



## Perfil clínico de pacientes encaminhados para acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos: revisão integrativa

*Clinical profile of patients referred for follow-up by the palliative care team: integrative review*

*Perfil clínico de los pacientes derivados para seguimiento por el equipo de cuidados paliativos: revisión integrativa*

### RESUMO

**Objetivos:** Identificar na literatura nacional e internacional quais as condições clínicas dos pacientes das diversas especialidades médicas encaminhados para a equipe de cuidados paliativos. **Métodos:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Embase, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Banco de Dados em Enfermagem. **Resultados:** Foram incluídos 15 artigos. Os pacientes foram caracterizados, em sua maioria, pelo diagnóstico de câncer, baixa capacidade funcional e alta ocorrência de sintomas, sendo a dor o de maior destaque, seguido da fadiga e dispneia. **Considerações finais:** Os pacientes são encaminhados para a equipe de cuidados paliativos tardiamente, com múltiplos sintomas e em cuidados de fim de vida.

**Descritores:** Cuidados paliativos; Medicina; Enfermagem; Encaminhamento e consulta; Sinais e sintomas.

### ABSTRACT

**Objectives:** To identify in the national and international literature the clinical conditions of patients from different medical specialties referred to the palliative care team. **Methods:** Integrative review carried out in the databases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Embase, Scopus, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Database in Nursing. **Results:** 15 articles were included. Most patients were characterized by the diagnosis of cancer, low functional capacity and high occurrence of symptoms, with pain being the most prominent symptom, followed by fatigue and dyspnea. **Final remarks:** Patients are referred to the Palliative Care team late, with multiple symptoms and in end-of-life care.

**Descriptors:** Palliative care; Medicine; Nursing; Referral and consultation; Signs and symptoms.

### RESUMEN

**Objetivos:** Identificar en la literatura nacional e internacional las condiciones clínicas de los pacientes de diferentes especialidades médicas derivados al equipo de cuidados paliativos. **Métodos:** Revisión integrativa realizada en las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Embase, Scopus, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences y Database in Nursing. **Resultados:** se incluyeron 15 artículos. La mayoría de los pacientes se caracterizaron por el diagnóstico de cáncer, baja capacidad funcional y alta ocurrencia de síntomas, siendo el dolor el síntoma más destacado, seguido de fatiga y disnea. **Consideraciones finales:** Los pacientes son remitidos al equipo de cuidados paliativos de forma tardía, con plurisintomatología y en cuidados al final de la vida.

**Descriptorios:** Cuidados paliativos; Medicina; Enfermería; Derivación y Consulta; Signos y síntomas.

**Emily Mills<sup>1</sup>**

 0000-0002-3324-3194

**Paolla Algarte Fernandes<sup>1</sup>**

 0000-0001-8583-4140

**Suellen Rodrigues de Oliveira Maier<sup>1</sup>**

 0000-0002-4677-1674

**Ana Carolina de Souza<sup>1</sup>**

 0000-0003-4126-4224

**Jéssica Caroline Villar<sup>1</sup>**

 0000-0002-3467-4658

**Ludimila Domingues Barbosa<sup>1</sup>**

 0000-0002-4586-8853

**Tauana Fernandes Vasconcelos<sup>1</sup>**

 0000-0002-3781-8012

**Carina Aparecida Marosti Dessote<sup>1</sup>**

 0000-0002-5521-8416

**Juliana Dias Reis Pessalacia<sup>2</sup>**

 0000-0003-0468-2283

**Fabiana Bolela<sup>1</sup>**

 0000-0003-1199-6205

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil

**Autor correspondente:**

Fabiana Bolela  
fbolela@usp.br

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos referem-se a uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, tendo por objetivo prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais<sup>(1)</sup>.

Estudos indicam que o encaminhamento de pacientes aos serviços de cuidados paliativos imediatamente após o diagnóstico de câncer pode propiciar melhor prognóstico da doença, pois observa-se uma melhor sobrevida, melhoria da qualidade de vida, diminuição da carga de sintomas e maior satisfação do paciente<sup>(2-4)</sup>. Além disso, sabe-se que nos últimos seis meses de vida os gastos com internação para pacientes que receberam cuidados paliativos precoces foram menores, em comparação àqueles que os receberam tardiamente<sup>(5)</sup>.

O oferecimento de cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença previne e alivia os sofrimentos físicos, psicológicos, espirituais e sociais em todos os momentos clínicos, garantindo maior efetividade do tratamento<sup>(2,3)</sup>.

Entretanto estima-se que o cuidado paliativo tem sido indicado em momento clínico tardio, deixando de oferecer ao paciente e sua família todo o conforto e assistência às suas necessidades durante o enfrentamento da

doença que ameaça a vida. Assim, este estudo teve por objetivo identificar na literatura nacional e internacional quais as condições clínicas dos pacientes das diversas especialidades médicas encaminhados para a equipe de cuidados paliativos.

## MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, desenvolvida em seis etapas: definição da pergunta de pesquisa; busca e seleção dos estudos primários; extração dos dados; avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa; síntese dos resultados; apresentação da revisão<sup>(6,7)</sup>.

Com o intuito de localizar as melhores evidências disponíveis em cada base de dados, foi utilizada a estratégia "PICO", descrita como: "P" Paciente/População (pacientes das diversas especialidades médicas), "I" Intervenção (condições clínicas), "C" Comparação (não se aplica) e "O" (Outcome) Resultados/desfechos (encaminhamento para a equipe de cuidados paliativos).

Assim, a questão norteadora foi definida: quais as condições clínicas dos pacientes das diversas especialidades médicas encaminhados para a equipe de cuidados paliativos?

Em fevereiro de 2021, foi realizada a busca e seleção dos estudos, utilizando-se descritores controlados e não controlados, de acordo com as equações nas respectivas bases de dados, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1** – Estratégias de busca dos estudos primários utilizadas conforme as bases de dados selecionadas

Fontes de informação	Estratégia de buscas	Número de registros identificados
LILACS e BDEFN via BVS	("Estado Funcional" OR "Sinais e sintomas") AND ("Doença Crônica" OR "Múltiplas Afecções Crônicas") AND ("Cuidado Paliativo") AND (db:(LILACS OR IBECs))	4
MEDLINE via PubMed	((("Functional Status"[MeSH Terms] OR "Signs and symptoms"[MeSH Terms]) AND "Chronic disease"[MeSH Terms]) OR "Multiple Chronic Conditions"[MeSH Terms]) AND "Palliative Care"[MeSH Terms]	1366
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("Functional Status") OR TITLE-ABS-KEY ("Signs and symptoms") AND TITLE-ABS-KEY ("Chronic disease") OR TITLE-ABS-KEY ("Multiple Chronic Conditions") AND TITLE-ABS-KEY ("Palliative Care")	1231
Embase	('functional status'/exp OR 'functional status' OR 'signs and symptoms'/exp OR 'signs and symptoms') AND ('chronic disease'/exp OR 'chronic disease' OR 'multiple chronic conditions'/exp OR 'multiple chronic conditions') AND ('palliative care'/exp OR 'palliative care') AND [embase]/lim	441
Cinahl	("Estado Funcional" OR "Sinais e sintomas") AND ("Doença Crônica" OR "Múltiplas Afecções Crônicas") AND ("Cuidado Paliativo")	976

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os critérios de inclusão delimitados foram: artigos primários publicados nas áreas de Medicina e Enfermagem, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem delimitação do período de publicação, e que retratam as condições clínicas de pacientes das diversas especialidades médicas encaminhados para primeira consulta com equipe de cuidados paliativos. Os critérios de exclusão foram: estudos secundários, que apresentassem duplicidade de publicação nas bases de dados selecionadas, relatos de casos clínicos, editoriais, não disponibilidade do resumo e/ou do artigo na íntegra e que não fossem da área da saúde humana.

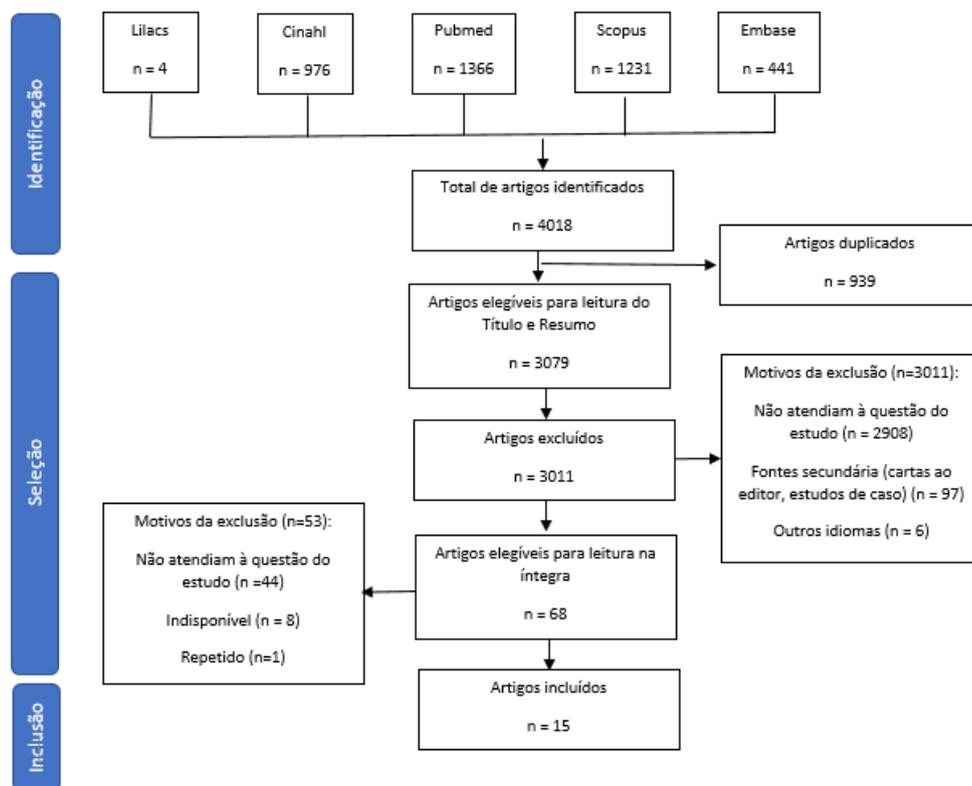
A seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois pesquisadores, por meio do aplicativo de seleção Rayyan, programa de revisão gratuito da web (Rayyan Qatar Computing Research Institute, versão única)<sup>(6)</sup>. No caso

de divergências na inclusão dos estudos, um terceiro pesquisador foi acionado para consenso final. Assim, duas fases compõem o processo de seleção, de forma que, na primeira fase, a seleção foi realizada pela leitura do título e do resumo e, na segunda fase, pela leitura na íntegra do artigo. Ao final de cada fase, o consenso entre os pesquisadores foi implementado.

Para a extração de dados dos estudos incluídos na revisão integrativa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados adaptado do original<sup>(9)</sup>.

Como estratégia para garantir precisão na condução e relato desta revisão integrativa, as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) foram utilizadas<sup>(10)</sup>. Ao todo, 15 artigos foram incluídos na revisão, conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma do processo de seleção, elaborado a partir das recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses\*, 2021



\*PRISMA

Fonte: Elaborada pelas autoras.

## RESULTADOS

zada e apresentados no Quadro 2.

Os resultados encontrados em cada artigo foram descritos de forma sinteti-

**Quadro 2** – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

Artigo	Título	País/Ano	Condições clínicas da primeira visita à equipe especializada em cuidados paliativos
A1	Assessment of pain and Other Symptoms in Mexican Patients With Advanced Illness <sup>(11)</sup>	México 2014	Idade média de 60,7 anos. Em que 71% reportaram dor com severidade média de 3,6 avaliada pela EVA*. Outros sintomas em destaque: prisão de ventre, dispneia, sonolência, fraqueza, náusea, depressão, ansiedade e anorexia.
A2	Age, cancer site and gender associations with symptoms and problems in specialised palliative care: a large, nationwide, register-based study <sup>(12)</sup>	Dinamarca 2019	Idade média de 69,3 anos. Altos níveis de vários sintomas, má função física e qualidade de vida ruim. Os maiores escores foram para fadiga, perda de apetite e dor; outros sintomas: constipação, náusea, dispneia e sonolência.
A3	Dolor oncológico en una unidad de cuidados paliativos <sup>(13)</sup>	Espanha 2009	Idade média de 70,7 anos. O serviço de procedência majoritário foi Oncologia. A queixa prioritária foi dor, seguida de astenia, boca seca, anorexia, mal-estar e depressão. Sobrevivência média de 60,8 dias.
A4	Diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una unidad de cuidados paliativos de reciente creación en un hospital de tercer nivel en la Comunidad Valenciana <sup>(14)</sup>	Espanha 2018	Idade média de 83 anos, a maioria (55,3%) foi classificada como pacientes não oncológicos, polipatológicos com progressão irreversível de suas comorbidades, com doença crônica avançada de órgãos, em estágio terminal e idosos em fase final de vida. Sintomas em pacientes paliativos não oncológicos: dispneia; em pacientes paliativos oncológicos: dor, náusea e vômito. Sendo que 46% dos pacientes apresentaram mais de dois sintomas limitantes.

## Perfil clínico de pacientes encaminhados para acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos: revisão integrativa

A5	Evaluation of symptoms in oncological patients admitted to an exclusive palliative care unit <sup>(15)</sup>	Brasil 2020	Limitação funcional importante, grande extensão da doença.
A6	Longer duration of Palliative Care in patients with COPD is associated with death outside the hospital <sup>(16)</sup>	Estados Unidos 2019	Apenas 0,5% a 2% dos pacientes vivos receberam cuidados paliativos, aumentados abruptamente na morte (6%).
A7	Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care <sup>(17)</sup>	Dinamarca 2004	Idade média de 62,8 anos. A maioria (82,2%) apresentava dor.
A8	Palliative care needs and symptom patterns of hospitalized elders referred for consultation <sup>(18)</sup>	Estados Unidos 2011	Idade média de 66,2 anos. Os sintomas relatados foram: dor, dispneia, ansiedade, náusea, anorexia e depressão.
A9	Patient-reported symptoms and problems at admission to specialized palliative care improved survival prediction in 30,969 cancer patients: A nationwide register-based study <sup>(19)</sup>	Dinamarca 2020	Idade média foi de 68,9 anos. A média e mediana de tempo de sobrevivência era de 181 e 67 dias, respectivamente.
A10	Pediatric Palliative Care, Costa Rica's experience <sup>(20)</sup>	Costa Rica 2010	A maioria (73%) tinha entre 1 e 12 anos de idade. Tumor maligno foi o diagnóstico principal no momento da admissão (22%). A dor foi o sintoma mais frequente e a dispneia também foi comum.
A11	Predictors of response to palliative care intervention for chronic nausea in advanced cancer outpatients <sup>(21)</sup>	Estados Unidos 2013	Idade média de 59 anos, sendo que 11% tinham metástase cerebral. Parte dos pacientes (25%) apresentou náusea crônica moderada a severa e metade apresentou constipação.
A12	Referral patterns of non-malignant patients to an Irish specialist palliative medicine service: a retrospective review <sup>(22)</sup>	Irlanda 2013	Idade média de 76,6 anos, sendo que 22% eram pacientes com doenças não malignas. Destes, 31,5% tinham diagnóstico de pneumonia ou exacerbação de doença obstrutiva crônica das vias aéreas. A maior parte (60%) dos encaminhamentos objetivavam cuidados de fim de vida, seguido de controle de sintomas (25%). Principais sintomas: dispneia, dor, agitação e secreções respiratórias. Dos pacientes, 78,5% morreram, entre eles 12,5% no dia do encaminhamento para a equipe de cuidados paliativos e 40% entre 1 e 2 dias depois. E 12% dos pacientes estavam ativamente morrendo no momento do encaminhamento.
A13	The Kidney Supportive Care programme: characteristics of patients referred to a new model of care <sup>(23)</sup>	Austrália 2018	Idade média de 74 anos. Foram encaminhados para a equipe no primeiro ano após o diagnóstico. O principal motivo do encaminhamento foi gerenciamento de sintomas (37%). O número médio de sintomas reportados por paciente foi de dez, de severidade moderada. Principais sintomas: fadiga, dor, mobilidade pobre e tontura.
A14	Usefulness of the Palliative Prognostic Index (PPI) in cancer patients <sup>(24)</sup>	México 2013	Os principais sintomas apresentados foram: alterações na ingestão, edema, dispneia em repouso e delírio. Foi observada capacidade funcional severamente comprometida.
A15	Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool <sup>(25)</sup>	Inglaterra 2008	Idade média de 82 anos. Os sintomas mais prevalentes foram: fraqueza e mobilidade deficiente, além de falta de apetite, dor, prurido, e dispneia.

\*Escala Visual Analógica

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em relação ao ano de publicação, observou-se aumento progressivo ao longo dos anos, sendo seis (40%) publicados entre 2018 e 2020. Houve predomínio de estudos da área de Medicina (14; 93,3%), em contraste com apenas um da Enfermagem.

A maioria (93,3%) dos estudos incluiu em sua amostra a população adulta (maior de 18 anos), sendo apenas um voltado à área da Pediatria. Nos resultados dos artigos, houve predomínio da população idosa.

O principal diagnóstico dos pacientes encaminhados para a primeira consulta com a equipe de cuidados paliativos foi o câncer. Dos 15 estudos, sete (46,6%) se voltaram, exclusivamente, à pesquisa com pacientes oncológicos, sendo que o artigo A3 indica a Oncologia como serviço de procedência majoritário (67% dos casos), sendo 78% com metástase. Outros dois estudos envolveram somente pacientes com doença renal (A13 e A15) e um envolveu somente pacientes com doença pulmonar (A6).

Os pacientes apresentaram alta ocorrência de sintomas e problemas, tais como: fadiga, dispneia, náusea, inapetência, constipação, anorexia, insônia, mobilidade deficiente, baixa funcionalidade, ansiedade e depressão, frequentemente relatados como moderados a graves e limitantes/incapacitantes. Os artigos A13 e A15 indicam número médio de sintomas de 10 e 6,4, respectivamente, e o artigo A4 indica que 46% dos pacientes encaminhados para primeira visita apresentaram mais de dois sintomas limitantes.

A dor foi um sintoma de destaque entre todas as especialidades médicas, citada como queixa principal em A3, A7,

A10, com escores de médios a elevados, e presente principalmente em pacientes com câncer, se comparados aos não oncológicos, como é indicado pelo A4.

Os estudos indicam baixa capacidade funcional dos pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos, medida por meio de diferentes escalas: Palliative Performance Scale (PPS) e Karnofsky Performance Status (KPS). Os artigos A5 e A8 indicam valores médios do PPS de 35,67% e de 30% a 40%, respectivamente; o artigo A7 indica KPS médio de 46,4%.

Os motivos para encaminhamento à equipe de cuidados paliativos são mencionadas pelo artigo A12, em que 60% dos pacientes são encaminhados para cuidados de fim de vida e 25% para controle de sintomas, e pelo artigo A13, em que 37% dos pacientes foram encaminhados para gerenciamento de sintomas.

O encaminhamento tardio é evidenciado pelo artigo A12, o qual aponta que entre os 78,5% dos pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos, com doença não maligna e que morreram, 12,5% morreram no dia do encaminhamento; 40%, entre 1 e 2 dias depois, e 12% estavam ativamente morrendo no momento do encaminhamento. O mesmo artigo também indica que o tempo médio entre a admissão no hospital sede do estudo e a referência para a equipe de cuidados paliativos foi de 24,9 dias. Os artigos A3 e A9 indicam sobrevivência média depois do encaminhamento de 60,8 dias e 181 dias, respectivamente. O artigo A13 indica Palliative Prognostic Index (PPI) maior que quatro em 55% dos pacientes e maior que seis em 35% dos pacientes.

O artigo A6 indica encaminhamento

de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) somente quando há extensão de enfisema, independentemente da carga ou tempo da doença, revelando a subutilização do serviço e encaminhamento tardio, que é justificado pelo desconhecimento da equipe de profissionais sobre os indicadores da necessidade de início dos cuidados paliativos.

Apenas uma pesquisa (A13) teve como sede de estudo uma instituição em que a equipe de cuidados paliativos era integrada à equipe de cuidados especializados em Nefrologia. Nesse estudo os pacientes foram encaminhados para a equipe de cuidados paliativos no primeiro ano após o diagnóstico de doença renal crônica.

## DISCUSSÃO

É importante salientar que não é necessário um diagnóstico médico definido para a indicação de cuidados paliativos, basta haver a identificação de ameaça à vida por qualquer condição ou complicação não reversível, somada ao olhar multidimensional do profissional da saúde, mediante avaliação de necessidades percebidas, parâmetros de gravidade e progressão, síndromes geriátricas, aspectos emocionais, comorbidades e uso de recursos<sup>(26)</sup>.

A presente revisão integrativa identificou o predomínio do diagnóstico de câncer em detrimento de outras condições de saúde entre os pacientes encaminhados para primeira visita com a equipe de cuidados paliativos, resultado que corrobora os achados de um estudo de coorte<sup>(27)</sup>. Esse resultado atesta a trajetória histórica dos cuidados paliativos, definidos inicialmente, em 1990, pela Organiza-

ção Mundial da Saúde como a assistência integral voltada a pacientes com câncer, principalmente aqueles em fase final de vida, conceito revisto e ampliado somente em 2002, quando englobou pacientes acometidos por outras doenças que também ameaçam a continuidade da vida e causam importante sofrimento<sup>(28)</sup>.

Como consequência, observa-se uma abordagem dos cuidados paliativos ainda restrita a pacientes com câncer, como é retratado nos resultados desta revisão integrativa, em que somente 10,1% dos pacientes não oncológicos estavam recebendo assistência paliativa no momento do encaminhamento para a equipe de cuidados paliativos, contra 48,4% pacientes oncológicos, deixando de oferecer o alívio do sofrimento a pacientes com outras condições de saúde além do câncer.

Existem outras doenças ou condições crônicas avançadas que têm indicadores específicos que apontam para o benefício da abordagem paliativa de maneira precoce, por exemplo: doença pulmonar crônica, doença cardíaca crônica, demência, fragilidade e doença neurológica degenerativa ou não (esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla e Parkinson)<sup>(26)</sup>. No entanto, o desconhecimento dos indicadores de necessidade de cuidados paliativos e o consequente encaminhamento equivocado, ausente ou tardio, são uma realidade presente e um desafio a ser superado<sup>(28)</sup>.

O atraso no encaminhamento à equipe de cuidados paliativos de pacientes com DPOC é exemplificado e justificado, sendo o principal indicador de encaminhamento a extensão do enfisema, condição que retrata doença já em fase

avançada e encaminhamento do tipo tardio<sup>(26)</sup>.

Essa iniquidade no encaminhamento dos pacientes com DPOC é explicada pelo curso imprevisível e desconhecido da doença, às exacerbações frequentes, à dificuldade de definir a fase terminal e o desconhecimento dos indicadores da necessidade dos cuidados paliativos<sup>(29)</sup>. Como consequência, são menos referenciados ou referenciados de forma tardia para cuidados paliativos, se comparados a pacientes com outras doenças crônicas progressivas<sup>(30)</sup>.

Neste estudo, a dor foi o sintoma de maior destaque entre as especialidades médicas; porém outros dois sintomas foram comuns em todas elas: a fadiga e a dispneia. Revisão sistemática da literatura<sup>(31)</sup> retrata e corrobora os achados, indicando que esses três sintomas são particularmente universais entre pacientes com câncer avançado, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença renal, sugerindo que os cuidados paliativos são relevantes para todas essas cinco condições, embora ainda haja subavaliação e subtratamento.

A dor, principal sintoma relatado pelos pacientes, pode ser agravada por problemas psicossociais e espirituais, aspectos que devem ser levados em consideração no momento do diagnóstico do benefício da abordagem paliativa, como apontado pelo instrumento Necessidades Paliativas (NECPAL)<sup>(26)</sup>, usado internacionalmente como indicador de encaminhamento para equipe de cuidados paliativos.

Considerando que em Oncologia a capacidade funcional está diretamente

relacionada ao prognóstico<sup>(32)</sup>, os estudos da revisão indicam o encaminhamento tardio à equipe de cuidados paliativos quando na primeira visita os pacientes mostraram capacidade funcional muito comprometida. O valor médio do KPS menor que 50% é associado à dependência grave, sobrevivida menor que oito semanas e necessidade de encaminhamento para equipe de cuidados paliativos<sup>(26)</sup>. Da mesma forma, os valores médios do PPS entre 30 e 40% indicam capacidade funcional baixa, em que o paciente está a maior parte do tempo acamado ou totalmente acamado, incapaz para a maioria ou qualquer atividade, com doença extensa e precisa de assistência quase completa ou completa<sup>(33)</sup>, e sobrevivência média entre cinco e 36 dias<sup>(34)</sup>.

O curto tempo de sobrevivência também é indicado nos resultados, em que houve predomínio de pacientes com PPI maior que quatro e seis, valores que indicam tempo de sobrevivência menor que seis e três semanas, respectivamente, após o encaminhamento para a equipe especializada<sup>(35)</sup>; também, pelo expressivo número de pacientes que morreram no momento do encaminhamento ou até dois dias subsequentes. Os achados evidenciam, mais uma vez, a subutilização dos serviços de cuidados paliativos, deixando de oferecer conforto e maior qualidade de vida aos pacientes e familiares de forma longitudinal, progressiva, e desde o diagnóstico de uma condição que ameaça a vida e gera importante sofrimento.

Observou-se neste estudo que 60% dos encaminhamentos foram realizados para cuidados de fim de vida, o que indica a subutilização do serviço de cuidados paliativos como abordagem preventiva do

sofrimento e que pode ser conciliada com o tratamento modificador da doença. Estudo descritivo e exploratório corrobora tal achado, indicando que os cuidados oferecidos pelo serviço de cuidados paliativos da instituição sede do estudo são relacionados ao fim de vida e os óbitos foram o principal desfecho, sendo os cuidados solicitados de forma tardia no curso da doença<sup>(36)</sup>. Outra pesquisa identificou que a equipe especializada em cuidados paliativos é mais frequentemente consultada por médicos oncologistas no final do curso da doença para sintomas não controlados<sup>(37)</sup>.

Como forma de sustentar o encaminhamento precoce para a equipe de cuidados paliativos, está a integração do serviço à especialidade médica, evidenciado por apenas um estudo que tem um programa especializado e integrado de cuidados paliativos e Nefrologia. Ensaio clínico randomizado mostra o efeito benéfico da integração precoce e sistematizada dos cuidados paliativos aos oncológicos na qualidade de vida de pacientes com câncer avançado, reforçando a necessidade de integração entre a equipe de cuidados específicos (modificadores da doença) e a equipe de cuidados paliativos<sup>(38)</sup>.

São diversas as razões pelas quais muitos dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos deixam de recebê-los ou os recebem de forma tardia no curso da doença: o desconhecimento ou descrença dos profissionais da saúde acerca da abordagem paliativa e seus princípios e indicações, a falha na previsão de prognóstico pelos médicos e o desconhecimento do sofrimento do paciente, as barreiras relacionadas ao paciente e à famí-

lia, como o conhecimento ineficaz de suas condições de saúde e prognóstico, tabus em torno dos cuidados paliativos e recusa pelos cuidados, e as barreiras sociais, como a falta de políticas públicas, barreiras da linguagem, etnia e acessibilidade<sup>(39,40)</sup>.

Evidencia-se a urgente necessidade de inserir a abordagem dos cuidados paliativos como disciplina obrigatória nos cursos de saúde, bem como a capacitação dos profissionais já formados, particularmente no que diz respeito aos critérios de indicação e o uso de instrumentos que auxiliam na identificação precoce dessa abordagem.

O presente estudo poderá contribuir para o avanço na área da saúde, uma vez que seus resultados poderão servir como um alerta aos profissionais quanto à urgência de mudanças estruturais no sistema que facilitem a identificação precoce das necessidades dos pacientes e a adoção de intervenções apropriadas, o que só poderá ocorrer com o encaminhamento oportuno dos pacientes das diversas especialidades à equipe de cuidados paliativos.

A presente revisão apresenta limitações, pois a maioria dos artigos elegíveis apresentavam dados oriundos de estudos retrospectivos, com coleta de dados em fonte secundária, o que pode ter fragilizado as análises devido à ausência de informações acerca da condição clínica. Outra limitação foi a possibilidade de aqueles pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos já muito sintomáticos e/ou com a capacidade funcional muito baixa e/ou nível de consciência rebaixado serem incapazes de fornecer as informações necessárias e, com isso,

excluídos dos estudos, o que compromete a qualidade da coleta de dados e a definição do perfil clínico desses pacientes, retratando um perfil não fidedigno com a realidade. Além disso, as estratégias de busca utilizadas e a limitação quanto ao idioma podem ter favorecido a exclusão de artigos elegíveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão revelaram, em sua maioria, que os pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos são idosos, com diagnóstico de câncer, com alta ocorrência de sintomas e baixa capacidade funcional. A dor, a fadiga e a dispnéia foram os mais frequentes, o que nos permitiu identificar a existência majoritária de encaminhamento tardio à equipe de cuidados paliativos.

A evidência do encaminhamento tardio poderá despertar o olhar para a necessidade de mudanças nesse cenário e formação de novas políticas públicas que sustentem os princípios dos cuidados paliativos, de maneira a oferecer a prevenção e alívio do sofrimento no percurso da doença e possibilitar que pacientes e famílias vivam da melhor e mais ativa forma até o fim da vida.

Fazem-se necessárias mais pesquisas que tracem o perfil clínico de pacientes encaminhados para primeira visita com equipe de cuidados paliativos, que explorem não só a dimensão física, mas também as psicossociais e espirituais dos pacientes. Ainda, são necessárias mais pesquisas na área da Pediatria.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Palliative Care [internet]. Genebra: Or-

ganização Mundial da Saúde. 2020 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

2. Hausner D, Tricou C, Mathews J, Wadhwa D, Pope A, Swami N, et al. Timing of Palliative Care Referral Before and After Evidence from Trials Supporting Early Palliative Care. *Oncologist* [internet]. 2021 Apr;26(4):332-40. DOI: 10.1002/onco.13625.

3. Brinkman-Stoppelenburg A, Vergouwe Y, Booms M, Hendriks MP, Peters LA, Quarles van Uford-Mannesse P, et al. The impact of palliative care team consultation on quality of life of patients with advanced cancer in Dutch hospitals: an observational study. *Oncol Res Treat*. 2020;43(9):405-13.

4. Boddaert MS, Stoppelenburg A, Hasselaar J, Van der Linden YM, Vissers KC, Raijmakers NJ, Brom L. Specialist palliative care teams and characteristics related to referral rate: a national cross-sectional survey among hospitals in the Netherlands. *BMC Palliat Care* [internet]. 2021;20(1):175. DOI: 10.1186/s12904-021-00875-3.

5. Sorensen A, Wentlandt K, Le LW, Swami N, Hannon B, Rodin G, et al. Practices and opinions of specialized palliative care physicians regarding early palliative care in oncology. *Support Care Cancer* [internet]. 2020;28(2):877-85. DOI: 10.1007/s00520-019-04876-0.

6. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2008;17(4):758-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104->

07072008000400018.

7. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs* [internet]. 2005;52(5):546-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

8. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Rev* [internet]. 2016 Dec 5;5:210. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

9. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latinoam. Enferm* [internet]. 2006;14(1):124-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100017>.

10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [internet]. 2021;372(71). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

11. Covarrubias-Gómez A, Hernández-Martínez EE, Ruiz-Ramírez S, Collada-Estrada ML. Assessment of pain and other symptoms in Mexican patients with advanced illness. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy* [internet]. 2014;28(4):394-8. DOI: <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.959235>.

12. Hansen MB, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Age, cancer site and gender associations with symptoms and problems in specialised palliative care: a large, nationwide, register-based study. *BMJ support palliat care* [internet]. 2022;12(e2):e201-e210. DOI: [10.1136/bmjspcare-2019-001880](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001880).

13. Güell E, Fariñas O, Ramos A, Solís

R, Pascual A. Dolor oncológico en una unidad de cuidados paliativos. *Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica* [internet]. 2009;24(1):21-27. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/13321668.pdf>.

14. Priego-Valladares M, García-Luengo PG, García-Navarro MM, Tello-Valero A, Joaquín Portilla-Sogorb J, Ramos-Rincón JM. Diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una unidad de cuidados paliativos de reciente creación en un hospital de tercer nivel en la Comunidad Valenciana (España). *Med. Paliat* [internet]. 2018;25(3):130-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.09.00>.

15. Neves KE, Muniz, TS, Reis KM. Avaliação de sintomas em pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos. *Cogitare Enferm* [internet]. 2020;25:e71660. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660>.

16. Kraskovsky V, Schneider J, Mador MJ, Provost KA. Longer duration of palliative care in patients with COPD is associated with death outside the hospital. *J. Palliat. Care* [internet]. 2019;37(2):125-33. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859719851486>.

17. Strömngren AS, Groenvold M, Petersen MA, Goldschmidt D, Pedersen L. Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care. *J. Pain Symptom Manage* [internet]. 2004;27(2):104-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.06.011>.

18. Olden AM, Holloway R, Ladwig S, Quill TE, van Wijngaarden E. Palliative care needs and symptom patterns of hospitalized elders referred for con-

sultation. J. pain symptom manage [internet]. 2011;42(3):410–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.12.005>.

19. Hansen MB, Nylandsted LR, Petersen MA, Adsersen M, Rojas-Concha L, Groenvold M. Patient-reported symptoms, and problems at admission to specialized palliative care improved survival prediction in 30,969 cancer patients: a nationwide register-based study. *Palliat med* [internet]. 2020;34(6):795–805. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320908488>.

20. Irola Moya JC, Garro Morales M. Pediatric palliative care, Costa Rica's experience. *Am. j. hosp. palliat. Care* [internet]. 2010;27(7):456–64. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909110361471>.

21. Rhondali W, Yennurajalingam S, Chisholm G, Ferrer J, Kim SH, Kang JH, et al. Predictors of response to palliative care intervention for chronic nausea in advanced cancer outpatients. *Support. care cancer* [internet]. 2013;21(9):2427–35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1805-8>.

22. Wallace EM, Tiernan E. Referral patterns of nonmalignant patients to an Irish specialist palliative medicine service. *Am. j. hosp. palliat. Care* [internet]. 2013;30(4):399–402. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909112453080>.

23. Purtell L, Sowa PM, Berquier I, Scuderi C, Douglas C, Taylor B, et al. The Kidney Supportive Care Programme: characteristics of patients referred to a new model of care. *BMJ support. palliat. Care* [internet]. 2018 4;bmjspcare–2018–001630. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001630>.

24. Trujillo Cariño AL, Allende Pérez

S, Verástegui Avilés E. Utilidad del índice pronóstico paliativo (PPI) en pacientes con cáncer. *Gac. mex. oncol.* [internet]. 2013 [cited 2022 Sep 12];12(4):234–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-utilidad-del-indice-pronostico-paliativo-X1665920113269811>.

25. Murphy EL, Murtagh FE, Carrey I, Sheerin NS. Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. *Nephron j.* [internet]. 2009;111(1):c74–80. DOI: <https://doi.org/10.1159/000183177>.

26. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ support palliat care* [internet]. 2013;3(3):300–8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>.

27. Quinn KL, Wegier P, Stukel TA, Huang A, Bell CM, Tanuseputro P. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA network open* [internet]. 2021;4(3):e210677. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0677>.

28. World Health Organization. *Cancer Control: Knowledge into Action – WHO Guide for Effective Programmes: Palliative Care* [internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/hand->

le/10665/44024/9241547345\_eng.pdf.

29. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WD, Higginson IJ. Palliative care, and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* [internet]. 2017;390(10098):988-1002. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32127-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32127-x).

30. Beernaert K, Cohen J, Deliens L, Devroey D, Vanthomme K, Pardon K, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: a population-based study. *Respir med* [internet]. 2013;107(11):1731-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.06.003>.

31. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and renal disease. *J. pain symptom manage* [internet]. 2006;31(1):58-69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>.

32. Lee S, Smith A. Survival estimates in advanced terminal cancer. *UpToDate* [internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/survi->

---

### Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Emily Mills, Fabiana Bolela

Obtenção de dados: EM, PAF, SFB

Análise e interpretação dos dados: EM, PAF, SROM, ACS, JCV, LDB, TFV, CAMD, JDRP, FB

Redação do manuscrito: EM, PAF, SROM, ACS, JCV, LDB, TFV, CAMD, JDRP, FB

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: EM, PAF, SROM, ACS, JCV, LDB, TFV, CAMD, JDRP, FB

### Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora-chefe

Juliano Teixeira Moraes – Editor científico

### Nota:

Não houve financiamento por agência de fomento. Artigo oriundo de monografia de conclusão de curso.

**Recebido em:** 01/08/2023

**Aprovado em:** 23/04/2024

### Como citar este artigo:

Mills E, Fernandes PA, Maier SRO, et al. Perfil clínico de pacientes encaminhados para acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos: revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2024;14:e5138. [Access\_\_\_\_\_]; Available in:\_\_\_\_\_. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v14i0.5138>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.