


Millenium, 2(26)

pt

CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM CUIDADOS CRÍTICOS: SCOPING REVIEW  
PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE IN CRITICAL CARE: SCOPING REVIEW  
CUIDADOS PALIATIVOS A LA PERSONA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN CUIDADOS CRÍTICOS: SCOPING REVIEW

Fábio Pousinho<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0004-3079-0549>

Lúcia Bacalhau<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3736-1200>

Patrícia Pontífice-Sousa<sup>2,3</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0749-9011>

<sup>1</sup> Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

<sup>3</sup> Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Lisboa, Portugal

Fábio Pousinho – fabio.pousinho@gmail.com | Lúcia Bacalhau - lbacalhau@ucp.pt | Patrícia Pontífice-Sousa - patriciaps@ucp.pt



**Autor Correspondente:**

*Fábio Pousinho*

Rua da Esperança, nº 14  
2735-472 - Cacém - Portugal  
fabio.pousinho@gmail.com

RECEBIDO: 02 de setembro de 2024

REVISTO: 02 de dezembro de 2024

ACEITE: 18 de dezembro de 2024

PUBLICADO: 13 de fevereiro de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

## RESUMO

**Introdução:** A insuficiência cardíaca é uma doença crónica que afeta milhares de pessoas em todo o mundo. Estas pessoas, em alguma fase da sua doença, têm necessidade de cuidados críticos. A prestação de cuidados paliativos é essencial no decurso de toda a doença.

**Objetivo:** Mapear a evidência sobre os cuidados paliativos à pessoa com insuficiência cardíaca em cuidados críticos.

**Métodos:** Foi realizada uma scoping review, segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada nas bases de dados electrónicas MEDLINE Complete (via EBSCO); CINAHL (via EBSCO); Pubmed, Web-of-science e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, via b-on).

**Resultados:** Foram incluídos na presente revisão 10 fontes de evidência. Os resultados foram agregados em 2 categorias – cuidados paliativos no serviço de urgência e cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos. Foram identificadas 8 subcategorias: identificação de necessidade de CP; controle de sintomas; comunicação, tomada de decisão e planeamento antecipado de cuidados; Gestão de dispositivos cardíacos implantáveis e de assistência ventricular; processo de morte, cuidados culturalmente sensíveis; definição de prognóstico; princípios da bioética e Consentimento informado

**Conclusão:** Os contextos de prestação de cuidados críticos revelam-se como locais aos quais pessoas com insuficiência cardíaca recorrem no recurso da sua doença. Existem intervenções específicas para cada contexto, que podem aumentar a qualidade de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; cuidados paliativos; cuidados críticos; serviço de urgência; UCI

## ABSTRACT

**Introduction:** Heart failure is a chronic disease that affects thousands of people around the world. At some stage of their illness, these people need critical care. Palliative care is essential throughout the illness.

**Objective:** To map the evidence on palliative care for people with heart failure in critical care.

**Methods:** A scoping review was carried out according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The search was carried out in the electronic databases MEDLINE Complete (via EBSCO); CINAHL (via EBSCO); Pubmed, Web-of-science and Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, via b-on).

**Results:** 10 sources of evidence were included in this review. The results were grouped into 2 categories - palliative care in the emergency department and palliative care in the intensive care unit. Eight subcategories were identified: identification of the need for PC; symptom control; communication, decision-making, and advance care planning; management of implantable cardiac devices and ventricular assistance; the dying process; culturally sensitive care; definition of prognosis; bioethical principles and informed consent.

**Conclusion:** Critical care settings are the places where people with heart failure turn to for help with their illness. There are specific interventions for each context that can increase people's quality of life.

**Keywords:** heart failure; palliative care; critical care; emergency department; ICU

## RESUMEN

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que afecta a miles de personas en todo el mundo. En algún momento de su enfermedad, estas personas necesitan cuidados críticos. Los cuidados paliativos son esenciales durante todo el curso de la enfermedad.

**Objetivo:** Mapear la evidencia sobre cuidados paliativos para personas con insuficiencia cardiaca en cuidados críticos.

**Métodos:** Se realizó una revisión exploratoria según la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs. La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas MEDLINE Complete (vía EBSCO); CINAHL (vía EBSCO); Pubmed, Web-of-science y Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, vía b-on).

**Resultados:** Se incluyeron 10 fuentes de pruebas en esta revisión. Los resultados se agruparon en 2 categorías: cuidados paliativos en urgencias y cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Se identificaron 8 subcategorías: identificación de la necesidad de CP; control de síntomas; comunicación, toma de decisiones y planificación anticipada de cuidados; manejo de dispositivos cardíacos implantables y asistencia ventricular; el proceso de morir; cuidados culturalmente sensibles; definición de pronóstico; principios bioéticos y consentimiento informado.

**Conclusión:** Los entornos de cuidados críticos son lugares a los que acuden las personas con insuficiencia cardíaca en busca de ayuda para su enfermedad. Hay intervenciones específicas para cada contexto que pueden aumentar la calidad de vida de las personas.

**Palabras Clave:** insuficiencia cardiaca; cuidados paliativos; cuidados críticos; urgencias; UCI

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é atualmente definida como uma síndrome clínica, que acarreta um conjunto de sintomas, nomeadamente dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores. Geralmente estão presentes, ainda, sinais como pressão venosa jugular elevada e congestão pulmonar. Avaliar a etiologia da IC é uma etapa obrigatória no seu diagnóstico (McDonagh et al., 2021).

É conhecido, atualmente, que esta patologia apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade. A sua prevalência tem vindo a aumentar ao longo do tempo, por consequência do envelhecimento da população, bem como devido à grande evolução e sucesso no tratamento da patologia cardíaca isquémica. As pessoas com IC vêm, assim, a sua vida prolongada. No entanto, o seu prognóstico continua a ser mau (Emmons-Bell et al., 2022; Savarese et al., 2023).

A trajetória da doença é variável, existindo episódios de descompensação aguda frequentes, obrigando muitas vezes a vários internamentos (Savarese et al., 2023). Como consequência da progressão da doença, existe uma diminuição da capacidade funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida (McDonagh et al., 2021). Verifica-se atualmente que as diretrizes americanas e europeias referem a necessidade de prestação de cuidados paliativos (CP) para todas as pessoas com IC (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define CP como sendo uma "abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais" (WHO, 2020). A American Heart Association (AHA) reconhece que os CP podem assegurar e/ou melhorar a qualidade de vida das pessoas com IC. De uma forma abrangente, não se prevê a prestação de CP apenas em locais especializados, mas antes a implementação de um sistema maior, formal, onde podem ser prestados cuidados interdisciplinares (Heidenreich et al., 2022). A European Society of Cardiology (ESC) assume que os CP devem ser considerados para todas as pessoas com esta síndrome, independentemente da fase da doença (McDonagh et al., 2021).

O objetivo desta revisão foi mapear o conhecimento científico sobre os CP à pessoa com IC, em contexto de cuidados críticos. Definiu-se como questão de investigação, segundo a estratégia PCC (Pessoa, Conceito e Contexto): "Quais são os CP à pessoa com IC, em cuidados críticos?". Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, que podem ser consultados na tabela 1.

**Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão**

Critérios de Inclusão
<p><b>População:</b> Adultos, com idade igual ou superior a 19 anos, sem limite de idade definido, com o diagnóstico de insuficiência cardíaca.</p> <p><b>Conceito:</b> Necessidade de CP.</p> <p><b>Contexto:</b> Admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI) ou recurso ao serviço de urgência (SU), cujo motivo principal de internamento foi IC.</p> <p><b>Tipos de fontes:</b> Todos os tipos de estudos: quantitativos e/ou qualitativos. Foram considerados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estudos primários: experimentais e quasi-experimentais, ensaios clínicos aleatórios, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controlo, estudos transversais analíticos e descritivos, bem como desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos e estudos de casos.</li><li>- Estudos qualitativos: estudos fenomenológicos, etográficos, teoria fundamentada, estudos descritivos e investigação-ação.</li><li>- Revisões sistemáticas, meta-análises, diretrizes, textos, cartas e artigos de opinião.</li></ul>
Critérios de Exclusão
<p><b>População:</b> Crianças (idade igual ou inferior a 18 anos); Adultos com insuficiência cardíaca cujo motivo de internamento ou episódio de urgência não está relacionado com a sua patologia (como outras patologias cardiovasculares); Pessoas com outras doenças crónicas e/ou cancro.</p> <p><b>Conceito:</b> Pessoas internadas com insuficiência cardíaca sem necessidades de cuidados paliativos</p> <p><b>Contexto:</b> Hospitalização em enfermarias ou instituições na comunidade; Internamento em "hospices".</p>

## 1. MÉTODOS

Inicialmente foi elaborado um protocolo de revisão, registado na plataforma OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7YDJT>).

A presente revisão obedeceu à metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020). É cumprida a lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR (Tricco et al., 2018).

A estratégia de pesquisa englobou 3 fases. Em primeiro lugar foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL (via EBSCO), utilizando termos em linguagem natural para identificar artigos relacionados com a temática em estudo. Posteriormente, os títulos, resumos e palavras-chave foram lidos e analisados para identificar os termos indexados mais relevantes para a pesquisa.

Numa segunda fase, e com o objetivo de desenvolver a estratégia de investigação completa, foram efetuadas pesquisas utilizando termos de pesquisa em linguagem natural (nos campos de pesquisa "Título" e "Resumo") e termos de indexação para cada base de dados. Todos os termos foram combinados utilizando os operadores booleanos "OR" e "AND". A pesquisa foi realizada no dia 20 de maio de 2024 nas bases de dados electrónicas MEDLINE Complete (via EBSCO); CINAHL (via EBSCO); Pubmed, Web-of-science e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, via b-on). A estratégia de pesquisa para cada base de dados é apresentada no anexo 1.

Na terceira fase da pesquisa, as referências dos artigos selecionados para esta revisão foram analisadas, de modo a encontrar estudos complementares que poderiam responder à questão de investigação.

Foram incluídas fontes de evidência redigidas em português, inglês e espanhol, sem limite temporal de data de publicação.

Após a realização da pesquisa nas diferentes bases de dados, exportaram-se as referências de todas as fontes de evidência alcançadas para o software de gestão bibliográfica Zotero®. De seguida, através do software Rryan®, foram removidos os duplicados. Utilizando o mesmo software, dois revisores independentes realizaram a leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos selecionados por título e resumo foram alvo de leitura integral, aplicando os mesmos critérios. Nesta fase foram excluídas as fontes que não respondiam à questão de investigação e incluídas apenas aquelas que continham dados que davam resposta à questão de revisão. Os conflitos que surgiram durante o processo de seleção foram resolvidos através de discussão e consenso entre os dois revisores e/ou através da consulta de um terceiro revisor.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

### 1.1 Instrumento de recolha de dados

Tendo por base a finalidade de responder aos objetivos e à questão de revisão, a extração de dados foi realizada através de um quadro elaborado no protocolo de revisão pelos autores, de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020).

## 2. RESULTADOS

Através da pesquisa nas bases de dados foram alcançados 1674 artigos. Após remoção dos duplicados, foram obtidos 956 artigos. Depois da leitura de título e resumo excluíram-se 939 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão, sendo realizada leitura integral de 18 artigos. Não foi possível obter o texto completo de 1 fonte. Da leitura integral dos artigos, foram selecionados 9 para serem incluídos na presente revisão.

Após a análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos, 4 fontes de evidência foram recuperadas para pesquisa e foram consideradas elegíveis para leitura integral. Após análise, 3 artigos foram excluídos. Desta forma, incluiu-se 1 fonte de evidência recuperada nas referências bibliográficas dos artigos na revisão. A revisão totaliza, assim, a inclusão de 10 artigos. O fluxograma PRISMA (Page et al., 2021), apresentado na figura 1, demonstra o processo de seleção dos artigos.

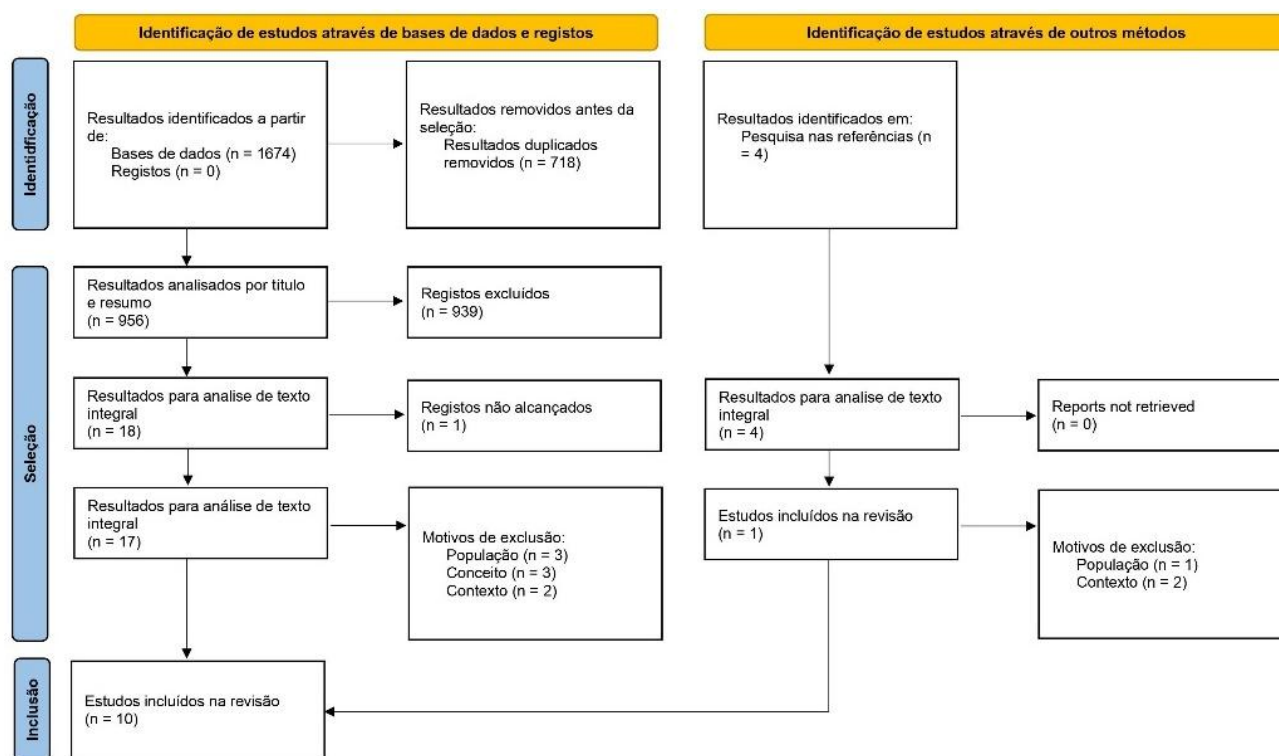


Figura 1 – Fluxograma PRISMA

Os artigos selecionados foram publicados entre 2006 e 2024. Relativamente ao local de publicação, verificou-se que 5 artigos foram publicados nos Estados Unidos da América (EUA) (Aaronson et al., 2019; Brady, 2016; George et al., 2015; Wiencek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008), 1 em Espanha (López et al., 2016), 1 em Itália (Romano, 2019), 1 em Taiwan (Chou et al., 2024), 1 na Holanda (Beuks et al., 2006) e 1 no Reino Unido (Kumar et al., 2009).

Na Tabela 2 são apresentados os conteúdos extraídos das fontes de evidência.

Tabela 2 – Tabela de extração de dados

Autor e ano	Título	Tipo de estudo	Outros detalhes (país, jornal, volume, número, páginas)	Contexto	Participantes	Conceito
López, S, et al 2016	Detección del paciente paliativo con insuficiencia cardíaca aguda en urgencias	Carta ao editor (opinião)	Espanha, An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (2): 323-324	SU	Pessoa com IC	Não existem escalas validadas para o SU que promovam a identificação de necessidades de CP. É necessário elaborar e validar escalas de avaliação breves e simples para identificar clientes que necessitam de cuidados paliativos e que recorrem ao SU.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

Autor e ano	Título	Tipo de estudo	Outros detalhes (país, jornal, volume, número, páginas)	Contexto	Participantes	Conceito
George et al., 2015	Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients with Significant Palliative Care Needs	Estudo primário - Validação	EUA, <i>Academic Emergency Medicine</i> , 22(7), 823–837.	SU	Qualquer pessoa com doença crónica avançada (incluindo IC)	Não existem instrumentos de triagem de necessidades de CP validadas para o SU; Neste estudo foi desenvolvido e validado um instrumento de triagem de necessidade de CP para clientes com doenças crónicas, no SU. O instrumento pode ser aplicado por diversos profissionais e não necessita de entrevistas adicionais ao cliente.
Wingate, S; Weigard, D, 2008	End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure	Artigo de revisão	EUA, <i>Critical Care Nurse</i> , 28(2), 84–94	UCI	Pessoa com IC	As intervenções devem ser planeadas segundo o prognóstico (deve ser discutido em equipa). Ponderar o início e suspensão de medidas de suporte vital. A conferência familiar deve ser realizada após 72h da admissão, mantendo uma comunicação aberta com a pessoa e família, fornecendo informações sobre o estado atual, prognóstico e sobre objetivos dos cuidados. Gerir os dispositivos cardíacos implantáveis (DCI) e dispositivos de assistência ventricular (DAV). A pessoa deve realizar o seu consentimento informado. As diretivas antecipadas (DiAV) são essenciais na tomada de decisão pela equipa e/ou família. Ajustar a terapêutica farmacológica à sintomatologia de modo a controlar sintomas. Administrar de analgésicos (morfina), sedativos (diazepam e midazolam), diuréticos e anticolinérgicos (para respiração ruidosa). Posicionar adequadamente. Administrar oxigénio (apenas na presença de hipóxia) e usar ventoinhas para melhorar dispneia; Usar pomada com nitroglicerina (aplicada no peito) antes de dormir. O foco dos cuidados em fim de vida devem ser os CP e o centro do plano terapêutico deve ser o controle de sintomas. É importante definir local e “participantes” na morte, bem como adequar cuidados à cultura e preferências religiosas. Remover monitores de sinais vitais e desligar alarmes desnecessários. Preparar da família para alterações no estado clínico e fornecer acesso ilimitado à pessoa. Fornecer recursos existentes para apoio no luto e fomentar participação em grupos de luto.
Brady, D., 2016	Planning for Deactivation of Implantable Cardioverter Defibrillators at the End of Life in Patients With Heart Failure	Artigo de revisão	EUA, <i>Critical Care Nurse</i> , 36(6), 24–31		Pessoa com IC	Na desativação do cardiodesfibrilhador implantável (CDI) devem ser assegurados os princípios da bioética, bem como o consentimento informado. Deve ser garantido o direito de continuar com as terapias do CDI ativas, mesmo com decisão de não reanimação DNR e/ou conforto. As instituições devem ter políticas e procedimentos de abordagem sistemática da desativação de dispositivos. São referidos procedimentos para desativação urgente e não urgente. Recomendações relativamente à gestão de CDI: Discussão previa à implantação - A discussão em todos os settings de cuidados e deve ser iniciada previamente à implantação; A realização de ensino é essencial e os enfermeiros podem ser os profissionais chave neste aspeto. Triggers para discussão – Após choques do CDI; hospitalizações frequentes (3 num espaço < 6 meses); aquando da DNR e/ou presença de sinais de mau prognóstico; na transferência para unidade de cuidados paliativos (UCP); inclusão da discussão em conferências de fim de vida. Rastreio de dispositivos na admissão da pessoa – avaliar a presença do dispositivo por observação clínica; realizar interrogação do dispositivo; registar. Discussão em equipa multidisciplinar e incorporação de CP em cuidados críticos - Na UCI os CP podem ajudar a gerir sintomas e a aliviar o sofrimento. Os enfermeiros de cabeceira devem poder desativar CDI's com recurso a um íman e devem colaborar com a pessoa e família na tomada de decisão de desativação.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

Autor e ano	Título	Tipo de estudo	Outros detalhes (país, jornal, volume, número, páginas)	Contexto	Participantes	Conceito
Aarons on, E., et al 2019	The Surprise Question Can Be Used to Identify Heart Failure Patients in the Emergency Department Who Would Benefit From Palliative Care	Estudo de coorte, prospetivo	EUA, <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 57(5), 944–951	SU	Pessoas com IC que recorrem ao SU	É necessária uma estratégia para identificar pessoas com IC que recorrem ao SU com necessidades de cuidados paliativos. A Questão de Surpresa parece ser uma ferramenta importante para identificar pessoas com IC no SU que se beneficiariam de CP.
Wiencek, C; Webster, L 2012	Preparing for Sudden Cardiac Death Following Implantable Cardioverter-Defibrillator Deactivation	Estudo de Caso	EUA, <i>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</i> , 14(7), 478–483	UCI	Pessoa com IC	O enfermeiro deve apoiar a decisão de desativação de dispositivos cardíacos e apoiar a família. Devem também estar familiarizados como realizar a desativação do dispositivo. Deve existir uma discussão sobre a gestão dos DCI. A comunicação proativa deve incidir em metas e objetivos e não em tratamentos. A tomada de decisão deve ser partilhada entre equipa de saúde, pessoa e família. É necessário o consentimento informado para desativação de terapias de DCI. Utilizar e fomentar a expressão de diretivas antecipadas de vontade. Envolver precocemente equipas de CP para garantir controlo sintomático e aumento da qualidade de vida.
Kumar G., et al, 2009	Withdrawal of intensive care treatment at home – ‘a good death’	Estudo de caso	Reino Unido, <i>Anaesthesia and Intensive Care</i> , 37(3), 484–486.	UCI	Pessoa com IC	É uma <i>obrigação profissional</i> que médicos e enfermeiros tomem medidas que garantam uma boa morte. As intervenções devem incidir no controle sintomático e medidas para garantir conforto e dignidade (ex: suspensão de tratamentos), bem como o exercício da autonomia. É necessário existir alguma estabilidade clínica que permita que uma pessoa com tratamentos invasivos possa morrer no domicílio. Este processo pode ser liderado por enfermeiros e os CP e cuidados de saúde primários têm um papel essencial. É frequente não existir testamento vital. O consentimento das pessoas pode ser limitado devido à sedação.
Romano, M., 2019	The Role of Palliative Care in the Cardiac Intensive Care Unit	Artigo de revisão	Itália, <i>Healthcare</i> , 7(1), 30.	UCI	Pessoas com patologia cardiovascular (especialmente IC)	Não devem ser continuadas intervenções que acarretam sofrimento, nomeadamente para satisfazer desejos da família, principalmente se essa decisão provocar sofrimento à pessoa. O plano terapêutico deve ser planeado e revisto periodicamente e discutido com a pessoa e família. Deve ser fomentado a realização de DiAV. O controle de sintomas é essencial. O autor refere algoritmo para desativação de CDI e suspensão de DiAV. Desativar as terapias de CDI e/ou atividade de DiAV é uma ação paliativa de fim de vida e é diferente de eutanásia ou suicídio assistido. Este processo deve respeitar a cultura e legislação aplicável. É necessário desligar também alarmes do DiAV. A família deve fazer parte integrante do processo. Para sedação paliativa é referido midazolam e propofol, em associação a opioides. É obrigatório garantir a aplicação dos princípios da bioética.
Chou, P., et al, 2024	Trends and Changes in Intensive Care Use for Patients With Heart Failure in the Last Month of Life	Estudo observacional	Taiwan, <i>INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing</i> , 61, 0046958024123914 3.	UCI	Pessoas com IC em cuidados de fim de vida	Deve ser realizado controlo de sintomas como depressão e angústia. A pessoa deve ter a possibilidade de realizar escolhas relativamente a tratamentos de suporte de vida (nos cuidados em fim de vida). Manter a pessoa em respiração espontânea no domicílio, sem entubação orotraqueal, é considerada uma forma preferível de morrer. A presença da família no momento da morte é vista como um símbolo de realização. A cultura afeta as decisões compartilhadas entre médicos e pessoas com IC em fim de vida.



DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

Autor e ano	Título	Tipo de estudo	Outros detalhes (país, jornal, volume, número, páginas)	Contexto	Participantes	Conceito
Beuks, B., et al, 2006	A good death	Estudo de Caso	Holanda, <i>Intensive Care Medicine</i> , 32(5), 752–753	UCI	Pessoa com IC internada em UCI – estudo de caso	A equipa multidisciplinar deve estar concordante com o prognóstico da pessoa entre si e apoiar a decisão informada da pessoa de morrer em casa. Deve providenciar o necessário para o processo ocorrer. Morrer no domicílio deverá ser uma hipótese para a pessoa. Pode ser planeada se a situação clínica o permitir. A comunicação com os prestadores de cuidados deve ser mantida e devem ser avaliadas as “circunstâncias locais”. Estes aspetos devem estar concordantes com a cultura.

A análise dos resultados obtidos permitiu a agregação dos mesmos em 2 categorias e 8 subcategorias, conforme apresentado no tabela 3

**Tabela 3 – Organização dos resultados em categorias**

Categoria	Subcategoria	Frequência	Autores	
<b>A. CP no SU</b>	A1. Identificação de necessidade de CP	3	(Aaronson et al., 2019; George et al., 2015; López et al., 2016)	
	B1. Controle de sintomas	5	(Chou et al., 2024; Kumar et al., 2009; Romano', 2019; Wiencek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008)	
	B2. Comunicação, tomada de decisão e planeamento antecipado de cuidados	5	(Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Romano', 2019; Wiencek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008)	
	<b>B. CP na UCI</b>	B3. Gestão de DCI e DAV	4	(Brady, 2016; Romano', 2019; Wiencek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008)
		B4. Processo de morte	4	(Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Kumar et al., 2009; Wingate & Wiegand, 2008)
		B5. Cuidados culturalmente sensíveis	3	(Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Romano', 2019)
		B6. Definição de prognóstico	3	(Beuks et al., 2006; Brady, 2016; Wingate & Wiegand, 2008)
	B7. Princípios da bioética e Consentimento informado	2	Brady, 2016; Kumar et al., 2009	

### 2.1. Qualidade dos artigos incluídos

Na elaboração de uma scoping review, não é prevista a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos (Aromataris & Munn, 2020). No entanto, durante o processo de revisão, foi realizada uma análise metodológica preliminar dos estudos selecionados.

Os 10 artigos incluídos apresentam metodologias diversas, sendo 3 revisões narrativas, 3 estudos de caso, 1 artigo de opinião (carta ao editor), 1 estudo de validação de instrumento para identificação de necessidades paliativas no serviço de urgência, 1 estudo observacional e 1 estudo de coorte. A inclusão de artigos de opinião e estudos de caso pode limitar a aplicabilidade dos resultados, devido à sua subjetividade. Contudo, os estudos de revisão, validação, coorte e observacional oferecem uma base mais estruturada e robusta para a compreensão da temática em questão. As revisões narrativas contribuem com uma síntese de diversas fontes de evidência, enquanto o estudo de validação de instrumento oferece uma ferramenta de aplicação prática para a prestação de cuidados.

### 3. DISCUSSÃO

Pessoas com IC, em alguma fase da sua doença, são admitidas em cuidados críticos. Estes ambientes de cuidados (UCI e SU) devem ser parte integrante da prestação de CP adequados (Bierle et al., 2021).

Da análise dos resultados alcançados, verifica-se que na categoria *CP no SU* a evidência alcançada revela que a identificação de necessidades paliativas é essencial à referência para a prestação de CP especializados (Aaronson et al., 2019; George et al., 2015; López et al., 2016). O SU é um contexto que oferece ameaças à prestação de CP (Pereira & Reis-Pina, 2021). No entanto, pessoas com IC têm diversos recursos a este contexto, pela descompensação de sintomas inerentes ao curso da doença. Assim, este local revela-se como sendo essencial para a identificação de necessidades de CP em pessoas com IC (Lipinski et al., 2018). A identificação de necessidades paliativas não atendidas é um passo fulcral à prestação de CP (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). As diretrizes americanas referem mesmo que a prestação de cuidados não se deve cingir a CP especializados, mas a todos os locais onde são prestados cuidados de saúde a estas pessoas (Heidenreich et al., 2022). No entanto, não existem indicações claras para operacionalizar a referência precoce (Egídio De Sousa et al., 2021).

Na categoria *CP na UCI*, são quatro as subcategorias (B1, B2, B3 e B6) que vão de encontro ao preconizado pelas diretrizes da AHA (Heidenreich et al., 2022) e ESC (McDonagh et al., 2021). No que concerne à subcategoria *Controle de sintomas*, a maioria dos autores referem que os sintomas devem ser controlados, mas sem referir intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas específicas. Contudo, dois autores referem intervenções a implementar para controlar alguma sintomatologia (Romano', 2019; Wingate & Wiegand, 2008). As diretrizes da ESC fornecem orientações claras sobre o manejo dos sintomas, referindo-se a intervenções concretas (McDonagh et al., 2021).

Romano' (2019) reporta-se à sede e ao bem-estar espiritual como sintomas subestimados, merecendo uma maior atenção pelos profissionais de saúde. A literatura sugere que pessoas com IC avançada têm elevados níveis de espiritualidade. No entanto, apresentam

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

muitas vezes necessidades espirituais não satisfeitas. A satisfação de necessidades espirituais incrementa a qualidade de vida (Bierle et al., 2021; Tobin et al., 2022). Ambas as diretrizes não se reportam a esta tipologia de sintomas (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). Os resultados obtidos nas subcategorias *Gestão de DCI e DAV e Definição de prognóstico* vão de encontro ao referido nas duas diretrizes (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). Dois autores emanam mesmo indicações e procedimentos claros para desativação de DCI, principalmente com a definição de procedimentos objetivos para desativação de dispositivos (Brady, 2016; Romano', 2019). Por outro lado, parece ser consensual quer nos estudos incluídos, quer na literatura que a IC tem um trajeto peculiar e muito próprio, tornando muitas vezes difícil prever a evolução da doença (Bierle et al., 2021; Egídio De Sousa et al., 2021).

Na subcategoria *Processo de morte* a escolha do local e participantes da morte revelou-se importante. A literatura corrobora este aspeto, referindo que a pessoa deverá ter a opção de escolher onde e com quem quer morrer. As DiAV são uma etapa fundamental para explicar esta vontade (Lee & Hwang, 2022). Tal como sugerido por um estudo nesta revisão, intervenções próprias das UCI podem dificultar a transferência destas pessoas para o seu domicílio e a articulação com os cuidados na comunidade é imprescindível (Beuks et al., 2006). Quinn et al. (2020) sugerem que a maioria das pessoas morre no hospital, mas que a utilização de CP nos cuidados em fim de vida pode possibilitar a morte em casa.

Relativamente à subcategoria *Comunicação, tomada de decisão e diretivas antecipadas de vontade* importa referir que os autores não abordam um *timing* de realização das DiAV (referidas pelos vários autores das fontes incluídas de diferentes formas, mas com o mesmo significado). Por outro lado, as duas diretrizes também não definem um espaço temporal. Lee & Hwang (2022) sugerem que o planeamento dos cuidados deve ser realizado desde o início da doença, de uma forma contínua. No período de cuidados em fim de vida, é sugerido que sejam realizadas a DiAV, quando não realizadas, ou a revisão das mesmas, quando já abordadas noutra fase. Aqui importa esclarecer e afirmar a opinião da pessoa acerca de manobras de reanimação e medidas de suporte vital, bem como as medidas a serem tomadas para promoverem uma boa morte, definindo local e pessoas a estarem presentes no processo de morrer. Diferentes tópicos devem ser discutidos nas diferentes fases.

Perante as subcategorias analisadas anteriormente, salienta-se ainda que a cultura é um tópico de extrema relevância para a discussão, tal como sugerido por três autores (Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Romano', 2019). Tradições e ideologias podem afetar de forma significativa a aceitação de CP, ou a prestação dos mesmos (Hill et al., 2023). Um consenso clínico atual refere que desde a primeira interação entre pessoa e profissional de saúde deve existir uma comunicação aberta, a validação por parte dos profissionais de saúde do curso particular da doença e do seu prognóstico muitas vezes incerto, bem como o reconhecimento dos valores da família e da pessoa (Hill et al., 2023). Tais aspetos podem revelar-se facilitadores da tomada de decisão compartilhada referida por alguns autores da presente revisão (Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Romano', 2019; Wiecek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008). Para além destes aspetos, é importante reconhecer os papéis familiares existentes. Poderá ser importante perceber se existe a participação de familiares no autocuidado, na adaptação às novas condições e/ou limitações relacionadas com a doença, bem como no suporte emocional e financeiro no decurso da mesma (Hill et al., 2023). Como referido em alguns estudos incluídos na presente revisão, as diretivas antecipadas de vontade (DiAV) (Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Romano', 2019; Wiecek & Webster, 2012; Wingate & Wiegand, 2008), discussões de fim de vida e sobre o processo, participantes e local de morte poderão também ser discutidos com a pessoa, mas também com as pessoas significativas (Beuks et al., 2006; Chou et al., 2024; Kumar et al., 2009; Wingate & Wiegand, 2008). A literatura complementar recente corrobora este aspeto (Hill et al., 2023).

Apesar de terem sido alcançados CP à pessoa com IC em cuidados críticos, existem algumas barreiras à prestação dos mesmos em UCI e SU. A tomada de decisão clínica é muitas vezes realizada por cardiologistas sem formação académica em CP (Silva et al., 2024). Assim, lacunas de formação em CP, bem como a falta de especialistas nesta área assumem-se como barreiras importantes (Romanò, 2020; Silva et al., 2024). Uma atuação clínica focada em prognóstico, associado à dificuldade em estabelecer o mesmo, conduzem a uma dificuldade em reconhecer a necessidade deste tipo de cuidados. Por outro lado, existe no presente um estigma no que toca à implementação de intervenções paliativas, existindo uma associação destes cuidados à morte e ao processo de morrer. (Romanò, 2020).

A presente revisão apresenta como limitações o facto de não terem sido incluídos estudos noutras línguas para além de português, inglês e espanhol. Por outro lado, não podem ser emanadas implicações para a prática, visto que não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos.

### 3.1. Aplicabilidade Prática

Os resultados alcançados nesta revisão permitem entender que urge a necessidade de garantir CP à pessoa com IC, em toda a fase da sua doença. Ainda que sejam identificados diversos ganhos para as pessoas com esta patologia, foram também identificadas algumas barreiras que limitam a satisfação das suas necessidades paliativas.

Atendendo às barreiras à prestação de CP mencionadas, um investimento em formação em CP aos profissionais da equipa multidisciplinar poderia ser importante para aumentar a compreensão dos profissionais sobre a prestação de CP generalistas. Por outro lado, e apesar de ainda carecer de mais investigação, enfermeiros peritos na área da insuficiência cardíaca poderão contribuir de forma positiva na implementação de medidas e/ou referência para CP especializados (Nunciaroni et al., 2023).

Uma avaliação dos sintomas poderá ser útil para conduzir uma atuação focada nas necessidades destas pessoas. Assim, a utilização de instrumentos como a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) pode ser útil para conduzir a prática clínica e adequar as intervenções às necessidades das mesmas. Nalguns casos, os enfermeiros poderão ser motores importantes na aplicação destas ferramentas, permitindo uma atuação mais célere no seio da equipa multidisciplinar. Após a avaliação dos sintomas, deve ser traçado um plano de cuidados individualizado, com intervenções dirigidas a sintomas físicos (como dispneia, dor e fadiga), psicológicos (depressão e ansiedade), sociais e espirituais (Beattie et al., 2020). A existência em UCI de protocolos claros de atuação, com gatilhos de discussão entre equipa multidisciplinar e com timings de encaminhamento para CP especializados podem ser importantes para garantir a gestão de sintomas e aliviar o sofrimento. (Sobanski et al., 2020).



DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

Alguns estudos debruçaram-se sobre a avaliação e triagem de necessidades paliativas no SU, e identificaram algumas ferramentas para tal. Assim, a utilização da “Questão Surpresa” poderá contribuir para uma avaliação precoce no SU de necessidades paliativas não satisfeitas (Ribeiro et al., 2024; Van Lummel et al., 2022).

## CONCLUSÃO

Não foram realizados desvios ao protocolo no decorrer da realização da scoping review.

Apesar de a maioria dos autores, bem como as duas diretrizes já abordadas na presente revisão, referirem uma intervenção precoce de CP no curso toda da doença, a maioria dos cuidados referidos reportam-se a uma fase de final de vida. A área mais evidente, com uma abordagem mais precoce, é observada na gestão de DCI, onde se destaca que a discussão e o planeamento dos cuidados devem ser realizados durante a sua implementação. As diretrizes americanas e europeias corroboram a consideração de CP em todo o curso da doença. No entanto, apenas as diretrizes americanas emanam recomendações claras para todos os contextos de cuidados.

Apesar de não existirem recomendações para os diferentes contextos de prestação de cuidados, verificou-se que os cuidados críticos são um local importante para a promoção dos CP e do aumento da qualidade de vida destas pessoas. O SU revela-se como um local-chave de identificação de necessidades paliativas de pessoas com IC que recorrem a este local. Por outro lado, a evidência demonstra que na UCI existem cuidados paliativos bem definidos que devem ser considerados no decurso de toda a doença, nomeadamente naquilo que concerne à desativação de DCI, comunicação eficaz e proativa, tomada de decisão e planeamento antecipado de cuidados.

A inclusão da temática dos CP em planos de estudos de formação de enfermeiros e médicos poderá ser útil para aumentar a intervenção dos mesmos durante a sua prática clínica.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, F.P.; tratamento de dados, F.P.; análise formal, F.P., L.B. e P.P.S.; investigação, F.P., L.B. e P.P.S.; metodologia, F.P., L.B. e P.P.S.; administração do projeto, F.P.; recursos, F.P.; supervisão, L.B. e P.P.S.; validação, L.B. e P.P.S.; visualização, F.P., L.B. e P.P.S.; redação – preparação de rascunho original, F.P.; redação – revisão e edição, F.P.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, E. L., George, N., Ouchi, K., Zheng, H., Bowman, J., Monette, D., Jacobsen, J., & Jackson, V. (2019). The Surprise Question Can Be Used to Identify Heart Failure Patients in the Emergency Department Who Would Benefit From Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 944–951. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.007>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Beattie, J. M., Higginson, I. J., & McDonagh, T. A. (2020). Palliative Care in Acute Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*, 17(6), 424–437. <https://doi.org/10.1007/s11897-020-00494-8>
- Beuks, B. C., Nijhof, A. C., Meertens, J. H. J. M., Ligtenberg, J. J. M., Tulleken, J. E., & Zijlstra, J. G. (2006). A good death. *Intensive Care Medicine*, 32(5), 752–753. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0097-6>
- Bierle, R. (Schuetz), Vuckovic, K. M., & Ryan, C. J. (2021). Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. *Critical Care Nurse*, 41(5), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2021877>
- Brady, D. R. (2016). Planning for Deactivation of Implantable Cardioverter Defibrillators at the End of Life in Patients With Heart Failure. *Critical Care Nurse*, 36(6), 24–31. <https://doi.org/10.4037/ccn2016362>
- Chou, P.-L., Lin, P.-C., Lin, C.-C., Lee, H.-C., & Huang, Y.-T. (2024). Trends and Changes in Intensive Care Use for Patients With Heart Failure in the Last Month of Life. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 00469580241239143. <https://doi.org/10.1177/00469580241239143>
- Egídio De Sousa, I., Pedroso, A., Chambino, B., Roldão, M., Pinto, F., Guerreiro, R., Araújo, I., Henriques, C., & Fonseca, C. (2021). Palliative Care in Heart Failure: Challenging Prognostication. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.18301>
- Emmons-Bell, S., Johnson, C., & Roth, G. (2022). Prevalence, incidence and survival of heart failure: A systematic review. *Heart*, 108(17), 1351–1360. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320131>
- George, N., Barrett, N., McPeake, L., Goett, R., Anderson, K., & Baird, J. (2015). Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 823–837. <https://doi.org/10.1111/acem.12710>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 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. *Circulation*, 145(18). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
- Hill, L., Baruah, R., Beattie, J. M., Bistola, V., Castiello, T., Celutkienė, J., Di Stolfo, G., Geller, T., Lambrinou, E., Mindham, R., McIlfatrick, S., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2023). Culture, ethnicity, and socio-economic status as determinants of the management of patients with advanced heart failure who need palliative care: A clinical consensus statement from the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, the ESC Patient Forum, and the European Association of Palliative Care. *European Journal of Heart Failure*, 25(9), 1481–1492. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2973>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

- Kumar, G., Obuch, S., & Vyakarnam, P. (2009). Withdrawal of Intensive Care Treatment at Home – ‘a Good Death’. *Anaesthesia and Intensive Care*, 37(3), 484–486. <https://doi.org/10.1177/0310057X0903700305>
- Lee, J.-H., & Hwang, K.-K. (2022). End-of-Life Care for End-stage Heart Failure Patients. *Korean Circulation Journal*, 52(9), 659. <https://doi.org/10.4070/kcj.2022.0211>
- Lipinski, M., Eagles, D., Fischer, L. M., Mielniczuk, L., & Stiell, I. G. (2018). Heart failure and palliative care in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 35(12), 726–729. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2017-207186>
- López, G., Garcia, G., Yañez-Pal, a, M., & Adrada, E. (2016). Detection of palliative patients with acute cardiac insufficiency in the emergency department. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 323–324. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0259>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Nunciaroni, A. T., Neves, I. F., Marques, C. S. G., Santos, N. D., Corrêa, V. F. A., & Silva, R. F. A. (2023). Palliative Care in Heart Failure: An Integrative Review of Nurse Practice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 40(1), 96–105. <https://doi.org/10.1177/10499091221085276>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pereira, B., & Reis-Pina, P. (2021). A Emergência Médica e a Medicina Paliativa: A Necessidade de uma Agenda Comum. *Medicina Interna*, 275-276 Páginas. <https://doi.org/10.24950/CE/126/20/3/2020>
- Quinn, K. L., Hsu, A. T., Smith, G., Stall, N., Detsky, A. S., Kavalieratos, D., Lee, D. S., Bell, C. M., & Tanuseputro, P. (2020). Association Between Palliative Care and Death at Home in Adults With Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*, 9(5), e013844. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013844>
- Ribeiro, S. C. C., Arantes Lopes, T. A., Costa, J. V. G., Rodrigues, C. G., Maia, I. W. A., Soler, L. de M., Marchini, J. F. M., Neto, R. A. B., Souza, H. P., & Alencar, J. C. G. (2024). The Physician Surprise Question in the Emergency Department: Prospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, spcare-2024-004797. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-004797>
- Romano, M. (2019). The Role of Palliative Care in the Cardiac Intensive Care Unit. *Healthcare*, 7(1), 30. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010030>
- Romanò, M. (2020). Barriers to Early Utilization of Palliative Care in Heart Failure: A Narrative Review. *Healthcare*, 8(1), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010036>
- Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C., & Coats, A. J. S. (2023). Global burden of heart failure: A comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research*, 118(17), 3272–3287. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
- Silva, K. L. D. C., Silva, M. C. A., Barros, M. A., & Rocha, S. L. (2024). Cuidados paliativos na abordagem do paciente com insuficiência cardíaca. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(7), e16569. <https://doi.org/10.25248/reas.e16569.2024>
- Sobanski, P. Z., Alt-Epping, B., Currow, D. C., Goodlin, S. J., Grodzicki, T., Hogg, K., Janssen, D. J. A., Johnson, M. J., Krajnik, M., Leget, C., Martínez-Sellés, M., Moroni, M., Mueller, P. S., Ryder, M., Simon, S. T., Stowe, E., & Larkin, P. J. (2020). Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular Research*, 116(1), 12–27. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200>
- Tobin, R. S., Cosiano, M. F., O’Connor, C. M., Fiuzat, M., Granger, B. B., Rogers, J. G., Tulskey, J. A., Steinhäuser, K. E., & Mentz, R. J. (2022). Spirituality in Patients With Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, 10(4), 217–226. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.01.014>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van Lummel, E. V., Ietswaard, L., Zuithoff, N. P., Tjan, D. H., & Van Delden, J. J. (2022). The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 36(7), 1023–1046. <https://doi.org/10.1177/02692163221099116>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wiencek, C., & Webster, L. (2012). Preparing for Sudden Cardiac Death Following Implantable Cardioverter-Defibrillator Deactivation: Case Study Analysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(7), 478–483. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31825f3489>
- Wingate, S., & Wiegand, D. L.-M. (2008). End-of-Life Care in the Critical Care Unit for Patients With Heart Failure. *Critical Care Nurse*, 28(2), 84–94. <https://doi.org/10.4037/ccn2008.28.2.84>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

## ANEXO

### Anexo 1 – Estratégia de pesquisa, por base de dados

Cinhal complete, via Ebsco Host [20 de Maio de 2023]		
	Expressão	Resultados
S1	TI (“Heart Failure” OR “Cardiac Failure” OR “Myocardial Failure” OR “Heart Decompensation” ) OR AB ( “Heart Failure” OR “Cardiac Failure” OR “Myocardial Failure” OR “Heart Decompensation” ) OR MH “Heart Failure”	81,039
S2	TI ( “critical care” OR “Intensive Care” OR “Critical Care Nurs*” OR “intensive care unit*” OR “ICU” OR “Emergency Nurs*” OR “Emergency Service*” OR “Emergency Department*” OR “Emergency Room*” OR “Coronary Care Units” OR “Emergency Medical Services” OR “Cardiovascular Intensive Care Unit” OR “Cardiovascular nursing” ) OR AB ( “critical care” OR “Intensive Care” OR “Critical Care Nurs*” OR “intensive care unit*” OR “ICU” OR “Emergency Nurs*” OR “Emergency Service*” OR “Emergency Department*” OR “Emergency Room*” OR “Coronary Care Units” OR “Emergency Medical Services” OR “Cardiovascular Intensive Care Unit” OR “Cardiovascular nursing” ) OR MH ( “Intensive Care Units” OR “critical care” OR “Emergency Nursing” OR “Emergency Nurses” OR “Critical Care Nurses” )	225,660
S3	TI ( palliative OR terminal* OR “end of life” OR “Extraordinary Treatment*” OR “Palliative Care” OR “Terminal Care” OR “Terminally Ill” OR “Transitional Care” ) OR AB ( palliative OR terminal* OR “end of life” OR “Extraordinary Treatment*” OR “Palliative Care” OR “Terminal Care” OR “Terminally Ill” OR “Transitional Care” ) OR MH ( “Palliative Care” OR “Palliative Care Nursing” OR “Palliative Care Nurses” OR “Transitional Care” OR “Terminal Care” OR “Terminally Ill Patients” )	110,347
S4	S1 AND S2 AND S3	289
S5	Restringir por SubjectAge: - all adult	162

Web of Science [20 de Maio de 2023]		
	Expressão	Resultados
1	Heart Failure” OR “Cardiac Failure” OR “Myocardial Failure” OR “Heart Decompensation” (Topic) and “Critical care” OR “Intensive Care” OR “Critical Care Nurs*” OR “intensive care unit*” OR “ICU” OR “Emergency Nurs*” OR “Emergency Service*” OR “Emergency Department*” OR “Emergency Room*” OR “Coronary Care Units” OR “Emergency Medical Services” OR “Cardiovascular Intensive Care Unit” OR “Cardiovascular nursing” (Topic) and palliative OR terminal* OR “end of life” OR “Extraordinary Treatment*” OR “Palliative Care” OR “Terminal Care” OR “Terminally Ill” OR “Transitional Care” (Topic) not Child* OR Pediatric* OR Infant* OR Newborn* OR Adolescent* OR Teen* (Topic)	853

Pubmed [20 de Maio de 2023]		
	Expressão	Resultados
#1	("Heart Failure"[Title/Abstract] OR "Cardiac Failure"[Title/Abstract] OR "Myocardial Failure"[Title/Abstract] OR "Heart Decompensation"[Title/Abstract]) OR ("Heart Failure"[MeSH Terms])	277,109
#2	((("critical care"[Title/Abstract] OR "Intensive Care"[Title/Abstract] OR "Critical Care Nurs*"[Title/Abstract] OR "intensive care unit*"[Title/Abstract] OR "ICU"[Title/Abstract] OR "Emergency Nurs*"[Title/Abstract] OR "Emergency Service*"[Title/Abstract] OR "Emergency Department*"[Title/Abstract] OR "Emergency Room*"[Title/Abstract] OR "Coronary Care Units"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Services"[Title/Abstract] OR "Cardiovascular Intensive Care Unit"[Title/Abstract] OR "Cardiovascular nursing"[Title/Abstract] OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR ("critical care"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms]))	517,462
#3	((((palliative[Title/Abstract] OR terminal*[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract] OR "Extraordinary Treatment*"[Title/Abstract] OR "Palliative Care"[Title/Abstract] OR "Terminal Care"[Title/Abstract] OR "Terminally Ill"[Title/Abstract] OR "Transitional Care"[Title/Abstract]) OR ("Palliative Care"[MeSH Terms])) OR ("Terminal Care"[MeSH Terms])) OR ("Terminally Ill"[MeSH Terms])) OR ("Transitional Care"[MeSH Terms]))	674,879
#4	(((((palliative[Title/Abstract] OR terminal*[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract] OR "Extraordinary Treatment*"[Title/Abstract] OR "Palliative Care"[Title/Abstract] OR "Terminal Care"[Title/Abstract] OR "Terminally Ill"[Title/Abstract] OR "Transitional Care"[Title/Abstract]) OR ("Palliative Care"[MeSH Terms])) OR ("Terminal Care"[MeSH Terms])) OR ("Terminally Ill"[MeSH Terms])) OR ("Transitional Care"[MeSH Terms])) AND (((("critical care"[Title/Abstract] OR "Intensive Care"[Title/Abstract] OR "Critical Care Nurs*"[Title/Abstract] OR "intensive care unit*"[Title/Abstract] OR "ICU"[Title/Abstract] OR "Emergency Nurs*"[Title/Abstract] OR "Emergency Service*"[Title/Abstract] OR "Emergency Department*"[Title/Abstract] OR "Emergency Room*"[Title/Abstract] OR "Coronary Care Units"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Services"[Title/Abstract] OR "Cardiovascular Intensive Care Unit"[Title/Abstract] OR "Cardiovascular nursing"[Title/Abstract] OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR ("critical care"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms])) AND (("Heart Failure"[Title/Abstract] OR "Cardiac Failure"[Title/Abstract] OR "Myocardial Failure"[Title/Abstract] OR "Heart Decompensation"[Title/Abstract]) OR ("Heart Failure"[MeSH Terms]))	645
#5	Filters: Adult: 19+ years	341

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0226.37398>

<b>Medline [20 de Maio de 2023]</b>		
	<b>Expressão</b>	<b>Resultados</b>
S1	TI ( "Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Heart Decompensation" ) OR AB ( "Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Heart Decompensation" ) OR MH "Heart Failure"	268,911
S2	TI ( "Critical care" OR "Intensive Care" OR "Critical Care Nurs*" OR "intensive care unit*" OR "ICU" OR "Emergency Nurs*" OR "Emergency Service*" OR "Emergency Department*" OR "Emergency Room*" OR "Coronary Care Units" OR "Emergency Medical Services" OR "Cardiovascular Intensive Care Unit" OR "Cardiovascular nursing" ) OR AB ( "Critical care" OR "Intensive Care" OR "Critical Care Nurs*" OR "intensive care unit*" OR "ICU" OR "Emergency Nurs*" OR "Emergency Service*" OR "Emergency Department*" OR "Emergency Room*" OR "Coronary Care Units" OR "Emergency Medical Services" OR "Cardiovascular Intensive Care Unit" OR "Cardiovascular nursing" ) OR MH ( "Intensive Care Units" OR "critical care" OR "Emergency Nursing" OR "Emergency Service, Hospital" )	481,112
S3	TI ( palliative OR terminal* OR "end of life" OR "Extraordinary Treatment*" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" ) OR AB ( palliative OR terminal* OR "end of life" OR "Extraordinary Treatment*" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" ) OR MH ( "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" )	641,256
S4	S1 AND S2 AND S3	584
S5	Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years	314

<b>RCAAP complete, via B-on [20 de Maio de 2023]</b>		
	<b>Expressão</b>	<b>Resultados</b>
S1	TI ( "Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Heart Decompensation" ) OR AB ( "Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Heart Decompensation" ) OR SU ( "Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Heart Decompensation" )	1,100,877
S2	TI ( "Critical care" OR "Intensive Care" OR "Critical Care Nurs*" OR "intensive care unit*" OR "ICU" OR "Emergency Nurs*" OR "Emergency Service*" OR "Emergency Department*" OR "Emergency Room*" OR "Coronary Care Units" OR "Emergency Medical Services" OR "Cardiovascular Intensive Care Unit" OR "Cardiovascular nursing" ) OR AB ( "Critical care" OR "Intensive Care" OR "Critical Care Nurs*" OR "intensive care unit*" OR "ICU" OR "Emergency Nurs*" OR "Emergency Service*" OR "Emergency Department*" OR "Emergency Room*" OR "Coronary Care Units" OR "Emergency Medical Services" OR "Cardiovascular Intensive Care Unit" OR "Cardiovascular nursing" ) OR SU ( "Critical care" OR "Intensive Care" OR "Critical Care Nurs*" OR "intensive care unit*" OR "ICU" OR "Emergency Nurs*" OR "Emergency Service*" OR "Emergency Department*" OR "Emergency Room*" OR "Coronary Care Units" OR "Emergency Medical Services" OR "Cardiovascular Intensive Care Unit" OR "Cardiovascular nursing" )	2,273,474
S3	TI ( palliative OR terminal* OR "end of life" OR "Extraordinary Treatment*" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" ) OR AB ( palliative OR terminal* OR "end of life" OR "Extraordinary Treatment*" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" ) OR SU ( palliative OR terminal* OR "end of life" OR "Extraordinary Treatment*" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care" OR "Terminally Ill" OR "Transitional Care" )	2,505,420
S4	S1 AND S2 AND S3	2,042
S5	Restringir por fornecedor de conteúdo: RCAAP	5