

Estado da publicação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Cuidados de fim de vida prestados a cardiopatas: necessidade de maior integração com equipes de Cuidados Paliativos. Série de casos e revisão da literatura

Bruna Cristofolini , Julee Quispe, Laura Tavares, Carolina Coviello, Brenda Lisboa, Daniel Dei Santi, Ricardo Tavares

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11026>

Submetido em: 2025-01-05

Postado em: 2025-01-13 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Artigo Original

Título: “Cuidados de fim de vida prestados a cardiopatas: necessidade de maior integração com equipes de Cuidados Paliativos. Série de casos e revisão da literatura.”

Title: “End-of-Life Care for Cardiac Patients: The Need for Greater Integration with Palliative Care Teams. Case Series and Literature Review.”

Título resumido: “Cuidados de fim de vida oferecidos por Cardiologistas”

Running title: “End-of-Life Care Provided by Cardiologists”

Autores: Bruna de Almeida Cristofolini¹, Julee Quispe², Laura Mestriner Tavares de Carvalho³, Carolina Corritori Coviello⁴, Brenda Katherin Correa Lisboa⁵, Daniel Battavini dei Santi⁶, Ricardo Tavares de Carvalho⁷

1. Bacharel em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0001-5472-2426>)
2. Bacharel em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0004-2713-9456>)
3. Médica Residente – Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0008-8961-555X>)
4. Médica Residente – Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7691-4488>)
5. Bacharel em Medicina – Universidade de Taubaté, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0005-8679-2647>)
6. Médico Paliativista – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0150-5361>)
7. Médico Coordenador do Núcleo Técnico Científico de Cuidados Paliativos HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Núcleo Técnico Científico de Cuidados Paliativos, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0841-2985>)

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse de nenhum dos autores.

Contribuições dos autores: BAC: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito, revisão final e crítica do manuscrito. JQ: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito, revisão final e crítica do manuscrito. LMTC: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito. CCC: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito. BKCL: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito. DBS: concepção do estudo, investigação, tabulação de resultados, metodologia. RTC: concepção do estudo, metodologia, orientação e supervisão, revisão final e crítica do manuscrito.

RESUMO

ANTECEDENTES

Existe alta demanda por Cuidados Paliativos (CP) em pacientes com doenças cardiovasculares. Profissionais de qualquer especialidade devem ser capazes de oferecer Cuidados Paliativos e buscar ajuda destes especialistas quando necessário.

OBJETIVO

Avaliar a percepção de Cardiologistas (C) sobre a necessidade de CP para seus pacientes, se isso motivou interconsulta com equipe de CP e quais cuidados eles ofereceram para os pacientes que faleceram durante a internação.

MÉTODOS

Foram avaliados os casos internados, em um dia, num centro quaternário de cardiologia, e selecionados os casos que morreram na internação. Destes, foram coletados dados demográficos, clínicos, de intervenções realizadas durante a internação e de decisões de limitação de suporte terapêutico (LST). Os C foram questionados sobre o risco de óbito na internação e a necessidade de CP de seus pacientes.

RESULTADOS

Os C reconheceram que 82,35% dos pacientes estavam em fase final de vida. Afirmaram que 75,53% precisavam de CP, mas solicitaram interconsulta com o Paliativista para apenas 16% destes. 41,18% dos pacientes receberam plano de limitação de suporte, 76,5% morreu em Unidades de Terapia Intensiva, e foi observado um número importante de intervenções.

CONCLUSÃO

Os Cardiologistas reconheceram a necessidade de Cuidados Paliativos para a maior parte dos pacientes, mas também discutiram LST para poucos e indicaram intervenções potencialmente inadequadas. Mesmo reconhecendo essa necessidade, não convocaram a equipe de CP.

Descritores: Cuidados Paliativos; Cardiologistas; Doenças Cardiovasculares; Encaminhamento e Consulta.

ABSTRACT

BACKGROUND

There is a high demand for Palliative Care (PC) in patients with cardiovascular diseases. Professionals from any specialty should be able to offer Palliative Care and seek help from these specialists when necessary.

OBJECTIVE

To assess cardiologists' (C) perception of the need for PC for their patients, whether this prompted a consultation with the PC team, and what care they provided for patients who died during hospitalization.

METHODS

Cases admitted in one day at a quaternary cardiology center were evaluated, selecting those that died during hospitalization. Demographic, clinical data, interventions carried out during hospitalization, and therapeutic support limitation (TSL) decisions were collected. Cardiologists were asked about the risk of death during hospitalization and the need for PC for their patients.

RESULTS

Cardiologists recognized that 82.35% of patients were in the terminal phase of life. They stated that 75.53% needed PC, but only requested a consultation with the palliative care specialist for 16% of these. 41.18% of patients received a TSL plan, 76.5% died in Intensive Care Units, and a significant number of interventions were observed.

CONCLUSION

Cardiologists acknowledged the need for Palliative Care for most patients, but discussed TSL for few and indicated potentially inadequate interventions. Even recognizing this need, they did not call upon the PC team.

Keywords: Palliative Care; Cardiologists; Cardiovascular Diseases; Referral and Consultation.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras à vida e sofrimento intenso relacionado à saúde, com foco em manejo de sintomas, alívio do sofrimento e planejamento de cuidados alinhados com as expectativas e valores do paciente e/ou sua família. Esses cuidados são oferecidos por uma equipe multiprofissional com ações integradas que variam de acordo com as necessidades dos pacientes nos diferentes momentos de evolução da doença^{1,2}.

Apesar de identificadas como o maior grupo de doenças que demandam CP no fim da vida³, as doenças cardiovasculares são pouco estudadas neste contexto. Há evidências de que cardiopatas morrem mais em Unidades de Terapia Intensiva do que pacientes com câncer⁴, por exemplo, recebendo cuidados de fim de vida de menor qualidade e mais intervenções.^{4,5}

Profissionais de qualquer especialidade devem ser capazes de oferecer cuidados paliativos básicos a seus pacientes e respectivas famílias^{6,7}, considerando o paliativista, profissional ainda escasso, para demandas técnicas, de comunicação e de mediação de conflitos mais complexas. Além disso, a fragmentação do cuidado entre diferentes especialistas pode enfraquecer a relação entre o paciente e a equipe assistente principal e reforçar a ideia de que o conhecimento em CP não é uma competência necessária⁷.

Pacientes com doenças cardíacas ameaçadoras à vida comumente recebem intervenções invasivas de alto risco na esperança de uma recuperação ou como ponte para tratamentos como transplante de órgão⁸. Assim, é fundamental que a equipe assistente esteja apta a gerenciar as expectativas dos pacientes e familiares em relação a essas intervenções. O planejamento destes cuidados e o alinhamento de expectativas entre o paciente, sua família e a equipe assistencial podem ter caráter desafiador e nem sempre trazem a percepção, pelo cardiologista, do benefício da intervenção conjunta com uma equipe de CP.

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção de cardiologistas sobre a necessidade de CP para seus pacientes, se isto motivou pedido de auxílio a esta equipe e investigar quais cuidados de fim de vida foram oferecidos aos pacientes que faleceram durante a internação.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional realizado de forma transversal, em que foram avaliados, em um dia, os registros eletrônicos dos pacientes internados em um serviço quaternário de cardiologia.

A partir dos registros destes pacientes avaliou-se, naqueles com evolução a óbito, os dados demográficos, clínicos, intervenções realizadas durante a internação (uso de antimicrobianos, drogas vasoativas, ventilação mecânica, sedação, hemodiálise, titulação de opioide e ressuscitação cardiopulmonar) e a presença de documentação sobre limitação de suporte terapêutico. Os cardiologistas também foram questionados, no dia da coleta de dados, sobre sua percepção quanto ao risco de óbito na internação (“Você estranharia se o paciente morresse nesta internação?”)^{9,10} e da necessidade de CP de seus pacientes.

Os critérios de inclusão para este estudo foram, além de estar internado, evoluir a óbito durante a internação e ter um médico cardiologista responsável identificado. A exclusão do estudo se deu quando da ausência de dados para a análise dos parâmetros de interesse ou pela não aceitação do cardiologista para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados descritos foram organizados em tabelas do software *Excel* e usados para análise estatística descritiva e elaboração de figuras e tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 12151319.5.0000.0068).

Os dados da pesquisa pertencem a um serviço público, portanto, precisaríamos de autorização da instituição para disponibilizá-los.

RESULTADOS

Estavam internados na instituição no dia da coleta 242 pacientes. Foram observados 34 casos de óbito (14,05% do total) durante a internação. Destes, a impressão subjetiva do cardiologista quanto a ocorrência do óbito foi correta em 82,35%. A mediana de idade destes casos foi de 62,5 anos (45-72). A mediana de tempo de internação foi de 44 dias (17-66). (Tabela 1)

Tabela 1: Características dos pacientes que evoluíram a óbito (n = 34)

	N	(%)
Sexo		
Feminino	14	41,18%
Masculino	20	58,82%
Doença de Base		
Miocardopatias*	12	35,29%
Doença arterial coronária	7	20,59%
Doença valvar	7	20,59%
Arritmia ou distúrbios de condução	2	5,88%
Outros	6	17,65%

Tipo de internação

Urgência	29	85,29%
Eletivo	5	14,71%

Motivo da internação

Clínico	22	64,71%
Cirúrgico	12	35,29%

*Miocardiopatias: chagásica, hipertrófica, alcoólica, dilatada, hipertensiva, isquêmica, periparto, viral, cardiopatias congênitas.

A maioria dos pacientes faleceu em unidade de terapia intensiva clínica ou cirúrgica (76,5%) ou pronto socorro (11,8%).

A percepção subjetiva do cardiologista a respeito da necessidade de CP e a realização de solicitação de interconsulta, em qualquer momento da internação, para os seus pacientes é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2: Percepção do Cardiologista sobre a necessidade de Cuidados Paliativos e número de solicitações de interconsulta (n = 34)

	Solicitação de Interconsulta		
	SIM	NÃO	Total
Necessidade de CP			
SIM	4	21	25
NÃO	1	8	9

Legenda: CP – cuidados paliativos.

Os cardiologistas consideraram que seus pacientes apresentavam necessidade de CP em 73,5% dos casos. Para estes, a solicitação de interconsulta foi efetivamente realizada para apenas 16%. Quando a percepção foi de que os pacientes não tinham necessidade de CP, ainda assim a solicitação ocorreu em 11%.

Com relação às intervenções realizadas (antimicrobianos, drogas vasoativas, ventilação mecânica, sedação, hemodiálise, opioide titulado e ressuscitação cardiopulmonar) a mediana foi de 4 intervenções para cada paciente. A maior parte recebeu ventilação mecânica (70,59%). Foram usados opioides em 17,65% dos pacientes.

O número de pacientes que receberam cada uma das intervenções é mostrado na Figura 1.

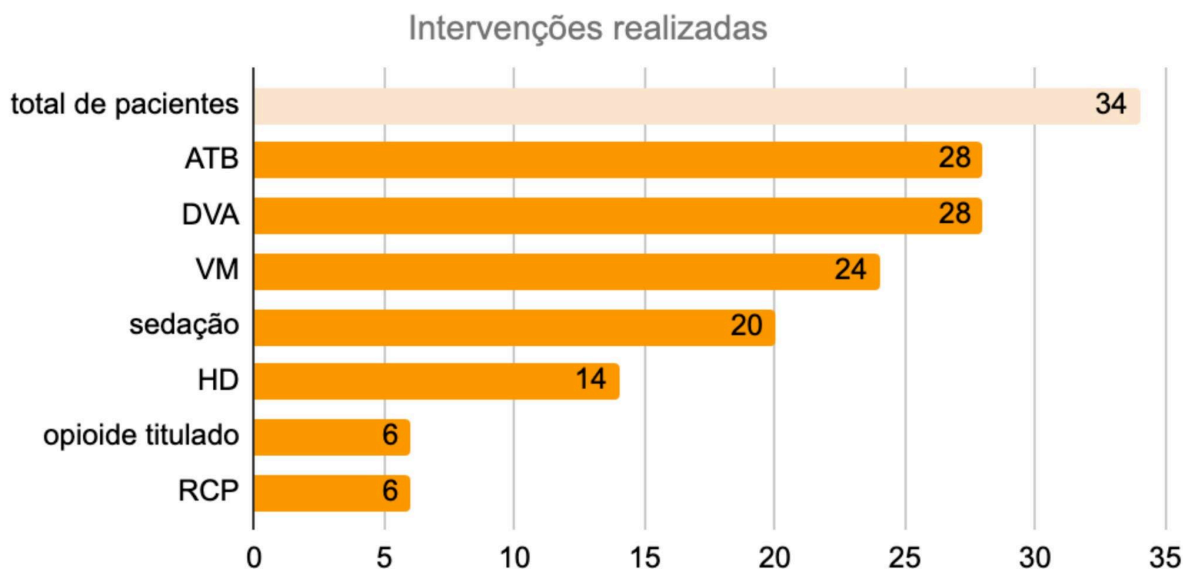


Figura 1: Intervenções realizadas nos pacientes que evoluíram a óbito (n = 34)

Legenda: ATB – antimicrobianos; DVA – drogas vasoativas; VM – ventilação mecânica; HD – hemodiálise; RCP – ressuscitação cardiopulmonar.

Foi indicada limitação de suporte terapêutico (LST), durante a evolução, em 14 pacientes (41,18%), envolvendo uma ou mais de quatro intervenções: ressuscitação cardiopulmonar, intubação orotraqueal, uso de drogas vasoativas ou hemodiálise.

A decisão pela não ressuscitação cardiopulmonar foi tomada em 13 casos sendo acatada em todos. A limitação para intubação orotraqueal, uso de drogas vasoativas e hemodiálise foi feita em 7, 6 e 4 casos, respectivamente. Destas, analisadas conjuntamente, 5 não foram acatadas (29,41%). Na análise por procedimento, as porcentagens de casos em que não se acatou estas decisões foram, respectivamente 14,3%, 33,3% e 50%.

Dentre os 14 pacientes que tinham limitação de suporte terapêutico, o cardiologista considerou que 13 (92,86%) tinham necessidade de Cuidados Paliativos. Apesar disso, solicitou interconsulta desta equipe para apenas 4 (28,57%).

DISCUSSÃO

Este estudo traz à tona a necessidade de maior integração e capacitação em CP para cardiologistas. Apesar de reconhecerem bem, mesmo que intuitivamente, a necessidade de CP no final da vida, acabam por solicitar pouco o seguimento conjunto destes especialistas, indicam procedimentos invasivos e discutem plano avançado de cuidados em parcela pequena dos casos na eminência do óbito.

A alta taxa de óbito encontrada neste estudo é superior àquela encontrada na literatura para o mesmo perfil de pacientes cardiopatas internados em unidades críticas^{5,11}. Além disso, num contexto relacionado à última internação da vida, o tempo correspondente à mediana de tempo de internação teria permitido uma discussão mais frequente sobre LST¹²⁻¹⁴ e o emprego de menos procedimentos neste contexto¹⁵.

Neste estudo, apesar da impressão subjetiva acertada (83,3%) de que os pacientes faleceriam durante a internação, concordante com a literatura¹⁶, e de que

somente 75,5% destes necessitavam de CP, o percentual em que efetivamente contactaram a equipe de CP foi de apenas 14,7%, concordante com outros estudos^{17,18}. Contribuem para isto barreiras como trajetória não linear das cardiopatias, a crença de que procedimentos invasivos e novas tecnologias podem mudar o curso de evolução da doença, relutância dos profissionais em falar sobre morte, dúvidas conceituais e falta de capacitação em CP, poucas pesquisas em CP nas doenças cardiovasculares, dentre outros^{8,19-22}. Entretanto, as sociedades de cardiologia americanas²³ e europeias²⁴⁻²⁶ já reconhecem e recomendam a importância da inclusão precoce dos CP para doenças cardiológicas, especialmente na insuficiência cardíaca.

A taxa de indicações de limitação de suporte (41,18%) e, especialmente, a taxa de RCP realizada (apenas 17,65%), demonstram certo esforço para palição na população deste estudo, porém ocorreram incongruências quando o plano estabelecido não foi seguido. É possível que as decisões de limitação de suporte tenham sido feitas após as intervenções, por refratariedade de medidas ou por maior conhecimento do caso, ou mesmo anteriormente, mas por insegurança dos profissionais com essa tomada de decisão^{27,28}.

Entretanto, quando o Cardiologista responde que 92,86% dos pacientes para os quais indicou limitação de suporte precisavam de CP, mas solicita interconsulta com esta especialidade para apenas 28,57%, entende-se que ele tomou conscientemente a decisão de paliar o paciente sozinho na maior parte dos casos, o que não foi apropriado^{15,20,24,25}.

Mesmo que tenha tomado certas decisões com um olhar paliativo, a visão geral aponta para outra direção. Houve uma alta taxa de pacientes que morreram em Unidades de Terapia Intensiva e uma importante prevalência de intervenções em uma população que estava em seus últimos dias de vida, concordantes com a literatura²⁹⁻³¹, afetando sua qualidade de vida³². Outra evidência disto foi a alta porcentagem de indicação de ventilação mecânica (70,59%), com um baixo uso de opioide titulado (17,65%), apesar de o principal manejo deste sintoma ser feito com o uso do último^{33,34}.

Frente ao exposto, pode-se dizer que os Cardiologistas deste serviço têm experiência com pacientes graves, reconhecem a necessidade de cuidados de fim de vida para a maior parte deles e acreditam que as decisões que tomam individualmente para este fim são suficientes, já que não buscam ajuda da equipe especializada. Entretanto, a realidade acaba por revelar um grande número de intervenções possivelmente inadequadas no contexto de proporcionalidade de cuidados.

Desse modo, é necessária uma maior articulação entre cardiologistas e equipe de cuidados paliativos para diminuir intervenções fúteis e alinhar expectativas da equipe e da família^{24,25}.

Também não foram coletadas informações sobre outras importantes medidas adequadas à uma boa prática de Cuidados Paliativos, como dados de manejo de sintomas, realização de diretivas antecipadas de vontade e avaliação da participação dos familiares para tomada de decisões compartilhadas.

CONCLUSÃO

Apesar de haver um reconhecimento da necessidade de CP pelos cardiologistas nesta série de casos, não houve uma integração com a equipe de CP que pudesse proporcionar maior coerência quanto à proporcionalidade das medidas

terapêuticas instituídas no final de vida e respeito aos planos terapêuticos previamente instituídos. Estudos mais robustos e prospectivos são necessários para entender melhor esta realidade. A capacitação dos cardiologistas em competências relacionadas aos CP devem passar a fazer parte da formação destes profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
2. Tatum PE, Mills SS. Hospice and Palliative Care: An Overview. *Med Clin North Am*. 2020 May;104(3):359-373. doi: 10.1016/j.mcna.2020.01.001.
3. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life; 2014 Jan. Available from: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
4. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, et al. Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. *JAMA Intern Med*. 2016 Aug 1;176(8):1095-102. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1200.
5. Jentzer JC, Reddy YN, Rosenbaum AN et al. Outcomes and Predictors of Mortality Among Cardiac Intensive Care Unit Patients With Heart Failure. *J Card Fail*. 2022 Jul;28(7):1088-1099. doi: 10.1016/j.cardfail.2022.02.015.
6. Sullivan MF, Kirkpatrick JN. Palliative cardiovascular care: The right patient at the right time. *Clin Cardiol*. 2020 Feb;43(2):205-212. doi: 10.1002/clc.23307.
7. Tandon P, Walling A, Patton H et al. AGA Clinical Practice Update on Palliative Care Management in Cirrhosis: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021 Apr;19(4):646-656.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2020.11.027.
8. Bernhardt AM, Copeland H, Deswal A et al. The International Society for Heart and Lung Transplantation/Heart Failure Society of America Guideline on Acute Mechanical Circulatory Support. *J Heart Lung Transplant*. 2023 Apr;42(4):e1-e64. doi: 10.1016/j.healun.2022.10.028.
9. Gonzalez-Jaramillo V, Arenas Ochoa LF, Saldarriaga C et al. The 'Surprise question' in heart failure: a prospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care*. 2024 Feb 21;14(1):68-75. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003143.
10. Ribeiro SCC, de Carvalho RT, Rocha JA et al. Criterion validity and inter-rater reliability of a palliative care screening tool for patients admitted to an emergency department intensive care unit. *Palliat Support Care*. 2018 Dec;16(6):685-691. doi: 10.1017/S1478951517001080.
11. Jentzer JC, van Diepen S, Murphree DH et al. Admission diagnosis and mortality risk prediction in a contemporary cardiac intensive care unit population. *Am Heart J*. 2020 Jun;224:57-64. doi: 10.1016/j.ahj.2020.02.018.
12. Lorusso R, Whitman G, Milojevic M et al. 2020 EACTS/ELSO/STS/AATS expert consensus on post-cardiotomy extracorporeal life support in adult patients. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2021 Apr;161(4):1287-1331. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.09.045.
13. Giabicani M, Le Terrier C, Poncet A et al; COVID-ICU study investigators. Limitation of life-sustaining therapies in critically ill patients with COVID-19: a descriptive epidemiological investigation from the COVID-ICU study. *Crit Care*. 2023 Mar 11;27(1):103. doi: 10.1186/s13054-023-04349-1.

14. Camhi SL, Mercado AF, Morrison RS et al. Deciding in the dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2009 Mar;37(3):919-25. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819613ce.
15. Grant JK, Vincent L, Ebner B et al. In-Hospital Utilization and Outcomes of Palliative Care Consultation in Patients With Advanced Heart Failure Complicated by Cardiogenic Shock Requiring Mechanical Circulatory Support. *Am J Cardiol*. 2021 Jun 1;148:94-101. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.02.024.
16. Alba AC, Buchan TA, Saha S et al. Predicting 1-Year Mortality in Outpatients With Heart Failure With Reduced Left Ventricular Ejection Fraction: Do Empiric Models Outperform Physician Intuitive Estimates? A Multicenter Cohort Study. *Circ Heart Fail*. 2023 Jul;16(7):e010312. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010312.
17. Bonares M, Le LW, Zimmermann C et al. Specialist Palliative Care Referral Practices Among Oncologists, Cardiologists, Respiriologists: A Comparison of National Survey Studies. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Jul;66(1):e1-e34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.01.014.
18. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022 May 3;79(17):e263-e421. doi: 10.1016/j.jacc.2021.12.012.
19. Cross SH, Kamal AH, Taylor DH Jr et al. Hospice Use Among Patients with Heart Failure. *Card Fail Rev*. 2019 May 24;5(2):93-98. doi: 10.15420/cfr.2019.2.2.
20. Barrett TA, MacEwan SR, Melnyk HL et al. The Role of Palliative Care in Heart Failure, Part 1: Referring Provider Perspectives About Opportunities in Advanced Cardiac Therapies. *J Palliat Med*. 2023 Dec;26(12):1671-1677. doi: 10.1089/jpm.2022.0595.
21. Slawnych M. Management of the Dying Cardiac Patient in the Last Days and Hours of Life. *Can J Cardiol*. 2020 Jul;36(7):1061-1067. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.085.
22. Ioshimoto T, Shitara DI, do Prado GF et al. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020 Oct 2;20(1):339. doi: 10.1186/s12909-020-02253-8.
23. Writing Committee Members; ACC/AHA Joint Committee Members. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Card Fail*. 2022 May;28(5):e1-e167. doi: 10.1016/j.cardfail.2022.02.010.
24. Hill L, Prager Geller T, Baruah R et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail*. 2020 Dec;22(12):2327-2339. doi: 10.1002/ejhf.1994.
25. Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC et al. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res*. 2020 Jan 1;116(1):12-27. doi: 10.1093/cvr/cvz200.
26. Kittleson MM, Panjath GS, Amancherla K et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set

- Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2023 May 9;81(18):1835-1878. doi: 10.1016/j.jacc.2023.03.393.
27. López-Ávila A, Rivas-Riveros E, Campillay-Campillay M. Do not resuscitate orders and limitation of therapeutic effort: Ethical challenges in healthcare teams in Chile. *Salud Colect*. 2024 Jun 5;20:e4821. English, Spanish. doi: 10.18294/sc.2024.4821.
 28. Becerra-Bolaños Á, Ramos-Ahumada DF, Herrera-Rodríguez L et al. Withdrawal/Withholding of Life-Sustaining Therapies: Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Sep 6;60(9):1461. doi: 10.3390/medicina60091461.
 29. Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Reinhart K et al. Hospitalization and Intensive Therapy at the End of Life. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Sep 27;116(39):653-660. doi: 10.3238/arztebl.2019.0653.
 30. Sacco A, Morici N, Villanova L et al. Withdrawal of active treatments in terminally ill heart failure patients. *Int J Cardiol*. 2021 Aug 1;336:81-83. doi: 10.1016/j.ijcard.2021.05.003.
 31. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM et al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016 Sep;28(4):456-69. doi: 10.1093/intqhc/mzw060.
 32. Pallanch O, Ortalda A, Pelosi P et al. Effects on health-related quality of life of interventions affecting survival in critically ill patients: a systematic review. *Crit Care*. 2022 May 6;26(1):126. doi: 10.1186/s13054-022-03993-3.
 33. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Curr Oncol*. 2020 Jun;27(3):142-145. doi: 10.3747/co.27.6413.
 34. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al; American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 Feb 15;185(4):435-52. doi: 10.1164/rccm.201111-2042ST.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.