

Patologias dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário

Pathologies of patients followed up by the Palliative Care service of a university hospital

Patologías de pacientes seguidos por el servicio de Cuidados Paliativos de un hospital universitario

Recebido: 16/06/2022 | Revisado: 29/06/2022 | Aceito: 30/06/2022 | Publicado: 10/07/2022

Guilherme de Moraes Favero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3299-7779>
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil
E-mail: guilhermefavero92@gmail.com

Gabriel Sonchini Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9736-2256>
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil
E-mail: gabrielsonchini@hotmail.com

Tauanne Fernanda dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7075-8031>
Anhanguera UNIDERP, Brasil
E-mail: tauannef@icloud.com

Daniely Isis de Oliveira Pinazo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2506-8442>
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil
E-mail: danielypinazo@gmail.com

Felipe Rossi Loro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7230-3535>
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil
E-mail: felipeloro@outlook.com

Rosangela Silva Rigo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2031-0204>
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil
E-mail: lrigo@terra.com.br

Resumo

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar as principais patologias dos pacientes acompanhados no serviço de cuidados paliativos de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo envolveu 153 pacientes em cuidados paliativos, com idade entre 4 meses a 95 anos, hospitalizados no período de janeiro de 2020 a agosto de 2021. Dados clínicos, bioquímicos e radiológicos foram coletados dos prontuários dos pacientes. **Resultados:** De acordo com os dados analisados durante a internação hospitalar, a média de idade é igual a 66,78 anos, com cerca de 2 diagnósticos ou condições clínicas distintas. A maioria dos pacientes (cerca de 24,18%) eram portadores de doenças sexualmente transmissíveis, seguido de pacientes portadores de neoplasias (22,22%), doenças vasculares (16,99%), neurodegenerativas (4,57%), hepatopatias (3,26%) insuficiência renal (9,80%), doenças pulmonares (16,99%) e malformações (0,65%). **Conclusão:** O presente estudo vai de acordo com a nova atualização da OMS, em que os cuidados paliativos são oferecidos a todos os pacientes portadores de doenças crônicas sendo que, os pacientes oncológicos ocuparam segundo lugar na frequência patológica.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Integralidade no cuidado; *Hospice*.

Abstract

Objectives: The present study aimed to evaluate the main pathologies of patients followed up in the palliative care service of a university hospital. **METHODS:** A retrospective cohort study involved 153 palliative care patients, aged 4 months to 95 years, hospitalized from January 2020 to August 2021. Clinical, biochemical and radiological data were collected from the patients' medical records. **Results:** According to the data analyzed during hospitalization, the mean age is 66.78 years, with about 2 different diagnoses or clinical conditions. Most patients (about 24.18%) had sexually transmitted diseases, followed by patients with neoplasms (22.22%), vascular diseases (16.99%), neurodegenerative diseases (4.57%), liver diseases (3.26%) renal failure (9.80%), lung diseases (16.99%) and malformations (0.65%). **Conclusion:** The present study is in accordance with the new WHO update, in which palliative care is offered to all patients with chronic diseases, with cancer patients occupying second place in the pathological frequency.

Keywords: Palliative care; Integrity in care; *Hospice*.

Resumen

Objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las principales patologías de los pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos de un hospital universitario. **MÉTODOS:** Un estudio de cohorte retrospectivo involucró a 153 pacientes de cuidados paliativos, de 4 meses a 95 años, hospitalizados desde enero de 2020 hasta agosto de 2021. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos de las historias clínicas de los pacientes. **Resultados:** Según los datos analizados durante la hospitalización, la edad media es de 66,78 años, con unos 2 diagnósticos o cuadros clínicos diferentes. La mayoría de los pacientes (alrededor del 24,18%) tenían enfermedades de transmisión sexual, seguidos de los pacientes con neoplasias (22,22%), enfermedades vasculares (16,99%), enfermedades neurodegenerativas (4,57%), enfermedades hepáticas (3,26%), insuficiencia renal (9,80%), enfermedad pulmonar enfermedades (16,99%) y malformaciones (0,65%). **Conclusión:** El presente estudio está de acuerdo con la nueva actualización de la OMS, en la que se ofrecen cuidados paliativos a todos los pacientes con enfermedades crónicas, ocupando los pacientes con cáncer el segundo lugar en la frecuencia patológica.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Integralidad en la atención; Hospicio.

1. Introdução

No ano de 1990, a Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito e princípios de cuidados paliativos, fazendo o reconhecimento e a recomendação destes. Tal definição foi direcionada aos portadores de neoplasias, dando prioridade a assistência integral, em oferta de cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (Gomes & Othero, 2016).

No decorrer dos anos foi sendo reconhecido o valor dos Cuidados Paliativos e em 2002, foi revista e ampliada a definição, sendo incluída a assistência a outras doenças como doenças cardíacas, renais, doenças degenerativas, aids e doenças neurológicas. Em 2004, foi publicado um novo documento pela OMS, *The solid facts - Palliative Care*, o qual renova a imprescindibilidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas e em programas de atenção aos idosos (OMS, 2012).

O conceito mais recente de Cuidados Paliativos foi apresentado em 2018 sendo determinado como "cuidado holístico ativo, oferecido a pessoas de todas as idades que estão em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, resultante de uma doença grave, especialmente aquelas no final da vida. O objetivo da Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e cuidadores" (WHO, 2002).

Se destinam a qualquer paciente em qualquer estágio de uma doença grave, e podem ter lugar juntamente do tratamento curativo. Estes cuidados não dependem do prognóstico e incluem serviços de *hospice*. Na maioria das condições clínicas, é proporcionado pelo mesmo grupo de profissionais de saúde (Coelho & Yankaskas, 2017).

Segundo a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Palliative Care Alliance), mesmo que mais de cem milhões de pessoas sejam atendidas pelas equipes de cuidados paliativos anualmente, tal valor corresponde a menos de 8% dos pacientes que necessitam desse tipo de cuidado (WHO, 2014). Os serviços de Cuidados Paliativos podem ser oferecidos em diferentes modelos: enfermarias em hospitais gerais, hospitais exclusivos (*hospices*), hospedarias, hospital-Dia, equipe interconsultora, ambulatório e assistência domiciliar. Sendo considerado que não há um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, devendo esse ser determinado com base nas necessidades e recursos locais (Gomes & Othero, 2016).

Com isso, o estudo em questão visa caracterizar os pacientes atendidos pelos serviços de Cuidados Paliativos em um hospital terciário da cidade de Campo Grande – MS, no período de janeiro de 2020 a agosto 2021, elencando a patologia de base dos pacientes.

2. Metodologia

Tal estudo foi realizado em concordância com as normas éticas conforme a Declaração de Helsinque. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – MS sob o número: 5.308.509/CAAE: 52439021.1.0000.0021.

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo retrospectivo, baseado na revisão de prontuários de pacientes em cuidados paliativos, internados no período de janeiro de 2020 a agosto de 2021 no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brasil.

Foram descritos 153 pacientes com 4 meses ou mais em cuidados paliativos. Dados demográficos, clínicos, bioquímicos e radiológicos e resultados foram coletados dos prontuários dos pacientes.

Os resultados são apresentados como média \pm desvio padrão (DP) para dados com distribuição normal e como mediana e intervalo interquartil para dados com distribuição não normal. Os dados foram apresentados de forma descritiva em frequência absoluta e frequência relativa.

3. Resultados

Foram incluídos 153 pacientes na pesquisa, ambos os sexos, de faixa etária de 4 meses a 95 anos. Cerca de 1,30 % dos pacientes têm histórico de apenas uma doença (sem comorbidades associadas), os outros 98,69% apresentavam 2 ou mais comorbidades associadas a doença de base. Isso demonstra a importância do Cuidados Paliativos integrado a outras especialidades, uma vez que busca cuidar do indivíduo de modo holístico, ou seja, em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social (Nobrega, et al., 2022). São uma abordagem interdisciplinar do cuidado que se concentra na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Os objetivos dos cuidados paliativos incluem aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; a integração dos aspectos médicos, psicológicos e espirituais do cuidado; e oferecer um sistema de apoio para ajudar as famílias a lidar com a doença e o luto (Allen, 2020).

Os cuidados paliativos incluem cuidados paliativos primários fornecidos por uma variedade de profissionais de saúde, bem como cuidados paliativos secundários fornecidos por especialistas em cuidados paliativos (Piotr, et al., 2020). As principais limitações dos profissionais envolvem déficit de conhecimento entre profissionais e familiares e falta de organização da equipe multidisciplinar. Visando reduzir a utilização de medidas irrisórias, prolongando o sofrimento do paciente e seus familiares (Nobrega, et al., 2021).

A maioria dos pacientes (cerca de 24,18%) eram portadores de doença sexualmente transmissível, em sua totalidade possuíam HIV como patologia de base. Nos primeiros anos do surgimento do HIV, a sobrevida hospitalar relatada para os pacientes admitidos com tal diagnóstico era curta, reduzindo ainda mais nos pacientes que evoluíam com síndromes respiratórias (Akgün, et al., 2011). No entanto, com as melhorias dos cuidados intensivos e com a introdução da terapia antirretroviral altamente ativa em 1996, o HIV se tornou uma doença crônica, e os pacientes infectados passaram a viver mais (Souza, et al., 2016). Embora a sobrevida na UTI tenha melhorado desde o início da epidemia do HIV, a mortalidade dos pacientes graves ainda é de cerca de 30% e continua maior que a de pacientes não infectados (Medrano, et al., 2010). Demonstrando a importância deste paciente ser encaminhado para o acompanhamento dos cuidados paliativos.

Em segundo lugar, quanto a necessidade de cuidados paliativos, estão os pacientes portadores de neoplasias (22,22%). Ainda em 2013, a atual Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Brasil, 2013) reafirma que os cuidados paliativos fazem parte do cuidado integral ao paciente oncológico e assegura que todo hospital habilitado em oncologia tem a obrigação de garantir esses cuidados, que poderão se dar na própria estrutura hospitalar ou poderão ser referenciados à rede de atenção à saúde (Atty & Tomazelli, 2018).

6,99% dos pacientes eram portadores de doenças vasculares, como a doença vascular é uma doença sintomática com tomada de decisão complexa e um risco relativamente alto de morte ao longo de seu curso, os Cuidados Paliativos devem ser integrados precocemente e muitas vezes aos cuidados desses pacientes (Yancy, et al., 2017). No entanto, certas abordagens de Cuidados Paliativos podem ter maior aplicabilidade em diferentes pontos da doença e a intensidade geral das necessidades de

cuidados paliativos tende a aumentar ao longo do tempo. Múltiplas diretrizes práticas e declarações científicas recomendam o uso de cuidados paliativos em pacientes portadores de doenças vasculares (Ponikowski, et al., 2016).

O restante dos pacientes (36,61%) se subdividia em doenças neurodegenerativas (4,57%), hepatopatias (3,26%), insuficiência renal (9,80%), doenças pulmonares (16,99% - dentre esse número 53,84 eram portadores de COVID), malformação (0,65%) e diagnóstico desconhecido (1,30%). Dentre os 153 pacientes avaliados 7,84% eram portadores de Diabetes Mellitus e 14,37% hipertensão arterial sistêmica, o que pode ter agravado o quadro dos pacientes.

No quesito idade, 57,51% dos pacientes eram idosos (maior do que 65 anos), destes pacientes, as patologias apresentadas condizem com o descrito na literatura, sendo associadas as principais causas de internação de idosos a condições não neoplásicas, como doenças cardiovasculares e respiratórias, além da demência (Burton, et al., 2016).

Embora um em cada quatro idosos gravemente enfermos internados em alas geriátricas seja encaminhado para cuidados paliativos, não há um consenso sobre a melhor forma de se avaliar e comunicar o prognóstico em populações geriátricas. O estabelecimento de melhores diretrizes clínicas pode contribuir para a identificação precoce de pacientes hospitalizados, que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos, além de fornecer informações relevantes a pacientes e cuidadores envolvidos no processo de tomada de decisão (Arcanjo, et al., 2018).

4. Discussão

A relevância das equipes multidisciplinares aparece como fundamental com ênfase na necessidade de conhecimento teórico, científico e técnico e habilidades clínicas específicas no domínio de diferentes profissões para que a integralidade das ações possa ocorrer no processo de oferta de Cuidados Paliativos, contemplando as dimensões físicas, psicossociais e espirituais dos pacientes e suas famílias (Berggren, et al., 2017).

Nessa perspectiva, o cuidado é prestado por uma equipe multidisciplinar durante o período de diagnóstico, doença, fim de vida e luto. É necessário perceber os indivíduos em toda a sua integridade, incluindo aspectos psicossociais e espirituais em seus cuidados (Silva, et al., 2021).

Qualquer evento que precipite uma admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) pode levar à piora irreversível dos sintomas de uma doença crônica ou de um evento agudo. A equipe multidisciplinar da UTI deve reavaliar continuamente a evolução clínica de seus pacientes, o que inclui redefinir os objetivos do tratamento e considerar a provisão de Cuidados Paliativos quando o tratamento não mais oferecer benefícios (Kostakou, et al., 2014). Em alguns casos, a morte é inevitável e retardada somente com elevados custos psicológicos, sociais e financeiros para todas as partes envolvidas nestes processos (paciente, família e profissionais de saúde). Em muitos casos, o tratamento adicional não atinge os objetivos de tratamento do paciente. Estas situações vêm se tornando mais frequentes, já que hoje 20% a 33% dos pacientes morrem na UTI (BRICNet, 2016).

Os resultados de outros estudos indicam que, em geral, os pacientes em Cuidados Paliativos ainda morrem em ambientes hospitalares, como a (UTI), apesar da preferência pelo ambiente doméstico. Também demonstrou como barreiras para os Cuidados Paliativos a falta de conhecimento e habilidades pelos profissionais de saúde (Cameron, et al., 2011).

Outro aspecto relevante é a importância de aplicar a oferta de Cuidados Paliativos para todas as doenças e não apenas para pacientes com câncer, como rege a nova definição. Um estudo internacional realizado para investigar o encaminhamento de pacientes em Cuidados Paliativos concluiu que eles geralmente eram pacientes com câncer (Marques & Bulgarelli, 2020). A Organização Mundial da Saúde concluiu que apenas 14% dos pacientes em todo o mundo que necessitam de cuidados paliativos recebem este tipo de atenção (Kelley & Morrison, 2015). Muitos deles são tratados na UTI (Cook & Rocker, 2014).

No Brasil, a legislação e os códigos de ética foram recentemente alterados. A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A interpretação da lei

assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirurgia (Dadalto, et al., 2013). A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença terminal incurável, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal. A diretiva antecipada de vontade (resolução 1.995/2012 do CFM) é um documento legal e ético que permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade de uma determinada pessoa. Este documento permite que alguém faça suas próprias escolhas com relação a futuros tratamentos, como de receber ou recusar um tratamento, caso se encontre incapacitado de comunicar-se ou expressar sua vontade (Coelho & Yankaskas, 2017).

5. Conclusão

A Organização Mundial de Saúde já redefiniu os princípios de Cuidados Paliativos incluindo o atendimento a todas as doenças crônicas em sua definição, o que vai de acordo com os resultados encontrados no estudo, sendo que, no hospital em questão a quantidade de pacientes oncológicos ocupou o segundo lugar em relação as patologias dos indivíduos. No entanto a taxa de mortalidade nas unidades de terapia intensiva permanece elevada, e as equipes de profissionais de saúde das UTIs constantemente enfrentam situações complexas, nas quais o tratamento e as medidas de suporte avançado de vida não atingem os objetivos de evitar a morte, nem respeitam a vontade dos pacientes e seus familiares. Para que consigamos sessar tal problemática faz-se necessário maior conhecimento a respeito dos Cuidados Paliativos para mudar a visão geral de cuidados de fim de vida, pois a questão vai desde a não aceitação dos familiares até a falta de profissionais adequados para a função.

Referências

- Akgün K.M., Pisani M. & Crothers K. (2011) The changing epidemiology of HIV-infected patients in the intensive care unit. *J Intensive Care Med.* 26(3):151-164. doi:10.1177/0885066610387996
- Allen L. (2020). Palliative care for patients with advanced heart failure: Indications and systems of care. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-advanced-heart-failure-indications-and-systems-of-care?search=Palliative%20care%20for%20patients%20with%20advanced%20heart%20failure:%20Indications%20and%20systems%20of%20care.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Arcanjo S.P., Saporetti L.A., Curiati J.A.E., Jacob-Filho W. & Avelino-Silva T.J. (2018). Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care. *Einstein* (São Paulo) [online]. 2018, v. 16, n. 1 eAO4092. <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4092>>. Epub 23 Abr 2018. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4092>.
- Atty A.T.M. & Tomazelli J.G. (2018) Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. v. 42, n. 116, pp. 225-236. <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
- Berggren E., Ödlund Olin A., Orrevall Y., Strang P., Johansson S.E. & Törnkvist L. (2017). Early palliative home care: Evaluation of an interprofessional educational intervention for district nurses and general practitioners about nutritional care. *SAGE Open Med.* 5:2050312117726465.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria GM no 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Burton M.C., Warren M., Cha S.S., Stevens M., Blommer M., Kung S., et al. (2016). Identifying Patients in the Acute Psychiatric Hospital Who May Benefit From a Palliative Care Approach. *Am J Hosp Palliat Care.* 33(3):228-32.
- Cameron B.L., Salas A.S. & deMoissac D. (2011). Participatory knowledge exchange to support palliative care in Chile: lessons learned through global health research. *Can J Nurs Res.* 43(3):16-37.
- Coelho C.B.T. & Yankaskas J.R. (2017). Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* V. 29, n. 2pp. 222-230.: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>>. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>.
- Cook D. & Rocker G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 370(26):2506-2514. doi:10.1056/NEJMra1208795
- Cruz N.A.O., Nóbrega M.R., Gaudêncio M.R.B., Andriani M.T., Farias T.Z.T.T., Pimenta T.S., Fernandes A.R.N. & Pereira R.C.F. (2021). The role of the multidisciplinary team in palliative care in the elderly. *RSD.* 10(8):e52110817433. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17433>
- Dadalto L., Tupinambás U. & Greco D.B. (2016). Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioét.* 21 (3): 463-76 <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/?lang=pt&format=pdf>
- Gomes A.L.Z. & Othero M.B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados.* V.30, n. 88 pp. 155-166. <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>>. ISSN 1806-9592.

Kelley A.S. & Morrison R.S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-755. doi:10.1056/NEJMra1404684

Kostakou E., Rovina N., Kyriakopoulou M., Koulouris N.G. & Koutsoukou A. (2014). Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. *J Crit Care*. 2014. 29(5):817-22. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.04.007.

Marques F.P. & Bulgarelli A.F. (2020) Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2020. v. 25, n. 6, pp. 2063-2072. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>

Medrano J., Álvaro-Meca A., Boyer A., Jiménez-Sousa M.A. & Resino S. (2014). Mortality of patients infected with HIV in the intensive care unit (2005 through 2010): significant role of chronic hepatitis C and severe sepsis. *Crit Care*. 18(4):475. doi:10.1186/s13054-014-0475-3

OMS. (2012). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève: OMS.

Sobanski, P. Z., Alt-Epping, B., Currow, D. C., Goodlin, S. J., Grodzicki, T., Hogg, K., Janssen, D., Johnson, M. J., Krajnik, M., Leget, C., Martínez-Sellés, M., Moroni, M., Mueller, P. S., Ryder, M., Simon, S. T., Stowe, E., & Larkin, P. J. (2020). Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular research*, 116(1), 12–27. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G., Coats, A. J., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V. P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F. H., ... van der Meer, P. (2016). Wytuczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku [2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure]. *Kardiologia polska*, 74(10), 1037–1147. <https://doi.org/10.5603/KP.2016.0141>

Silva T.C.D., Nietsche E.A. & Cogo S.B. (2021). Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 75(1):e20201335. doi:10.1590/0034-7167-2020-1335

Souza P.N., Miranda E.J.P., Cruz R. & Forte D.N. (2016). Cuidados paliativos no paciente com HIV/AIDS internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 3, pp. 301-309. <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160054>>. ISSN 1982-4335.

World Health Organization (WHO). (2002). WHO definition of palliative care. *Genebra*; <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. *England*. <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>.

Writing Group for the CHECKLIST-ICU Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet), Cavalcanti, A. B., Bozza, F. A., Machado, F. R., Salluh, J. I., Campagnucci, V. P., Vendramim, P., Guimaraes, H. P., Normilio-Silva, K., Damiani, L. P., Romano, E., Carrara, F., Lubarino Diniz de Souza, J., Silva, A. R., Ramos, G. V., Teixeira, C., Brandão da Silva, N., Chang, C. C., Angus, D. C., & Berwanger, O. (2016). Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(14), 1480–1490. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3463>

Yancy, C. W., Januzzi, J. L., Jr, Allen, L. A., Butler, J., Davis, L. L., Fonarow, G. C., Ibrahim, N. E., Jessup, M., Lindenfeld, J., Maddox, T. M., Masoudi, F. A., Motiwala, S. R., Patterson, J. H., Walsh, M. N., & Wasserman, A. (2018). 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Expert Consensus Decision Pathways. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(2), 201–230. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.025>