

## **Pacientes atendidos pelo núcleo de cuidados paliativos em um hospital universitário**

**Patients assisted by the palliative care center in a university hospital**

**Pacientes atendidos por el centro de cuidados paliativos de un hospital universitario**

Recebido: 22/04/2023 | Revisado: 10/05/2023 | Aceitado: 13/05/2023 | Publicado: 18/05/2023

### **Gabriel Sonchini Barbosa**

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

### **Guilherme de Moraes Favero**

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

### **Daniel Sonchini Barbosa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3922-4461>  
Universidade Estácio de Sá Angra dos Reis, Brasil  
E-mail: danielsonchini@gmail.com

### **Natalia Keiko Aoki**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6627-1546>  
Centro Universitário de Várzea Grande, Brasil  
E-mail: natikeiko@hotmail.com

### **Vinicius Nogueira Zuntini**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3842-2564>  
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil  
E-mail: vinicius.nz@hotmail.com

### **Felipe Rossi Loro**

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

### **Tauanne Fernanda dos Santos**

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

### **Rosângela Silva Rigo**

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

### **Resumo**

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes encaminhados ao serviço de cuidados paliativos de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo envolveu 138 pacientes com necessidade de cuidados paliativos, com idade entre 4 meses a 95 anos, hospitalizados no período de janeiro de 2020 a agosto de 2021. Dados demográficos, clínicos, bioquímicos, radiológicos e resultados foram coletados dos prontuários dos pacientes. **Resultados:** De acordo com os dados analisados durante a internação hospitalar, a média de idade é igual a 65,89 anos, com cerca de 3 diagnósticos ou condições clínicas distintas. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (82,61%) seguida das neoplasias (79,71%). Quanto ao desfecho, a maioria dos pacientes admitidos evoluiu a óbito durante a internação hospitalar (71,54%). O tempo entre a internação hospitalar e a admissão aos cuidados paliativos foi menor entre os pacientes oncológicos. Observou-se tempo de internação hospitalar e admissão aos cuidados paliativos maior entre os pacientes com maiores investimentos iniciais da equipe médica. **Conclusão:** Os cuidados paliativos ainda são vistos, erroneamente, como cuidados de fim de vida. O detalhamento na avaliação do paciente e o conhecimento das características dos pacientes que deverão ser encaminhados aos cuidados paliativos auxiliam na elaboração de estratégias para a melhoria do serviço. O presente estudo busca contribuir na modificação do perfil de assistência de cuidados paliativos de fim de vida.

**Palavras-chave:** Cuidado paliativo; Cuidado paliativo de apoio; Cuidados de conforto.

### **Abstract**

**Objective:** The present study aimed to evaluate the clinical and epidemiological profile of patients referred to the palliative care service of a university hospital. **Methods:** A retrospective cohort study involved 138 patients in need of palliative care, aged between 4 months and 95 years, hospitalized from January 2020 to August 2021. Demographic,

clinical, biochemical, radiological data and results were collected from medical records of patients. Results: According to the data analyzed during hospitalization, the average age is 65.89 years, with about 3 diagnoses or different clinical conditions. The most prevalent comorbidities were systemic arterial hypertension (82.61%) followed by neoplasms (79.71%). As for the outcome, most admitted patients died during hospitalization (71.54%). The time between hospital admission and admission to palliative care was shorter among cancer patients. A longer hospital stay and admission to palliative care was observed among patients with higher initial investments by the medical team. Conclusion: Palliative care is still mistakenly seen as end-of-life care. Detailed patient assessment and knowledge of the characteristics of patients who should be referred to palliative care help in the development of strategies to improve the service. The present study seeks to contribute to the modification of the end-of-life palliative care assistance profile.

**Keywords:** Palliative care; Supportive palliative care; Comfort care.

### Resumen

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes remitidos al servicio de cuidados paliativos de un hospital universitario. Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que involucró a 138 pacientes con necesidad de cuidados paliativos, con edades entre 4 meses y 95 años, hospitalizados de enero de 2020 a agosto de 2021. Se recolectaron datos y resultados demográficos, clínicos, bioquímicos, radiológicos de las historias clínicas de los pacientes. Resultados: Según los datos analizados durante la hospitalización, la edad promedio es de 65,89 años, con alrededor de 3 diagnósticos o condiciones clínicas diferentes. Las comorbilidades más prevalentes fueron la hipertensión arterial sistémica (82,61 %) seguida de las neoplasias (79,71 %). En cuanto al desenlace, la mayoría de los pacientes ingresados fallecieron durante la hospitalización (71,54%). El tiempo entre el ingreso hospitalario y el ingreso a cuidados paliativos fue más corto entre los pacientes con cáncer. Se observó mayor estancia hospitalaria e ingreso a cuidados paliativos entre los pacientes con mayor inversión inicial por parte del equipo médico. Conclusión: Los cuidados paliativos todavía se ven erróneamente como cuidados al final de la vida. La evaluación detallada de los pacientes y el conocimiento de las características de los pacientes que deben ser derivados a cuidados paliativos ayudan en el desarrollo de estrategias para mejorar el servicio. El presente estudio busca contribuir a la modificación del perfil asistencial en cuidados paliativos al final de la vida.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; Cuidados paliativos de apoyo; Cuidado de confort.

## 1. Introdução

O Center to Advance Palliative Care (CAPC) define cuidados paliativos como: “Cuidados médicos especializados para pessoas com doenças graves, focados em fornecer aos pacientes alívio dos sintomas, dor e estresse de uma doença grave - qualquer que seja o diagnóstico”. Assim, o objetivo é melhorar a qualidade de vida para o paciente e sua família (Quest & Lamba, 2021). Estes, visam aliviar o sofrimento em todas as fases da doença e não precisam se limitar aos cuidados de fim de vida. Podem ser fornecidos juntamente com tratamentos curativos ou que prolongam a vida. De acordo com a abordagem orientada para a família, os cuidados paliativos também se estendem ao período de luto da família (Okon & Christensen, 2021).

O cenário dos cuidados paliativos e de fim de vida mudou substancialmente na última década devido a mudanças na demografia, tecnologias médicas e padrões de doenças, resultando em um grande número de pessoas que vivem com condições crônicas progressivas que exigem cuidados paliativos (OMS, 2020). A Medicina Hospício e Paliativa é agora reconhecida como uma subespecialidade médica pelo Conselho Americano de Especialidades Médicas (Meier & McCormick, 2021). No Brasil, apesar de existirem diversas legislações as quais reafirmam a importância da integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde, o número de instituições que realizam a abordagem ainda é pequeno (Urgate, et al., 2014).

Os serviços de medicina paliativa, incluindo o estabelecimento de metas alcançáveis centradas no paciente para cuidados médicos e gerenciamento agressivo de sintomas, devem ser oferecidos rotineiramente juntamente com tratamentos curativos e modificadores da doença para pacientes com doenças graves (Ferrell, et al., 2017). Sendo, os princípios primários de tal assistência: o gerenciamento de sintomas; o estabelecimento de metas de cuidados que estejam de acordo com os valores e preferências do paciente; a comunicação consistente e sustentada entre o paciente e todos os envolvidos em seus cuidados; o apoio psicossocial, espiritual e prático tanto aos pacientes quanto aos seus familiares ou profissionais e a coordenação entre os

locais de atendimento (Bruera, 2021). A realização desses cuidados pode ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde, desde comissões consultivas até mesmo centros especializados nesse tipo de abordagem (Costa, et al., 2021).

As decisões sobre tratamentos médicos estão se tornando cada vez mais complicadas, já que a taxa de sobrevivência não é mais vista como o único resultado do cuidado e os encargos e benefícios resultantes dos tratamentos estão sujeitos a interpretação, dando origem a preocupações crescentes sobre o que se entende por uma “boa morte” e como definir bons cuidados perto do final da vida (Leung & Chan, 2020).

Assim, o presente estudo objetivou caracterizar os pacientes atendidos pelo serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian de Campo Grande (MS) no período de janeiro de 2020 a agosto 2021 relembrando a importância do encaminhamento precoce a tais cuidados.

## 2. Metodologia

Para conduzir este estudo foram seguidas as normas éticas de acordo com a Declaração de Helsinque. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (número: 5.308.509/CAAE: 52439021.1.0000.0021). Também, foram recolhidos os termos de consentimento dos pacientes ou representantes legais.

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com base na revisão de prontuários de pacientes admitidos no serviço de cuidados paliativos internados no período de janeiro de 2020 a agosto de 2021 no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande, Brasil.

O estudo contou com uma amostra de 138 pacientes entre 4 meses e 95 anos com necessidade de cuidados paliativos. Foram excluídos pacientes com parecer desfavorável para cuidados paliativos. Dados demográficos, clínicos, bioquímicos, radiológicos e resultados foram coletados dos prontuários dos pacientes.

As variáveis categóricas foram sumarizadas por meio de frequências absolutas e relativas e as contínuas por meio de médias ou medianas acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), dependendo do tipo de distribuição que foi avaliado pelo teste de Shapiro-Wilk.

As médias foram comparadas entre variáveis categóricas com dois grupos pelo teste t para amostras independentes quando apresentaram distribuição paramétrica ou pelo teste de Mann-Whitney para amostras independentes quando apresentaram distribuição não paramétrica.

Para avaliar a existência de dependência entre as variáveis numéricas foi elaborada uma matriz de correlação utilizando o coeficiente segundo método de Spearman.

Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo software RStudio v. 1.4.1103 (Boston, Massachusetts, EUA) considerando nível de significância de 5% no teste bicaudal.

## 3. Resultados

O perfil clínico epidemiológico dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo está apresentado na Tabela 1. Foram avaliados 138 pacientes no período, com idade média igual a 65,89 anos (IC95% = 62,85- 68,93). Em média, os pacientes apresentaram 3 diagnósticos ou condições clínicas distintas (IC95%=2,79-3,42). Sendo as comorbidades mais prevalentes as neoplasias e hipertensão arterial sistêmica. Quanto aos dispositivos mais utilizados foram observados prevalência em sonda nasoenteral e sonda vesical de demora. No tangente desfecho, a maioria dos pacientes admitidos evoluiu para óbito, no entanto, antes tiveram iniciado seu atendimento de cuidados paliativos.

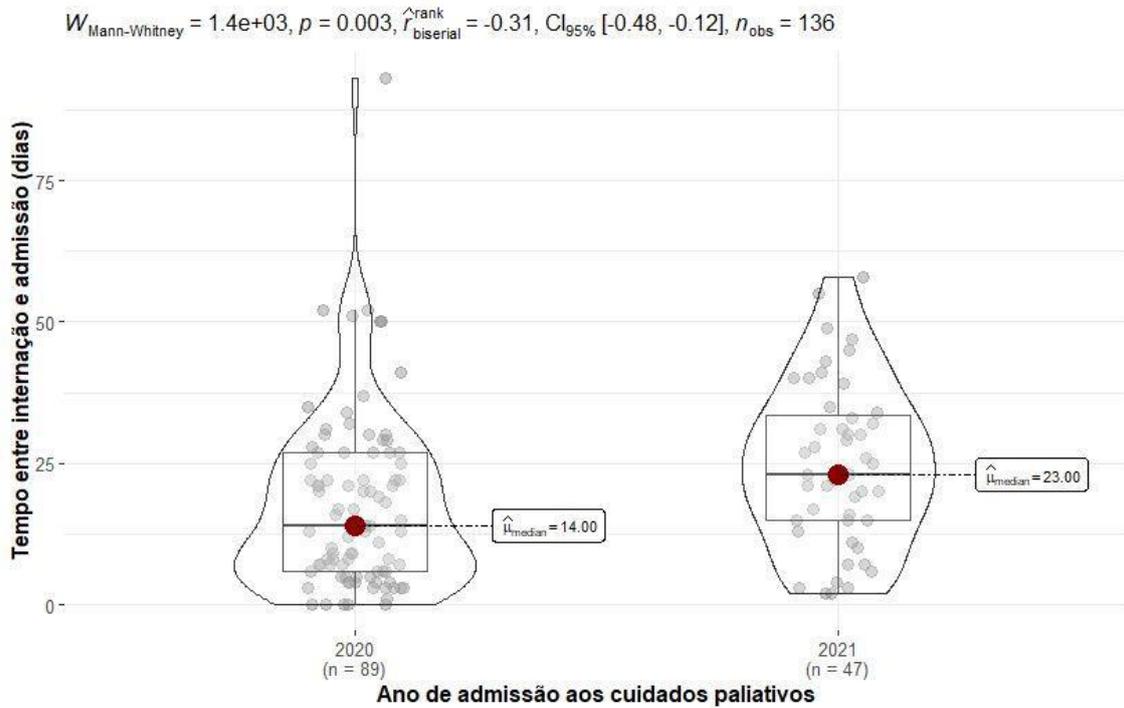
**Tabela 1** – Características dos pacientes admitidos aos cuidados paliativos no hospital X: 2020-2021.

Variáveis	N = 138 <sup>1</sup>
Ano de entrada no CP	
2020	89 (64.49%)
2021	49 (35.51%)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	
Não / Não informado	122 (88.41%)
Sim	16 (11.59%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Não / Não informado	114 (82.61%)
Sim	24 (17.39%)
Diabetes Mellitus	
Não / Não informado	121 (87.68%)
Sim	17 (12.32%)
Doença Renal Crônica	
Não / Não informado	124 (89.86%)
Sim	14 (10.14%)
Neoplasia	
Não / Não informado	110 (79.71%)
Sim	28 (20.29%)
Especialidade Médica	
Cardiologia	7 (5.07%)
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	3 (2.17%)
Cirurgia Geral	19 (13.77%)
Clínica Médica	35 (25.36%)
CTI	13 (9.42%)
Gastroenterologia	3 (2.17%)
Infectologia	28 (20.29%)
Não informado	2 (1.45%)
Nefrologia	2 (1.45%)
Neurologia	7 (5.07%)
Ortopedia	1 (0.72%)
PAM Covid	2 (1.45%)
Pediatria	1 (0.72%)
Pneumologia	12 (8.70%)
Reumatologia	2 (1.45%)
Urologia	1 (0.72%)
Intubação Orotraqueal	
Não	109 (78.99%)
Sim	29 (21.01%)
Sonda Vesical de Demora	
Não	92 (66.67%)
Sim	46 (33.33%)
Tipo de Sonda Nasal	
Enteral	59 (42.75%)
Gástrica	2 (1.45%)
Nenhuma / Não informado	77 (55.80%)
Tipo de Acesso Venoso	
Central	38 (27.54%)
Nenhum / Não informado	78 (56.52%)
Periférico	22 (15.94%)
Número de dispositivos utilizados	
Nenhum / Não Informado	53 (38.41%)
1-3	50 (36.23%)
4-6	35 (25.36%)
Evolução	
Alta	29 (22.31%)
Óbito	93 (71.54%)
Transferido	8 (6.15%)
Sem informação	8
Atendimento de cuidado paliativo	
Iniciado	130 (94.20%)
Não Iniciado	8 (5.80%)
Tempo da internação até admissão CP (dias)	20.07 (15.54)
Sem informação	2
Tempo da admissão CP até saída	8.36 (12.22)
Sem informação	15
PPS (%)	27.67 (15.92)
Sem informação	52

<sup>1</sup>n (%); Média (DP). Fonte: Autores.

Metade dos pacientes hospitalizados em 2020 foi admitido aos cuidados paliativos 14 dias após sua internação hospitalar, entretanto, metade dos pacientes hospitalizados em 2021 foi admitido aos cuidados paliativos com 23 dias de internação (Figura 1).

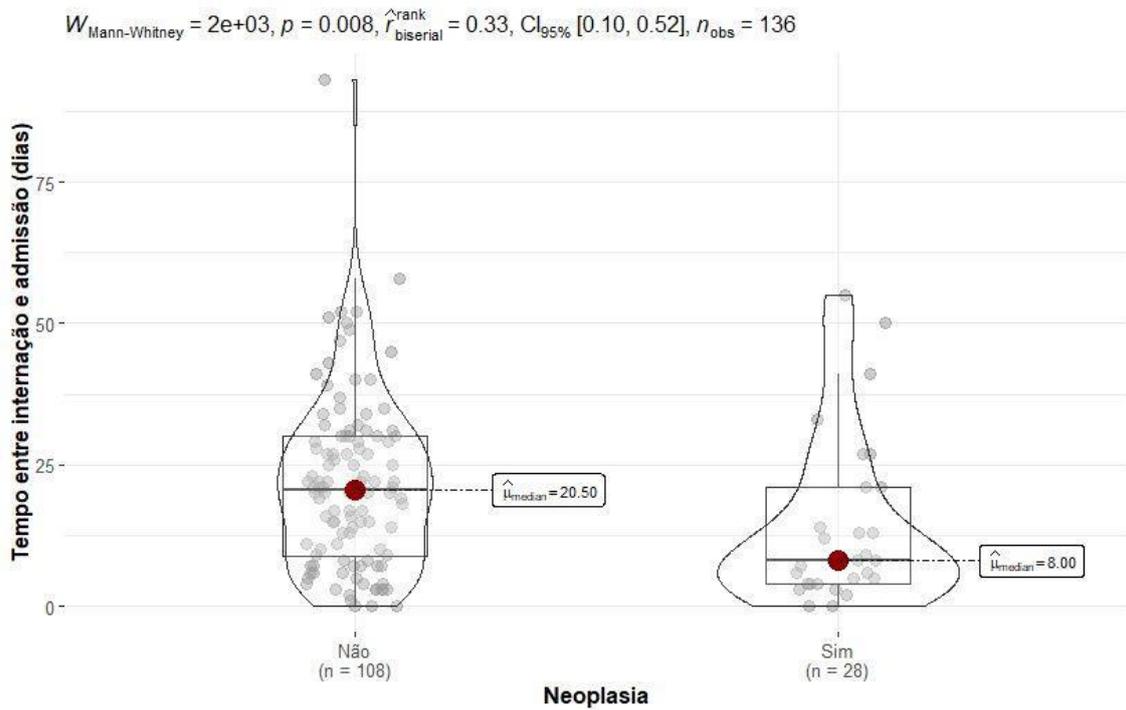
**Figura 1 -**



Fonte: Autores.

O tempo mediano entre a internação hospitalar e a admissão aos cuidados paliativos foi estatisticamente menor quando o paciente era portador de neoplasias (Figura 2).

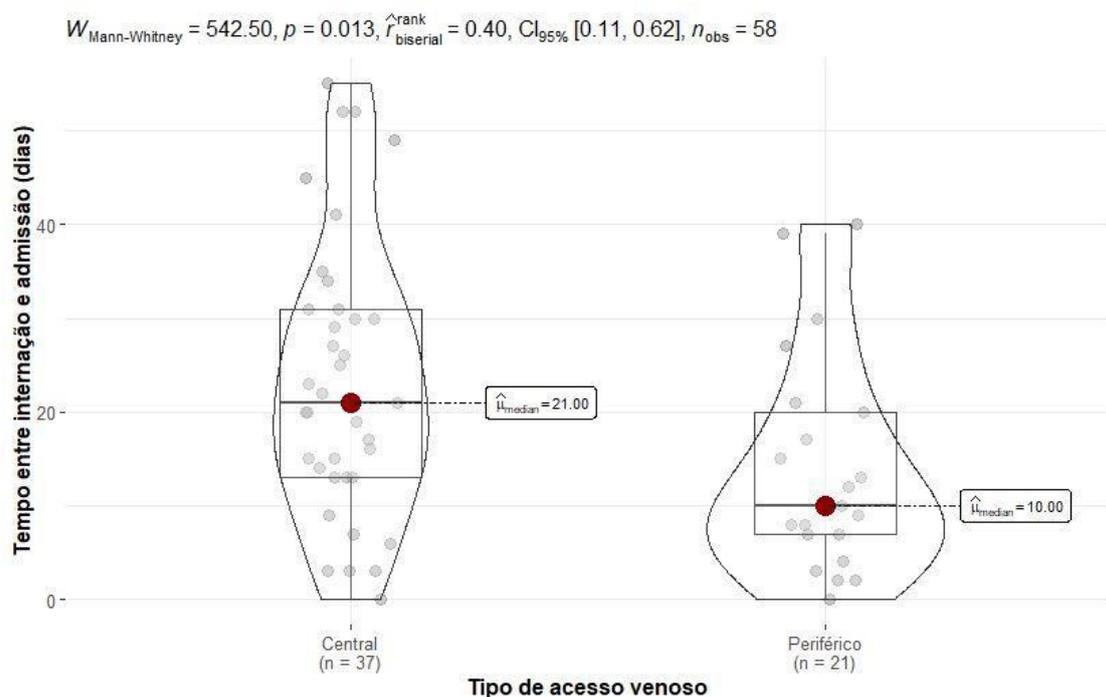
Figura 2 -



Fonte: Autores.

O tempo mediano entre a internação hospitalar e a admissão aos cuidados paliativos foi estatisticamente menor quando o paciente utilizou acesso venoso periférico (menores investimentos iniciais), quando comparado aos pacientes que utilizaram acesso venoso central (maiores investimentos iniciais da equipe médica), o que pode ter atrasado o reconhecimento da necessidade de cuidados paliativos aos pacientes (Figura 3).

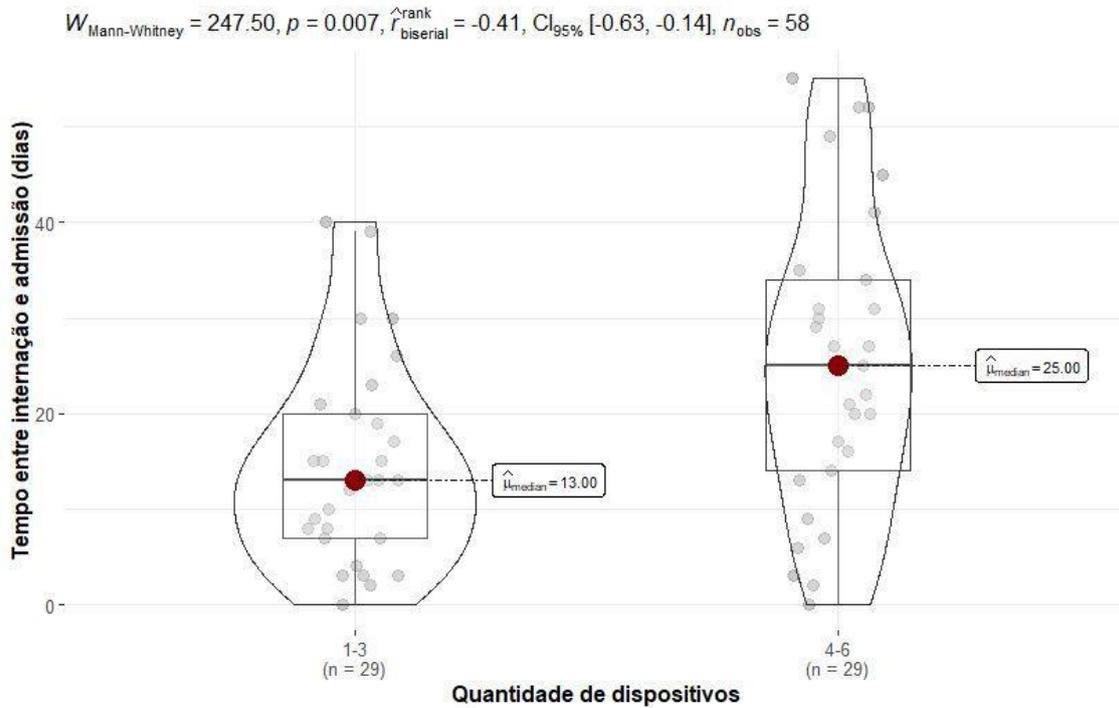
Figura 3 -



Fonte: Autores.

Metade dos pacientes com 1 a 3 dispositivos foram admitidos aos cuidados paliativos com 13 dias de internação hospitalar, entretanto, metade dos pacientes com 4 a 6 dispositivos foram admitidos aos cuidados paliativos com 25 dias de internação hospitalar (Figura 4).

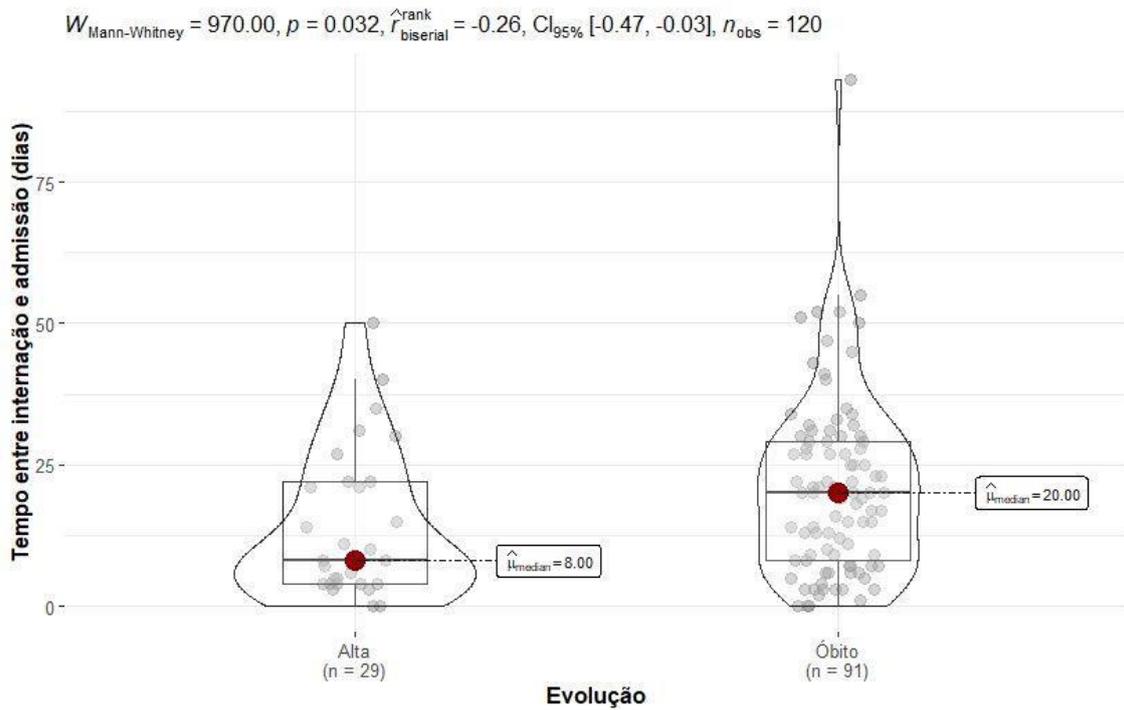
**Figura 4 -**



Fonte: Autores.

Metade dos pacientes que evoluíram com alta foram admitidos aos cuidados paliativos com 8 dias de internação hospitalar, entretanto, metade dos pacientes que evoluíram para óbito foram admitidos aos cuidados paliativos com 20 dias de internação hospitalar (Figura 5).

Figura 5 -

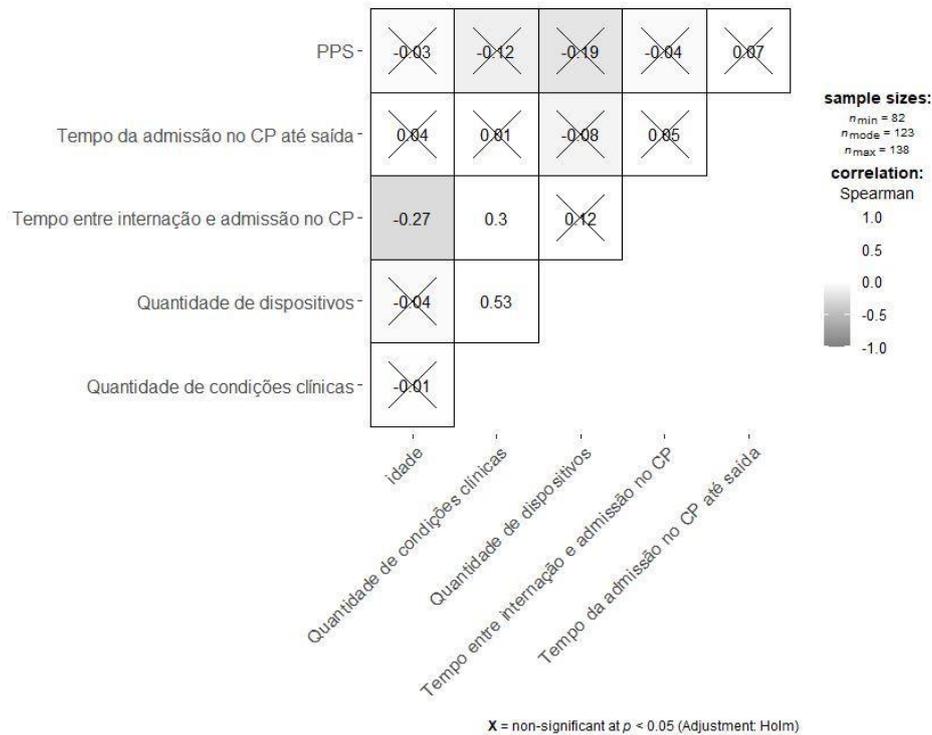


Fonte: Autores.

O tempo entre internação hospitalar e admissão aos cuidados paliativos foi estatisticamente semelhante para as seguintes variáveis: DPOC ( $p=0,47$ ), HAS ( $p=0,29$ ), DM ( $p=0,13$ ), pneumonia ( $p=0,88$ ), IOT ( $p=0,16$ ), SVD ( $p=0,57$ ) e tipo de sonda ( $p=0,06$ ).

Houve correlação estatisticamente significativa e negativa entre idade e o tempo entre a data de internação e a admissão aos cuidados paliativos, demonstrando que este foi menor em pacientes com idade mais avançada (Figura 6). Houve correlação estatisticamente significativa e positiva entre o número de diagnósticos/condições clínicas e o número de dispositivos utilizados, demonstrando que uma condição elevou a outra. Houve uma correlação fraca e positiva, porém, estatisticamente significativa, entre o número de diagnósticos/condição clínica e o tempo entre a data de internação e a admissão aos cuidados paliativos, ou seja, o elevado número de diagnósticos/condição retardou a admissão aos cuidados paliativos (Figura 6).

**Figura 6 -**



Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

Este estudo se propôs a avaliar o tempo de encaminhamento aos cuidados paliativos, comparar o índice de comorbidades entre os pacientes, o diagnóstico principal do paciente, o quão invadido foi esse paciente antes de ser encaminhado aos cuidados paliativos e qual o desfecho final do caso (óbito ou alta).

A hipótese consistia em uma prevalência de pacientes encaminhados tardiamente aos cuidados paliativos, devido a insistência dos outros setores em procedimentos de alta invasibilidade. Em contraponto ao preconizado pelos cuidados paliativos, que visam aliviar o sofrimento em todas as etapas da doença e aos cuidados de fim de vida (Braun, et al., 2016) (Ferrell, et al., 2017). Os achados do presente estudo corroboram com essa hipótese, sendo que na amostra desta pesquisa encontrou-se uma prevalência de alta nos pacientes que foram admitidos aos cuidados paliativos com 8 dias de internação, e quanto aos óbitos, metade dos pacientes que evoluíram para tal fim foram admitidos nos cuidados paliativos com 20 dias de internação hospitalar. Desde 2011, ensaios clínicos randomizados adicionais relataram que os cuidados paliativos melhoram desfechos como qualidade de vida (Wong, et al., 2016), carga de (Sidebottom, et al., 2015) e sobrevivência (Bekelman, et al., 2015). Como resultado, os cuidados paliativos foram incluídos na política e diretrizes internacionais (Fang, et al., 2015). Melhorar a qualidade de vida em doenças graves é uma prioridade internacional. Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida e reduzir o sofrimento para pacientes gravemente doentes e suas famílias (Morrison & Meier, 2004; Sedhom, et al., 2021; P Goddy, et al., 2018; Barroso-Sousa, et al., 2018). Entretanto o tempo entre a internação hospitalar e o encaminhamento aos cuidados paliativos foi significativamente menor quando o paciente era portador de neoplasias, estava em uso de acesso venoso periférico, estava em uso de poucos dispositivos (1 a 3) e possuía idade mais avançada.

O encaminhamento para cuidados paliativos em um estágio mais precoce de uma doença avançada, grave ou com risco de vida pode reduzir a carga de sintomas dos pacientes e preparar os cuidadores familiares para os últimos estágios da vida (Bruera, 2021; Townsend, 2018; Robinson, et al., 2016; Agar, et al., 2017). Em um estudo de pacientes com câncer de

pulmão metastático de células não pequenas, a consulta precoce de cuidados paliativos levou a melhorias modestas na qualidade de vida e humor, maior sobrevida mediana e menos quimioterapia intravenosa administrada dentro de 60 dias antes do óbito (Shedhom, et al., 2021; Beck, et al., 2012; Delgado-Guay, et al., 2015; Smith, et al., 2011; Epstein, et al., 2016). Com isso, considera-se que, o tratamento eficaz aliviará com sucesso, e pode até eliminar a maioria dos sintomas (dor, dispneia, náuseas/vômitos, fadiga, entre outros) que surgem em pacientes terminais (Costa, et al., 2021; Barroso-Sousa, et al., 2018; Peuckmann, et al., 2010).

Embora todos os pacientes incluídos apresentassem doença limitante da vida, houve grande variabilidade entre as amostras. Isso é consistente com o conceito de que os cuidados paliativos são apropriados em qualquer fase da doença limitante da vida, incluindo pacientes menos graves<sup>4</sup>. No entanto, os efeitos dos cuidados paliativos podem ser mais difíceis de demonstrar entre pessoas com menor carga de sintomas ou comprometimento da qualidade de vida.

## 5. Conclusão

Os dados apresentados neste estudo evidenciaram que os serviços de cuidados paliativos prestados no presente hospital ocorreram em pacientes debilitados, sendo caracterizados como cuidados de fim de vida. No entanto, tem-se observado que, no decorrer dos anos houve um aumento no número de desospitalização dos pacientes e encaminhamentos mais precoces aos cuidados paliativos. Tal situação vai de encontro com o preconizado pelo Institute of Medicine.

A avaliação detalhada e o conhecimento das características dos pacientes admitidos nos serviços de saúde auxiliam na elaboração de estratégias para a melhoria do serviço, assim como o aprendizado do objetivo e da prática dos cuidados paliativos na rede de atenção a saúde.

O presente estudo busca contribuir na modificação do perfil de assistência de cuidados paliativos de fim de vida, visando oferecer sapiência acerca da importância do cuidado conjunto da equipe de cuidados paliativos com outras equipes com o objetivo de aliviar o sofrimento enfrentado pelos pacientes e seus familiares em todo o processo de adoecimento.

## Referências

- Agar, M. R., Lawlor, P. G., Quinn, S., Draper, B., Caplan, G. A., Rowett, D., Sanderson, C., Hardy, J., Le, B., Eckermann, S., McCaffrey, N., Devilee, L., Fazekas, B., Hill, M., Currow, D. C. (2017). Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*;177(1):34-42.
- Barroso-Sousa, R., Barry, W. T., Garrido-Castro, A. C., Hodi, F. S., Min, L., Krop, I. E. & Tolaney, S. M. (2018). Incidence of Endocrine Dysfunction Following the Use of Different Immune Checkpoint Inhibitor Regimens: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol* ;4(2):173-182. 10.1001/jamaoncol.2017.3064.
- Beck, M., Wanchai, A., Stewart, B. R., Cormier, J. N. & Armer, J. M. (2012). Palliative care for cancer-related lymphedema: a systematic review. *J Palliat Med*; 15(7):821-7. 10.1089/jpm.2011.0494.
- Bekelman, D. B., Plomondon, M. E., Carey, E. P., Sullivan, M. D., Nelson, K. M., Hattler, B., McBryde, C. F., Lehmann, K. G., Gianola, K., Heidenreich, P. A. & Rumsfeld, J. S. (2015). Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*;175(5):725-32. 10.1001/jamainternmed.2015.0315.
- Braun, L. T., Grady, K. L., Kutner, J. S., et al. (2016). Palliative Care and Cardiovascular Disease and Stroke: A Policy Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*; 134:e 198.
- Bruera, E. (2021). Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care. *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care?search=palliative%20care&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care?search=palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2).
- Costa, J. C., Barbosa, A. M. & Zandonade, E. (2021). Caracterização dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário. *RBPS [Internet]*;22(2):18-2. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/27810>
- Delgado-Guay, M. O., Chisholm, G., Williams, J., Frisbee-Hume, S., Ferguson, A. O. & Bruera, E. (2016). Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliat Support Care*;14(4):341-8. 10.1017/S147895151500108X.
- Epstein, A. S., Prigerson, H. G., O'Reilly, E. M. & Maciejewski, P. K. (2016). Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*; 34(20):2398-403. 10.1200/JCO.2015.63.6696.

- Fang, J. C., Ewald, G. A., Allen, L. A., Butler, J., Westlake, C. C. A., Colvin-Adams, M., Dickinson, M. G., Levy, P., Stough, W. G., Sweitzer, N. K., Teerlink, J. R., Whellan, D. J., Albert, N. M., Krishnamani, R., Rich, M. W., Walsh, M. N., Bonnell, M. R., Carson, P. E., Chan, M. C., Dries, D. L., Hernandez, A. F., Hershberger, R. E., Katz, S. D., Moore, S., Rodgers, J. E., Rogers, J. G., Vest, A. R. & Givertz, M. M. Heart Failure Society of America Guidelines Committee. (2015). Advanced (stage D) heart failure: a statement from the Heart Failure Society of America Guidelines Committee. *J Card Fail*;21(6):519-34. 10.1016/j.cardfail.2015.04.013.
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Firms J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C. & Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. Jan;35(1):96-112. 10.1200/JCO.2016.70.1474.
- Leung, D. Y. P. & Chan, H. Y. L. (2020). Palliative and End-of-Life Care: More Work is Required. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 17(20):7429. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207429>
- Meier, D. & McCormick, E. (2021). Benefits, services, and models of subspecialty palliative care. *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care?search=palliative%20care&source=search\\_result&selectedTitle=8~150&usage\\_type=default&display\\_rank=8](https://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care?search=palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8)
- Morrison, R. S. & Meier, D. E. (2004). Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 350(25):2582-90. 10.1056/NEJMcp035232.
- Okon, T. & Christensen, A. (2021). Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=palliative%20care&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Palliative Care*.
- P Goddu, A., O'Connor, K. J., Lanzkron, S., Saheed, M. O., Saha, S., Peek, M. E., Haywood, C. J. & Beach, M. C. (2018). Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med*; 33(5):685-691. 10.1007/s11606-017-4289-2. Erratum in: *J Gen Intern Med*. 34(1):164.
- Peuckmann, V., Elsner, F., Krumm, N., Trottenberg, P. & Radbruch, L. (2010). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*; (11):CD006788. 10.1002/14651858.CD006788.pub2.
- Quest, T. & Lamba S. (2021). Palliative care for adults in the emergency department. *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-emergency-department?search=Palliative%20Performance%20Scale%20\(PPS\)&source=search\\_result&selectedTitle=6~21&usage\\_type=default&display\\_rank=6](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-emergency-department?search=Palliative%20Performance%20Scale%20(PPS)&source=search_result&selectedTitle=6~21&usage_type=default&display_rank=6).
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J. & Burney, S. (2016). A Review of the Construct of Demoralization: History, Definitions, and Future Directions for Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care*; 33(1):93-101. 10.1177/1049909114553461.
- Sedhom, R., MacNabb, L., Smith, T. J., Yabroff, K. R. (2021). How palliative care teams can mitigate financial toxicity in cancer care. *Support Care Cancer*; 29(11):6175-6177. 10.1007/s00520-021-06288-5.
- Sidebottom, A. C., Jorgenson, A., Richards, H., Kirven, J. & Sillah, A. (2015). Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med*;18(2):134-142.
- Smith, T. J., Dow, L. A., Virago, E. A., Khatcheressian, J., Matsuyama, R. & Lyckholm, L. J. (2011). A pilot trial of decision aids to give truthful prognostic and treatment information to chemotherapy patients with advanced cancer. *J Support Oncol*; 9(2):79-86. 10.1016/j.suponc.2010.12.005.
- Townsend, K. (2018). Demoralisation in palliative care. *Lancet Oncol*;19(2):168. 10.1016/S1470-2045(18)30020-2.
- Urgate, O., Rocha, P. & Paula, L. (2014). Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS. *Creative Commons License*. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114783>.
- Wong, F. K., Ng, A. Y., Lee, P. H., Lam, P. T., Ng, J. S., Ng, N. H. & Sham, M. M. (2016). Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart*; 15;102(14):1100-8. 10.1136/heartjnl-2015-308638.