

Estado da publicação: O preprint foi publicado em outro meio.

DOI do preprint publicado: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v49.4-2025-0005>

Percepções distintas de Cardiologistas e Paliativistas sobre pacientes cardiopatas: oportunidade para integração de saberes

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

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11027>

Submetido em: 2025-01-05

Postado em: 2025-01-09 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Percepções distintas de Cardiologistas e Paliativistas sobre pacientes cardiopatas: oportunidade para integração de saberes

Distinct Perceptions of Cardiologists and Palliative Care Physicians on Heart Diseases Patients: Knowledge Integration Opportunity

Autores: Julee Quispe¹, Bruna de Almeida Cristofolini², Laura Mestriner Tavares de Carvalho³, Carolina Corritori Coviello⁴, Daniel Battavini dei Santi⁵, Ricardo Tavares de Carvalho⁶

1. Bacharel em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0004-2713-9456>)
2. Bacharel em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil (<https://orcid.org/0009-0001-5472-2426>)
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. 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>)
6. 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>)

Contribuições dos autores: JQ: tabulação de resultados, análise e interpretação de dados, visualização, redação inicial do manuscrito, revisão final e crítica do manuscrito. BAC: 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

Introdução: Dentre as condições que demandam Cuidados Paliativos (CP), as doenças cardiovasculares têm recebido destaque mais recentemente. A dificuldade de reconhecer a terminalidade em cardiopatias tem sido indicada como fator que compromete a qualidade do cuidado de fim de vida destes. **Objetivo:** Objetiva-se avaliar a percepção de cardiologistas (C) sobre a expectativa de óbito e a necessidade de CP para pacientes portadores de cardiopatia avançada e/ou terminal. **Método:** Estudo observacional prospectivo no qual foram coletados em um dia dados demográficos e clínicos dos pacientes internados em um centro de cardiologia. Os C que assistiam

estes pacientes responderam um questionário com 2 “perguntas surpresa” relativas à expectativa de óbito em um ano e na internação atual. A partir do padrão de respostas ao questionário, os pacientes foram classificados em perfis: doença em evolução/avançada não terminal (I/II), terminalidade (III) e fase final de vida (IV). Além disso, foram questionados quanto à necessidade de CP para cada paciente. Um Paliativista (P) respondeu às mesmas “perguntas surpresa” com base em dados dos prontuários. **Resultado:** Foram avaliados 242 pct (90% dos internados), dos quais 34 evoluíram a óbito na internação. Os C e o P classificaram 35,5% e 4,1% dos pacientes como perfil IV, com acerto na previsão de óbito na internação de 32,6% e 70%, respectivamente. C reconheceu a necessidade de CP para 93 pacientes, mas solicitou avaliação do P a apenas 13 (14%). **Conclusão:** Após a observação do desfecho, observa-se que P acerta mais a previsão de óbitos dos pacientes. Apesar de C reconhecer necessidade de CP, solicita interconsultas da especialidade para minoria dos pacientes, reforçando a necessidade de maior articulação entre C e P.

Palavras-chave: Cardiologistas, Paliativistas, Percepção, Morte, Questionário

ABSTRACT

Introduction: Among the conditions requiring Palliative Care (PC), cardiovascular diseases have recently received increased attention. The difficulty in recognizing terminality in heart diseases has been indicated as a factor compromising the quality of end-of-life care. **Objective:** The aim of this study is to evaluate the perceptions of cardiologists (C) regarding mortality expectations and the need for PC for patients with advanced and/or terminal heart disease. **Method:** This is a prospective observational study in which demographic and clinical data were collected from patients admitted to a cardiology center on a single day. The cardiologists attending these patients answered a questionnaire with two “surprise questions” related to the expected mortality within a year and during the current hospitalization. Based on the response patterns, patients were classified into profiles: evolving/advanced non-terminal disease (I/II), terminality (III), and end-of-life phase (IV). Additionally, cardiologists were asked about the need for PC for each patient. A palliative care physician (P) answered the same “surprise questions” based on data from the medical records. **Results:** A total of 242 patients (90% of those hospitalized) were evaluated, of whom 34 died during hospitalization. The cardiologists and the palliative care physician classified 35.5% and 4.1% of patients as profile IV, with correct prediction of mortality during hospitalization at 32.6% and 70%, respectively. Cardiologists recognized the need for PC for 93 patients but requested palliative care evaluation for only 13 (14%). **Conclusion:** Following the observation of outcomes, it is noted that the palliative care physician more accurately predicts patient mortality. Although cardiologists recognize the need for PC, they request specialty consultations for only a minority

of patients, highlighting the need for greater collaboration between cardiologists and palliative care physicians.

Keywords: Palliative care, Cardiologists, Perspective, Death, Questionnaire

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem centrada na promoção de conforto e qualidade de vida para pacientes e suas famílias, por meio da avaliação precoce e do controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais em contexto de doenças ameaçadoras à vida e sofrimento intenso relacionado à saúde¹. Essa assistência é provida por uma equipe multiprofissional^{2,3} ao longo das fases de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto⁴⁻⁶.

Embora os CP sejam amplamente discutidos no contexto do câncer, eles são tradicionalmente menos estudados nas doenças cardiovasculares⁷, as quais têm ganhado destaque nos últimos anos quanto à necessidade de CP⁸.

A introdução de cuidados paliativos em estágios iniciais de doenças cardíacas, especialmente em insuficiência cardíaca, é recomendada por sociedades de cardiologia americanas e européias^{9,10,13} e estudos indicam que tal integração pode resultar em melhoria na qualidade de vida^{12,36} e no controle de sintomas^{11,12,36}, em redução do número de reinternações⁴⁰ e em melhor satisfação das famílias com os cuidados prestados³⁸, da mesma forma que ocorre nos pacientes com câncer e demência¹⁸⁻²¹. Vale ressaltar que na fase final de vida também é importante considerar as necessidades dos pacientes e familiares que não estejam necessariamente relacionadas à saúde em si, como suporte emocional e atenção aos custos sociais²². Apesar desses diversos benefícios associados à incorporação de CP no plano de cuidado, a ausência de indicadores claros que sinalizem a transição para a fase terminal nas cardiopatias dificulta o reconhecimento das necessidades de CP destes pacientes¹⁴⁻¹⁶, atrasando a implementação de cuidados paliativos e limitando discussões sobre final de vida¹⁷.

O objetivo deste estudo foi identificar diferenças de percepção prognóstica e necessidades de CP entre cardiologistas e paliativistas numa população de cardiopatas internados em um centro especializado de cardiologia.

MÉTODO

Este é um estudo de coorte prospectivo que incluiu pacientes internados nos setores de pronto-socorros, enfermarias e unidades de terapia intensiva (UTIs) clínicas e cirúrgicas. O critério de inclusão consistia em estar internado no dia da avaliação e ter um médico cardiologista responsável identificado. O critério de exclusão foi a não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo médico assistente. O estudo foi feito a partir de autorização do 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.

Os dados coletados foram a data de internação, dados demográficos e características clínicas, obtidos através da revisão de prontuários. Além disso, dois investigadores previamente treinados realizaram duas “perguntas surpresa”²³⁻²⁵ aos médicos cardiologistas responsáveis pelo paciente internado com o objetivo de identificar a expectativa de óbito em um ano e na internação atual para cada paciente.

- Pergunta 1: você se surpreenderia se o paciente viesse a óbito em 1 ano?
- Pergunta 2: você se surpreenderia se o paciente viesse a óbito nessa internação?

A partir do padrão das respostas ao questionário, os pacientes foram classificados em 3 perfis (I/II, III e IV)²⁵ (Tabela 1):

- I/II: doença em evolução ou doença avançada não terminal
- III: doença terminal (expectativa de vida menor que 1 ano)
- IV: fase final de vida (expectativa de óbito durante a internação)

Tabela 1. Classificação dos pacientes em perfis a partir do padrão de pergunta 1 e 2

Perfil	I/II	III	IV
Pergunta 1	SIM	NÃO	NÃO
Pergunta 2	SIM	SIM	NÃO

Legenda: Perfil I/II - Doença em evolução ou avançada sem critério de terminalidade; Perfil III - Doença terminal com expectativa de vida de até 1 ano; Perfil IV - Fase Final de Vida (expectativa de óbito durante a internação); Pergunta 1: Você se surpreenderia se o paciente viesse a óbito em 1 ano?; Pergunta 2: Você se surpreenderia se o paciente viesse a óbito nessa internação?

Com a finalidade de comparar as respostas dadas pelos dois profissionais (cardiologista e paliativista), os pacientes dos perfis I (doença em evolução) e II (doença avançada não terminal) foram avaliados conjuntamente em perfil I/II.

Ao cardiologista também foi questionada sua impressão em relação à necessidade de cuidados paliativos para cada um dos casos:

- Pergunta 3: Acha que o paciente teria indicação de avaliação pelos Cuidados Paliativos?

Em seguida, a análise de perfis também foi realizada pelo Paliativista.

A partir dos prontuários e ao fim da internação, foram coletados os dados dos pedidos de interconsulta com a equipe de Cuidados Paliativos e dos desfechos de cada paciente (óbito, alta ou transferência para outro serviço).

Para os pacientes que haviam recebido alta ou sido transferidos, foi estabelecido contato telefônico com os familiares após 1 ano e perguntado se haviam ido à óbito. Não foi possível contato com a família de 10 destes 208 pacientes (4,8%).

Análises descritivas com porcentagem e mediana foram realizadas utilizando Python (versão 3.12) e software *Excel*. Já a análise estatística da necessidade de CP e solicitação de interconsulta foi feita com o Teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Neste estudo, foi analisada uma amostra de 242 pacientes (90% dos internados), cujas características estão descritas na tabela 2. A mediana da idade e do tempo de internação são, respectivamente, 59 anos e 23 dias. 55,4% dos pacientes são do sexo masculino. As doenças de base mais relevantes na população internada foram: miocardiopatias (26,45%), doença arterial coronariana (23,14%) e doença valvar (18,60%). Os pacientes foram internados em regime de urgência em 56,2% dos casos, sendo que as internações totais foram motivadas principalmente por causas clínicas (66,1%). Enfermarias representaram 43,80% dos locais de internações e unidades de terapia intensiva clínica e cirúrgica, respectivamente, 18,18% e 15,70%. Em relação ao desfecho da internação, 82,64% dos pacientes receberam alta hospitalar e 14,05% vieram a óbito. Do total de pacientes internados, 68,18% sobreviveram ao ano subsequente.

Tabela 2. Características gerais da amostra (n = 242)

Variáveis	Total (n=242)	
	N	(%)
Sexo		
Feminino	108	44,6%
Masculino	134	55,4%
Doença de Base		
Miocardiopatias*	64	26,45%
Doença arterial coronária	56	23,14%
Doença valvar	45	18,60%
Doenças pulmonares	21	8,68%
Pós-transplante	11	4,55%
Distúrbios da condução e arritmias	9	3,72%
Hipertensão arterial sistêmica	8	3,31%

Aneurisma de aorta	5	2,07%
Outros	23	9,5%
Tipo de internação		
Urgência	136	56,2%
Eletivo	106	43,8%
Motivo da internação		
Clínico	136	56,2%
Cirúrgico	106	43,8%
Local de internação		
UTI clínica	44	18,18%
UTI cirúrgica	38	15,70%
Enfermaria	128	52,89%
Pronto Socorro	26	10,74%
Outros	6	2,48%
Desfecho da internação		
Alta	200	82,64%
Óbito	34	14,05%
Transferência	8	3,31%

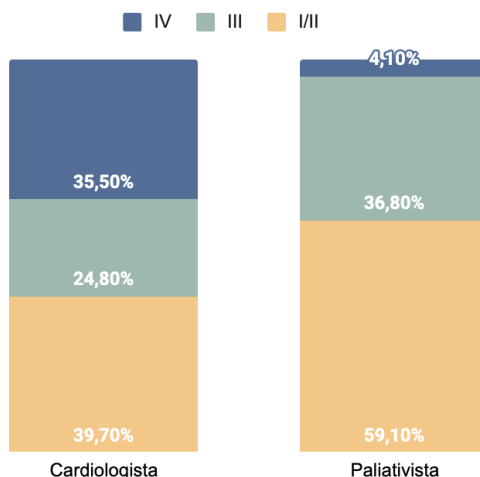
Abreviações: UTI – unidades de terapia intensiva.

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

A figura 1, apresenta a distribuição dos pacientes em perfis conforme a classificação realizada pelos dois especialistas entrevistados no estudo. Acreditou que uma proporção maior destes pacientes viria a óbito na internação: enquanto o médico cardiologista classificou como perfil IV 35,50% de seus pacientes, o paliativista classificou apenas 4,10% como perfil IV.

Figura 1. Classificação por perfis de acordo com Cardiologista e Paliativista

Classificação por perfis de acordo com especialistas



Legenda: Perfil I/II - Doença em evolução ou avançada sem critério de terminalidade; Perfil III - Doença terminal com expectativa de vida de até 1 ano; Perfil IV - Fase Final de Vida (expectativa de óbito durante a internação)

Foi calculada a concordância na classificação dos perfis pelos médicos especialistas, a qual se deu em 124 pacientes (51,20%): 90 do perfil I/II, 24 do perfil III e 10 do perfil IV.

A tabela 3 evidencia a capacidade dos médicos cardiologista e paliativista de acertar o prognóstico dos pacientes, sendo que ter acertado é equivalente a ter classificado como:

- Perfil I/II quem sobreviveu até 1 ano após a alta
- Perfil III quem foi a óbito em até 1 ano após a alta
- Perfil IV quem foi a óbito durante a internação

A acurácia prognóstica total foi de 60,7% para o Paliativista, contra 50,4% para o Cardiologista. Ambos demonstraram alta acurácia para o perfil I/II, (Cardiologista 89,6%, Paliativista 85,3%). Porém, destaca-se a divergência entre a taxa de acerto em relação à previsão de morte na internação: 32,6% para o Cardiologista e 70% para o Paliativista.

Tabela 3. Classificação dos pacientes em perfis pelo Cardiologista e Paliativista e acurácia prognóstica de acordo com desfecho na internação e após 1 ano da internação

Perfil	Classificações totais ^a	Classificações corretas ^b	Acurácia (%)
Cardiologista			50,4%

I/II	96	86	89,6%
III	60	8	13,3%
IV	86	28	32,6%
Paliativista			60,7%
I/II	143	122	85,3%
III	89	18	20,2%
IV	10	7	70,0%

Legenda: Perfil I/II - Doença em evolução ou avançada sem critério de terminalidade; Perfil III - Doença terminal com expectativa de vida de até 1 ano; Perfil IV - Fase Final de Vida (expectativa de óbito durante a internação);

^a Número de pacientes classificados em perfis pelo médico

^b Número de pacientes cujo prognóstico foi correspondente ao perfil atribuído pelo médico, ou seja, paciente perfil I/II sobreviveu até 1 ano após a alta, paciente perfil III foi a óbito em até 1 ano após a alta e paciente perfil IV foi a óbito durante a internação

* Porcentagem de acerto pelo médico em relação ao prognóstico do paciente

A Tabela 4 foi elaborada a partir das respostas dos cardiologistas à pergunta 3 e a partir da informação sobre a solicitação de interconsulta da equipe de Cuidados Paliativos. Nota-se que os cardiologistas julgaram que 93 dos 242 pacientes (38,4%) precisariam de Cuidados Paliativos. Mesmo quando os C reconheceram a necessidade de palição, a solicitação de interconsulta ocorreu para 13 pacientes (14%).

Tabela 4. Percepção do Cardiologista sobre a necessidade de Cuidados Paliativos e pedidos de interconsulta com a especialidade

Cenários	Solicitação de Interconsulta		
	SIM	NÃO	Total
Necessidade de CP*			
SIM	13	80	93
NÃO	1	148	149

*p-value < 0,01

Abreviações: CP: Cuidados Paliativo

Para os pacientes perfis III e IV, totalizando 146 pacientes, apenas 86 (58,9%) foram considerados necessitados de cuidados paliativos pelo Cardiologista.

DISCUSSÃO

A literatura que investiga a percepção de Cardiologistas em comparação com a de Paliativistas (P) é relativamente escassa, especialmente usando uma mesma ferramenta de análise. Estudos mostram que a percepção dos P foi comparada apenas à dos Emergencistas²⁶ e dos Cardiologistas Pediátricos²⁷. As perspectivas dos médicos especialistas em emergência e cardiologia pediátrica em relação aos médicos paliativistas revelam uma discordância nas abordagens de comunicação e na percepção sobre a participação dos cuidados paliativos, respectivamente. Em nosso estudo, observamos uma diferença significativa entre os especialistas na classificação de pacientes no perfil IV, correspondente à fase terminal da vida: enquanto 35,50% dos pacientes foram assim categorizados pelos Cardiologistas, apenas 4,10% foram classificados dessa forma pelos Paliativistas. Além disso, para o perfil IV, os especialistas concordaram em apenas 10 casos, o que indica que, mesmo com a experiência contínua de ambos com a morte, existem percepções divergentes sobre a fase final de vida. Essa divergência pode ser atribuída às diferenças na formação e na abordagem clínica de cada especialidade²⁸⁻³².

No que diz respeito aos acertos de previsão de desfecho (óbito na internação, óbito em 1 ano ou sobrevida após 1 ano), os resultados deste estudo demonstram que a capacidade dos Paliativistas de prever a morte durante a internação é significativamente superior, atingindo 70%, em comparação com a taxa de acertos de 32,6% dos Cardiologistas. Este achado se alinha com as diferenças formativas entre as duas especialidades, destacando a expertise dos Paliativistas na estimativa do prognóstico. Além disso, muitos Cardiologistas relataram a falta de treinamento obrigatório ou eletivo em cuidados paliativos³³, reforçando a importância do conhecimento das bases de Cuidados Paliativos pela equipe multiprofissional principal¹⁰ e da inclusão de Paliativistas na avaliação e no cuidado dos pacientes cardiopatas^{4,7,32,34}.

A insuficiência na formação em cuidados paliativos entre Cardiologistas é evidenciada pela baixa taxa de reconhecimento da necessidade desses cuidados, que foi apenas de 38,4%, mesmo quando os C acreditavam que os pacientes tinham expectativa de vida de até um ano (perfil III) ou que estariam em fase terminal durante a internação (perfil IV). Embora a indicação de Cuidados Paliativos seja mais comumente lembrada na fase final de vida, diversos estudos recomendam que todos os pacientes com condições ameaçadoras à vida sejam avaliados pela equipe de cuidados paliativos desde o diagnóstico^{3,4,11,12,35}. Além disso, a solicitação de interconsulta para cuidados paliativos ocorreu em apenas 13 pacientes dos 93 que os Cardiologistas acreditavam necessitar desse suporte. Isto pode ser considerado uma oportunidade perdida, já que o reconhecimento da necessidade de cuidados paliativos e a convocação desta especialidade são fundamentais para proporcionar suporte adequado a pacientes que se beneficiariam dessa abordagem^{4,11,12,36-39}.

É importante esclarecer algumas limitações deste estudo. Não foi coletada a data de solicitação de interconsulta com a equipe de Cuidados Paliativos, que pode ter ocorrido antes ou depois da

entrevista com o cardiologista. Além disto, o fato de que o estudo tenha sido realizado em um centro especializado de cardiologia pode comprometer a generalização dos dados para outras realidades, apesar de tornar os dados ainda mais relevantes, já que esperava-se que as competências em CP fossem maiores entre estes profissionais.

CONCLUSÕES

Este estudo evidencia que Cardiologistas e Paliativistas possuem percepções diferentes sobre a mesma população de pacientes cardiopatas, o que pode impactar consideravelmente o tipo e a adequação do cuidado oferecido.

Apesar de reconhecerem a necessidade de cuidados paliativos, os Cardiologistas solicitam essa intervenção com pouca frequência. A acurácia prognóstica dos Paliativistas para prever óbitos, tanto durante a internação quanto em até um ano, foi superior.

Esses resultados destacam a importância de uma colaboração mais estreita entre as duas especialidades para melhorar a qualidade do atendimento interdisciplinar e o suporte aos pacientes cardiopatas e seus familiares.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul 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. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(12):1684-1689. doi:10.1089/jpm.2018.0431.
3. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2024;42(19):2336-2357. doi:10.1200/JCO.24.00542.
4. 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. *Journal of the American College of Cardiology*. 2022;79(17):e263-e421. doi:10.1016/j.jacc.2021.12.012.
5. Dans M, Smith T, Back A, et al. NCCN Guidelines Insights: Palliative Care, Version 2.2017. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*. 2017;15(8):989-997. doi:10.6004/jnccn.2017.0132.

6. De Sola-Smith K, Gilissen J, van der Steen JT, et al. Palliative Care in Early Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024;68(3):e206-e227. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.05.028.
7. Godfrey S, Kirkpatrick JN, Kramer DB, Sulistio MS. Expanding the Paradigm for Cardiovascular Palliative Care. *Circulation*. 2023 Sep 26;148(13):1039-1052. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.123.063193. Epub 2023 Sep 25. PMID: 37747951; PMCID: PMC10539017.
8. 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
9. Kittleson MM, Panjrath GS, Amancherla K, Davis LL, Deswal A, Dixon DL, Januzzi JL Jr, Yancy CW. 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. Epub 2023 Apr 19. PMID: 37137593.
10. Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, Goodlin SJ, Grodzicki T, Hogg K, Janssen DJA, Johnson MJ, Krajnik M, Leget C, Martínez-Sellés M, Moroni M, Mueller PS, Ryder M, Simon ST, Stowe E, Larkin PJ. 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. PMID: 31386104.
11. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, et al. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(3):331-341. doi:10.1016/j.jacc.2017.05.030.
12. Li Y, Li J, Fu MR, et al. Effectiveness of Palliative Care Interventions on Patient-Reported Outcomes and All-Cause Mortality in Community-Dwelling Adults With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2024;160:104887. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104887.
13. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, Di Stolfo G, Lambrinou E, Skibelund AK, Uchmanowicz I, Rutten FH, Čelutkienė J, Piepoli MF, Jankowska EA, Chioncel O, Ben Gal T, Seferovic PM, Ruschitzka F, Coats AJS, Strömberg A, Jaarsma T. 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. Epub 2020 Oct 4. PMID: 32892431.
14. Goldstein NE. Improving the Integration of Palliative Care in Heart Failure-It's Hard to Hit a Moving Target. *JAMA Intern Med*. 2020 Sep 1;180(9):1213-1214. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2855. PMID: 32730616.
15. Ament SM, Couwenberg IM, Boyne JJ, Kleijnen J, Stoffers HE, van den Beuken MH, Engels Y, Bellersen L, Janssen DJ. Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in

- patients with advanced heart failure: A systematic review. *Palliat Med.* 2021 Jan;35(1):45-58. doi: 10.1177/0269216320963941. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33054670; PMCID: PMC7797617.
16. Chang YK, Kaplan H, Geng Y, Mo L, Philip J, Collins A, Allen LA, McClung JA, Denvir MA, Hui D. Referral Criteria to Palliative Care for Patients With Heart Failure: A Systematic Review. *Circ Heart Fail.* 2020 Sep;13(9):e006881. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.006881. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32900233; PMCID: PMC7494548.
17. Romanò M. New Disease Trajectories of Heart Failure: Challenges in Determining the Ideal Timing of Palliative Care Implementation. *Journal of Palliative Medicine.* 2024;27(9):1118-1124. doi:10.1089/jpm.2023.0681.
18. Lastrucci V, D'Arienzo S, Collini F, et al. Diagnosis-Related Differences in the Quality of End-of-Life Care: A Comparison Between Cancer and Non-Cancer Patients. *PloS One.* 2018;13(9):e0204458. doi:10.1371/journal.pone.0204458.
19. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, et al. Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. *JAMA Internal Medicine.* 2016;176(8):1095-102. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1200.
20. Quattrone F, Aimo A, Zuccarino S, et al. Unmet Needs in End-of-Life Care for Heart Failure Patients. *International Journal of Cardiology.* 2024;399:131750. doi:10.1016/j.ijcard.2024.131750.
21. Chen CC, Lien HY, Tsai CY, Woung LC, Ko MC. Differences in End-of-Life Care Between Patients Who Died of Cancer Diseases and Those Who Died of Noncancer Diseases. *Journal of Palliative Medicine.* 2024;27(9):1191-1199. doi:10.1089/jpm.2023.0446.
22. Valleggi A, Passino C, Emdin M, Murante AM. Differences in family caregiver experiences and expectations of end-of-life heart failure care across providers and settings: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2023 May 3;23(1):429. doi: 10.1186/s12913-023-09241-w. PMID: 37138363; PMCID: PMC10155156.
23. Ushpol A, Parsons C, Golec S, Frousios R, Tsega S, Linker AS, Ronquillo M, Gidwani U. Promoting early goals of care conversations in the CICU with a surprise question-based EHR workflow. *BMC Palliat Care.* 2024 Dec 20;23(1):288. doi: 10.1186/s12904-024-01602-4. PMID: 39707263; PMCID: PMC11662718.
24. Gonzalez-Jaramillo V, Arenas Ochoa LF, Saldarriaga C, Krikorian A, Vargas JJ, Gonzalez-Jaramillo N, Eychmüller S, Maessen M. 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. PMID: 34404746; PMCID: PMC10894837.
25. Corrêa da Costa Ribeiro S, Tavares de Carvalho R, Aparecida Rocha J, Daglius Dias R. 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. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29277163.

26. Ouchi K, Prachanukool T, Aaronson EL, et al. The Differences in Code Status Conversation Approaches Reported by Emergency Medicine and Palliative Care Clinicians: A Mixed-Method Study. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2024;31(1):18-27. doi:10.1111/acem.14818.
27. Balkin EM, Sleeper LA, Kirkpatrick JN, et al. Physician Perspectives on Palliative Care for Children With Advanced Heart Disease: A Comparison Between Pediatric Cardiology and Palliative Care Physicians. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(6):773-779. doi:10.1089/jpm.2017.0612.
28. 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
29. Tsao L, Kwete XJ, Slater SE, et al. Effect of Training on Physicians' Palliative Care-Related Knowledge and Attitudes in Vietnam. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2023;66(2):146-159. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.04.020.
30. White N, Harries P, Harris AJ, et al. How do palliative care doctors recognise imminently dying patients? A judgement analysis. *BMJ Open*. 2018 Nov 25;8(11):e024996. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024996. Erratum in: *BMJ O*
31. Peh TY, Yang GM, Krishna LK, Yee AC. Do Doctors Gain More Confidence from a Longer Palliative Medicine Posting? *J Palliat Med*. 2017 Feb;20(2):141-146. doi: 10.1089/jpm.2016.0293
32. Wiskar K, Toma M, Rush B. Palliative Care in Heart Failure. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 2018;28(7):445-450. doi:10.1016/j.tcm.2018.02.008.
33. Crousillat DR, Keeley BR, Buss MK, Zheng H, Polk DM, Schaefer KG. Palliative Care Education in Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Mar 27;71(12):1391-1394. doi: 10.1016/j.jacc.2018.02.019. PMID: 29566823.
34. Maddox TM, Januzzi JL, Allen LA, et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *Journal of the American College of Cardiology*. 2024;83(15):1444-1488. doi:10.1016/j.jacc.2023.12.024.
35. Hausner D, Tricou C, Mathews J, et al. Timing of Palliative Care Referral Before and After Evidence From Trials Supporting Early Palliative Care. *The Oncologist*. 2021;26(4):332-340. doi:10.1002/onco.13625.
36. Sahlollbey N, Lee CKS, Shirin A, Joseph P. The Impact of Palliative Care on Clinical and Patient-Centred Outcomes in Patients With Advanced Heart Failure: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *European Journal of Heart Failure*. 2020;22(12):2340-2346. doi:10.1002/ehfj.1783.
37. Diop MS, Bowen GS, Jiang L, et al. Palliative Care Consultation Reduces Heart Failure Transitions: A Matched Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2020;9(11):e013989. doi:10.1161/JAHA.119.013989.

38. Hicks S, Davidson M, Efstathiou N, Guo P. Effectiveness and cost effectiveness of palliative care interventions in people with chronic heart failure and their caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2022 Nov 23;21(1):205. doi: 10.1186/s12904-022-01092-2. PMID: 36419026; PMCID: PMC9685889.
39. Zehnder AR, Pedrosa Carrasco AJ, Etkind SN. Factors associated with hospitalisations of patients with chronic heart failure approaching the end of life: A systematic review. *Palliat Med*. 2022 Dec;36(10):1452-1468. doi: 10.1177/02692163221123422. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36172637; PMCID: PMC9749018.

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.