcional III/IV de NYHA - insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: ▪ falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. Doença vascular periférica grave e inoperável.</p>	<p><b>Doença renal</b> Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG &lt; 30ml/min) com piora clínica. Insuficiência renal Complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p>
<p><b>Demência/ fragilidade</b> Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p>	<p><b>Doença respiratória</b> Doença respiratória crônica grave com: ▪ falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada</p>	<p><b>Doença Hepática</b> Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: ▪ ascite resistente a diuréticos ▪ encefalopatia hepática ▪ síndrome hepatorenal ▪ sangramentos recorrentes de varizes esofágicas ▪ peritonite bacteriana. Transplante hepático é contraindicado.</p>
<p><b>Doença neurológica</b> Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p><b>Outros</b> Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	
<p><b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro</b></p>		
<p>Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.</p>		

Fonte: SPICT-BR.

É importante ressaltar que o indivíduo é considerado candidato a cuidados paliativos pelo conceito SPICT-BR positivo, quando possuir dois ou mais indicadores gerais de piora da saúde ou um ou mais indicador clínico de condição de saúde avançada<sup>5</sup>.

Desse modo, fica evidente que a insuficiência cardíaca é uma doença grave, de grande prevalência, potencialmente fatal e incurável, devendo ser diagnosticada precocemente e avaliada, junta-

mente com os instrumentos adequados, a presença de doença de estágio avançado, com a finalidade de otimizar as ofertas de cuidados paliativos. Dessa forma, este trabalho visa avaliar a demanda e oferta de cuidados paliativos em pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital de referência no estado do Pará.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de caráter transversal

e retrospectivo, tendo como base de dados os prontuários disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e no sistema de prontuário eletrônico (MV PEP), de pacientes internados na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), no primeiro semestre de 2023.

Os critérios de inclusão foram: pacientes internados na FHCGV com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, CID-10: I50, I50.0 e I50.9, com idade de 18 a 80 anos, atendidos na FHCGV, en-

tre janeiro de 2023 a junho de 2023. Os critérios de exclusão foram: prontuários com informações clínicas insuficientes (ausência de pelo menos uma das variáveis do estudo). Dos 89 prontuários disponíveis no período selecionado do estudo, apenas 73 se adequaram aos critérios propostos.

Todos os dados foram alocados utilizando planilhas do programa eletrônico Google Planilhas®, contendo as variáveis: idade; sexo; tempo de internação; fração de ejeção do ventrículo esquerdo; comorbidades; indicadores clínicos de doença cardíaca ou renal avançada; uso de tratamento otimizado para insuficiência cardíaca; uso de medicações para controle dos sintomas; indicadores gerais de piora de saúde; e uso de medidas paliativas. Os dados para preenchimento do SPICT-BR também serão colhidos com enfoque na doença cardíaca avançada.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados. A estatística analítica foi utilizada através do cálculo dos testes G e Qui-Quadrado Aderência.

As estatísticas descritiva e analítica foram realizadas no software BioEstat 5.4. Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância  $\alpha = 0,05$  ou 5%, sinalizando-se com asterisco (\*) os valores significantes.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 73 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (68,5%) e estatisticamente significativo (\* $p = 0.0016$ ) em relação ao sexo feminino (31,5%).

As idades variaram desde abaixo de 40 anos (17,8%) até acima de 70 anos (19,2%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias ( $p = 0.3466$ ).

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo mais frequente foi a reduzida (57,5%), que apresentou proporção estatisticamente significativa (57,5%) na amostra, como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1 - Perfil dos pacientes participantes da amostra, FHCGV, 2024**

Variáveis		N	%	p-valor
Sexo	Masculino*	50	68,5%	0,0016*
	Feminino	23	31,5%	
Faixa etária (anos)	≤ 40	13	17,8%	0,3466
	41 a 50	10	13,7%	
	51 a 60	15	20,5%	
	61 a 70	21	28,8%	
	≥ 71	14	19,2%	
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo	Reduzida*	42	57,5%	< 0,0001*
	Intermediária	10	13,7%	
	Preservada	21	28,8%	

\*Teste Qui-Quadrado Aderência.  
Fonte: Elaborado pelos autores.

Na avaliação de indicadores de insuficiência renal, cardíaca e outras em condições avançadas, o mais prevalente foi a insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável

(13,7%), seguido da deterioração e risco de morte por condição/complicação irreversível (11,0%). Não houve proporção estatisticamente significativa ( $p > 0.005$ ) entre os indicadores avaliados, conforme Tabela 2.

**Tabela 2 - Perfil dos pacientes participantes da amostra, segundo a indicadores de insuficiência renal, FHCGV, 2024**

Variáveis	N	%
Indicadores de insuficiência renal, cardíaca e outras em condições avançadas		
Insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável	10	13,7%
Deterioração e risco de morte por condição/complicação irreversível	8	11,0%
Estágio 4 e 5 de D. renal crônica com piora clínica	5	6,8%
Doença vascular periférica grave e inoperável	1	1,4%

\*Teste G Aderência  
Fonte: Elaborado pelos autores.

Sobre os indivíduos da amostra, a Tabela 3 demonstra aqueles que possuem o conceito SPICT-BR positivo, ou seja,

um ou mais indicador clínico de condição de saúde avançada (insuficiência cardíaca, indicador clínico e extra), ou dois ou mais indicadores gerais de piora da saúde.

**Tabela 3 - Participantes da amostra que fecham critérios SPICT-Br positivo, FHCGV, 2024**

Variáveis		N	%
Amostra	Negativo	45	61,6%
	Positivo	28	38,3%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre os 28 participantes que foram incluídos no conceito SPICT-BR posi-

tivo, as medidas paliativas recebidas são descritas na Tabela 4.

**Tabela 4 - Perfil dos pacientes participantes SPICT-Br positivo e medidas paliativas, FHCGV, 2024**

Variáveis		N	%
Medidas paliativas utilizadas	Medidas clínicas para controle sintomático	25	92,8%
	Suporte psicossocial	26	89,2%
	Conferência familiar	1	3,57%
	Outros	1	3,57%

Fonte: Elaborado pelos autores

## DISCUSSÕES

Após coleta e análise dos dados colhidos na pesquisa, e sua comparação com a literatura, foram identificadas algumas situações de semelhança e outras conflitantes. Inicialmente, quanto à variável sexo, o nosso estudo mostrou que, de um total de 73 pacientes, houve um predomínio de 68,5% (50 pacientes) do sexo masculino, dado semelhante ao encontrado no estudo HF-PATHWAYS<sup>9</sup>, que avaliou a presença de 53% de homens.

Diferentemente do relatado no artigo de Soares *et al*<sup>10</sup>, no qual se apresenta que, em relação às internações por insuficiência cardíaca, entre 2019 e 2023, no Brasil, houve um crescimento conforme o avançar da idade, em nosso trabalho foi visualizado que a faixa etária de maior índice de internação foi entre 61 e 70 anos (28,8%), seguida da sexta década (20,5%) e, em terceiro lugar, a oitava década (19,2%).

Ao ser avaliada a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos pacientes inter-

nados com insuficiência cardíaca, foram identificados resultados semelhantes ao estudo HF-PATHWAYS<sup>9</sup>, em que 57,5% dos pacientes apresentam FE reduzida (menor do que 40%), seguida de FE preservada (28,8%) e, menos frequentemente, de FE intermediária (13,7%).

Quanto aos indicadores clínicos de doença avançada, identificou-se que quase um terço dos indivíduos (32,9%) apresentava indicadores de piora de saúde, e 10% apresentaram somente condição cardíaca avançada por presença de sintomas da doença aos mínimos esforços ou em repouso, e um paciente apresentava doença vascular periférica grave e inoperável. Além disso, dois pacientes apresentaram ambas as condições (cardiológica e renal). Seis pacientes apresentaram exclusivamente sinais de deterioração clínica ou outra condição irreversível. Este número pode ser subestimado devido à carência de informações descritas em prontuário. Estes dados refletem o cenário nacional, no qual os pacientes cardiopatas possuem múltiplas comorbidades e, por vezes, há doença

clínica avançada, cardiovascular ou renal, demandando medidas paliativas, medidas que não costumam ser acessíveis para a grande maioria dos indivíduos.

O processo de internação hospitalar desperta muitos sentimentos, como, por exemplo, medo, ansiedade e preocupação. Estes sentimentos são focados na doença e/ou diagnósticos, em resultado de exames ou até mesmo desejo de alta hospitalar<sup>11</sup>. No presente estudo, 91,8% dos indivíduos receberam atendimento psicossocial, seja por abordagem com equipe de psicologia ou do serviço social, que envolviam: ofertar acolhimento; oferecer escuta qualificada; auxiliar no processo de enfrentamento diante do adoecimento; entender as demandas do paciente e família; avaliar a percepção sobre a doença atual; compreender as experiências prévias e alinhar expectativas; explorar a rede de apoio; além de auxiliar a equipe na compreensão e no planejamento de medidas terapêuticas apropriadas.

Portanto, é imperativo haver abordagem psicossocial para fortalecer a estratégia de cuidado humanizado e integralidade. Neste trabalho, a quase totalidade dos pacientes recebeu adequadamente esta abordagem, com apenas 8,2% dos indivíduos não recebendo atendimento psicossocial. No entanto, acredita-se que este dado esteja superestimado devido à ausência de registro adequado de informações em prontuário.

A deficiência de ação abrangendo os cuidados paliativos se deve a diversos motivos, por exemplo: conotação pejorativa e preconceituosa com a expressão “cuidados paliativos”, associando-a aos cuidados de fim de vida. Também há o precário ensino acerca dessa temática nos cursos de graduação, a in experiência dos profissionais de saúde em identificar os pacientes que necessitam desse manejo, orientando a necessidade desta abordagem apenas quando o paciente torna-se refratário a todas as medidas. Desta forma, dentre os 73 indivíduos do estudo, apenas 1 recebeu explicitamente cuidados paliativos, ou seja, foi eleito formalmente e descrito em prontuário, comunicando-se à equipe, à família

e ao paciente através de conferência familiar. Apesar disso, outros 27 pacientes teriam indicações destas medidas por terem sido incluídos no conceito SPICCT-BR positivo, mas o serviço não foi ofertado a eles.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados é possível identificarmos que a incidência de insuficiência cardíaca é mais prevalente a partir da quinta década de vida, com a intensidade da apresentação clínica a depender da etiologia, do tempo de doença e das comorbidades associadas.

Constata-se a necessidade de cuidados paliativos além do âmbito da oncologia, onde foi inicialmente criada. Nas diversas áreas da medicina verifica-se pacientes com demandas paliativas, porém, alguns fatores levam a dificuldade de ofertar tal terapia, tais como: falta de educação dos profissionais e da conotação pejorativa

por parte da população em geral. Em decorrência disto, os pacientes são submetidos a exames e procedimentos invasivos, aumentando o sofrimento do paciente e familiares.

Para uma melhor identificação dos pacientes aptos para este tipo de atendimento, dar embasamento técnico e auxiliar na identificação precoce desse público-alvo, há necessidade do uso de instrumentos validados, por exemplo: o SPICCT-BR.

Os cuidados paliativos são uma abordagem de tratamento que depende de uma equipe multiprofissional, devendo ser composta, por no mínimo, um médico, um psicólogo e um assistente social. Tais profissionais têm suas atividades pautadas em alinhar a estratégia terapêutica com o paciente e familiares, sanar dúvidas sobre e a doença, auxiliar na resolução de entraves psicológicos e religiosos, além de manter uma comunicação precisa com demais profissionais de saúde, que irão acompa-

nhar o paciente em atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

Foi possível identificar neste trabalho, que embora tenha ocorrido a prescrição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso visando os cuidados paliativos, na maioria dos casos não houve descrição sobre conferência familiar ou identificação do estágio de cuidados em que o paciente se encontra, levando a fragilidade no atendimento e possibilidade de ocorrência de medidas fúteis para determinado paciente, prolongando o sofrimento.

Do ponto de vista da gestão, é imprescindível a otimização de investimentos nesta área, tanto na estimulação de uma equipe de cuidados paliativos mínima em cada instituição hospitalar, além da educação continuada desses profissionais, que deve ser iniciada de forma precoce, desde os cursos de formação.

## REFERÊNCIAS

1. European Heart Journal, Volume 42, Edição 36, 21 de setembro de 2021, Páginas 3599–3726.
2. Krakauer EL, Daubman BR, Aloudat T. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian crises. *Med J Aust.* 2019 Sep;211(5):201-203.
3. D'Alessandro MPS, Messias AAM, Maiello APMV, Coelho FP. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio-libanês; Ministério da Saúde; 2020.
4. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care (2nd edition), Londres: WHPCA, 2020.
5. Mira MACSRC. Tradução e validação da escala SPICCT™ (Supportive & Palliative Care Indicators Tool) para a população portuguesa. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020.
6. van Lummel EV, Ietswaard L, Zuithoff NP, Tjan DH, van Delden JJ. The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine.* 2022;36(7):1023-1046.
7. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes DS, Russo TMS, Souza AC, Silveira RCCP, Galvão CR, Mendes KDS. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2022; 27(9): 3547–3557.
8. Remawi BN, Gadoud A, Murphy IMJ, Preston N. Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: a systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart Failure Rev.* 2021;26(1):137-155.
9. Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiology and treatment of heart failure in Spain: the HF-PATHWAYS study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2022;75(1):31-38
10. Soares FL, Junqueira MB, Silva DG, Sampaio KRF, Braz JPMR, Araújo GRPT, Pereira LC, Silveira ABLC. et al. Perfil epidemiológico das internações por Insuficiência Cardíaca no Brasil entre 2019 e 2023. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences.* 2024;6(4), 887–896.
11. Bezerra DS, Siqueira AC. Processo de adoecimento e hospitalização em pacientes de um hospital público. *Revista de Psicologia.* 2021;12(1):61-71.