

Abordagem paliativa no controle de sintomas e planejamento do paciente com hepatopatia crônica, doença inflamatória intestinal e com necessidades de procedimentos endoscópicos

Palliative approach to symptom control and planning for patients with chronic liver disease, inflammatory bowel disease and in need of endoscopic procedures

Fernando Costa Guzzo^{1,2}, Leonardo Fávaro Pereira¹, Luciana Lofego Gonçalves^{1,2},
Maria da Penha Zago-Gomes^{1,2}

RESUMO

Introdução: A assistência paliativa necessita de abordagem interdisciplinar na prevenção e alívio de doenças que geram sofrimento, atendendo demandas físicas, psicossociais, espirituais e nos recursos da prestação de saúde, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores. A especialidade de gastroenterologia atende doenças crônicas complexas, e tem interface com outras especialidades, incluindo muitos procedimentos endoscópicos frequentemente requisitados em pacientes neoplásicos, neurológicos e outros. **Objetivos:** Desenvolver artigo descrevendo as principais situações da prática diária do gastroenterologista e competências de assistência paliativa necessárias. **Metodologia:** Busca de trabalhos com os termos “Palliative Care”, “Gastroenterology”, “Digestive Endoscopy”, “Liver Cirrhosis” e “Hepatocellular Carcinoma”. **Resultados:** Na Gastroenterologia e Hepatologia, as doenças inflamatórias intestinais e a cirrose hepática são os diagnósticos que frequentemente necessitam de cuidados paliativos e devem ser iniciados no diagnóstico, incluindo prevenção e orientação de complicações, gerenciamento de sintomas e qualidade de vida. Para carcinoma hepatocelular existem protocolos que incluem abordagem paliativa, porém restrito à conduta na doença. Os procedimentos na endoscopia digestiva têm grande interfase com outras especialidades, aliviando sintomas, obtendo via alimentar alternativa e sempre individualizando a tomada de decisões. **Conclusão:** Integrar diferentes profissionais de saúde na assistência, com alívio do sofrimento do indivíduo e melhora da qualidade de vida, além de melhor gestão de recursos hospitalares. Pensar na assistência paliativa precocemente beneficia o paciente, a família, as instituições públicas e privadas prestadoras de assistência em saúde e a sociedade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Gastroenterologia. Endoscopia Digestiva. Cirrose Hepática. Carcinoma Hepatocelular.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care requires an interdisciplinary approach to prevent and alleviate diseases that cause suffering, meeting physical, psychosocial, and spiritual demands, as well as health care resources, to improve the quality of life of patients, families, and caregivers. The gastroenterology specialty treats complex chronic diseases and has an interface with other specialties, including many endoscopic procedures frequently requested in neoplastic, neurological, and other patients. **Objectives:** To develop an article describing the main situations in the daily practice of a gastroenterologist and the necessary palliative care skills. **Methodology:** Search for works with the terms “Palliative Care”, “Gastroenterology”, “Digestive Endoscopy”, “Liver Cirrhosis”, and “Hepatocellular Carcinoma”. **Results:** In Gastroenterology and Hepatology, inflammatory bowel diseases and liver cirrhosis are diagnoses that often require palliative care and should be initiated at diagnosis, including prevention and guidance of complications, symptom management and quality of life. For hepatocellular carcinoma, there are protocols that include a palliative approach, but restricted to disease management. The procedures in digestive endoscopy have a great interface with other specialties, alleviating symptoms, obtaining alternative dietary routes and always individualizing decision-making. **Conclusion:** Integrating different health professionals in care, with relief of the individual's suffering and improvement of quality of life, in addition to better management of hospital resources. Thinking about palliative care early benefits the patient, the family, public and private institutions that provide health care and society.

Keywords: Palliative Care. Gastroenterology. Digestive Endoscopy. Liver Cirrhosis. Hepatocellular Carcinoma.

¹ Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

² Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência

fcguzzo@hotmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 Fernando Costa Guzzo, Leonardo Fávaro Pereira, Luciana Lofego Gonçalves, Maria da Penha Zago-Gomes.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

11/9/2024

Aprovado:

2/11/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

A Gastroenterologia, que tem como área de concentração a Hepatologia e Endoscopia Digestiva, é uma especialidade que convive com pacientes crônicos, com doenças geradoras de graves sofrimentos, além de fazer uma interface no cuidado dos pacientes atendidos em outras especialidades, exemplificado pelos portadores de doenças neurológicas e neoplásicas^{1,2}.

O avanço da Medicina moderna propiciou a novas condições clínicas e de processo de fim de vida que orientaram a atenção aos Cuidados Paliativos, com abordagens direcionadas ao conforto e à dignidade do indivíduo que sofre em decorrência de uma doença, assim como seus familiares. A assistência paliativa constitui uma área da Medicina que precisa ser valorizada, considerando a visão estigmatizada que ainda reserva equivocadamente esta modalidade terapêutica apenas para casos de terminalidade^{3,4}.

Os conceitos mais atuais em Cuidados Paliativos o definem como cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimento grave relacionado à saúde e especialmente daqueles em cuidados de fim de vida, com objetivo central de melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares/cuidadores, definindo ainda o sofrimento como grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional e quando afeta a integridade física e o âmbito socioeconômico, espiritual e/ou emocional⁵. É aplicável durante todo o curso da doença, respeitando os valores e crenças culturais de cada indivíduo, além de abranger todos os ambientes e níveis de cuidado⁵. Tem carácter multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, capelães, assistentes sociais e outros profissionais de saúde⁶.

A fim de cumprir o objetivo de cuidado, o emprego de ferramentas é essencial. O Planejamento Antecipado de Cuidados, ou *Advance Care Planning* (ACP), é um processo proativo e contínuo cujo objetivo é traçar um cuidado terapêutico individualizado. Definem-se, no início da doença, ofertando informações sobre o prognóstico e possíveis complicações, além das decisões dos tratamentos iniciais, com preenchimento de diretivas antecipa-

das e identificação dos responsáveis legais ou dos tomadores de decisão substitutos. A documentação escrita das preferências do paciente e dos familiares permite o respeito às decisões em qualquer serviço de saúde⁶.

A literatura ainda aborda dois termos de relevância conceitual: cuidados ao fim da vida e *Hospice*. Os cuidados ao fim da vida, também associado ao chamado *Hospice Care*, são uma pequena parte dos cuidados paliativos, ofertados durante a etapa final de vida, em que o declínio clínico do paciente leva a um possível óbito em questão de semanas ou meses. Inicialmente, em sua origem, *Hospice* foi o termo que nomeou as instituições que acolhiam peregrinos cristãos pela Europa. Posteriormente, o termo se adequou ao significado atual da assistência paliativa, com a sua fundadora, a enfermeira Dame Cicely Saunders, que inaugurou em 1967 o "*St. Christopher's Hospice*", instituição especializada no cuidado a pacientes com doenças oncológicas avançadas. Porém, foi apenas em 1972 que o termo Cuidados Paliativos foi efetivamente criado pelo médico cirurgião urológico Balfour M. Mount⁷.

O presente estudo tem como objetivo desenvolver um artigo dirigido aos médicos, especialmente aos gastroenterologistas, descrevendo as principais situações que o profissional encontra em sua prática diária, onde competências de assistência paliativa são necessárias, descrevendo as características e particularidades dessa assistência aos pacientes acometidos por doenças crônicas das áreas da Gastroenterologia e Hepatologia, assim como suas possíveis Intervenções Endoscópicas.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa na plataforma PubMed utilizando os termos, como chave de pesquisa, "Palliative Care", "Gastroenterology", "Digestive Endoscopy", "Liver Cirrhosis" e "Hepatocellular Carcinoma", além de seus correspondentes para pesquisa na plataforma Scielo. Foram selecionados artigos da língua portuguesa, inglesa e alemã, sendo que os textos em alemão foram traduzidos com auxílio dos programas Google Translate® e Si-

der AI®. A partir dos resultados obtidos através da combinação entre esses termos, os artigos foram manualmente selecionados a partir de seus títulos e resumos, sendo selecionado de modo que fossem incluídos aqueles pertinentes ao interesse dos autores e ao objetivo do presente estudo. A seleção de trabalhos resultou na inclusão de 30 títulos. As doenças gastroenterológicas que mais demandaram atenção e cuidados da assistência paliativa foram a doença inflamatória intestinal, a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular.

RESULTADOS

Cenário dos cuidados paliativos em gastroenterologia

A Gastroenterologia está associada a enfermidades complexas e, portanto, o cuidado de seus pacientes demanda uma abordagem interdisciplinar ampla, com o auxílio de outras especialidades médicas¹. Por outro lado, a Medicina Paliativa é uma área de atuação relativamente nova e ainda não é completamente compreendida por parte dos médicos das demais especialidades, embora a assistência paliativa deva ser praticada por todos os profissionais de saúde que atendem um indivíduo que sofre em decorrência de sua condição de saúde⁵. A dificuldade em lidar com a morte e sentimentos de culpabilidade são fatores verificados em médicos que, por vezes, influenciam nas suas condutas médicas. Outros motivos que frequentemente servem como barreiras é a falta de treinamento nas técnicas de comunicação de más notícias e no controle de sintomas específicos, assim como o preconceito de alguns especialistas em considerar os valores das ciências sociais e comportamentais².

Diante da variedade de doenças crônicas responsáveis por grave sofrimento físico, socioeconômico e psíquico, o gastroenterologista deve ter conhecimento da abordagem paliativa e seus novos conceitos, compreendendo que sua função vai além das indicações terapêuticas e do suporte ao âmbito familiar/cuidador, ofertando meios de acesso a me-

dicações de alto custo, equipamentos e demais recursos em saúde, servindo como facilitador para a resolução das necessidades de seus pacientes. Ainda, ressaltar a importância da integração dos diferentes profissionais de saúde com objetivo em focar na melhoria da qualidade de vida⁸.

Mesmo em doenças avançadas, que não aquelas de origem gastroenterológica, observa-se alta prevalência de sintomas gastrointestinais. Laugsand *et al.*, em 2009, apontou em seu inquérito, com 3.030 pacientes em cuidados paliativos, que os sintomas gastrointestinais estavam entre as queixas mais frequentes, sobretudo entre pacientes oncológicos⁹. O Quadro 1 mostra o sintoma gastrointestinal relacionado à doença de base e seus respectivos cuidados paliativos proporcionais.

Intervenções endoscópicas nos cuidados paliativos

Na Endoscopia Digestiva, vários procedimentos são solicitados para o alívio de sintomas e diminuição de sofrimento. Entre esses procedimentos, a Gastrostomia Endoscópica Percutânea é o procedimento endoscópico mais solicitado para o cuidado paliativo, indicado na necessidade de uma via nutricional alternativa na presença de disfagia prolongada que persiste por mais de 3 a 4 semanas e associada a elevado risco de broncoaspiração, geralmente relacionada a doenças neurológicas crônico-degenerativas ou tumores obstrutivos do trato gastrointestinal¹⁰. Os pacientes que se beneficiam são aqueles com menor *performance status* e proposta de terapia nutricional maior que 3 meses¹¹. Importante salientar que, em contrapartida, pacientes com quadro demencial avançado não apresentam benefícios para tal procedimento, já que a nutrição artificial geralmente não melhora o estado geral e nem prolonga o tempo de sobrevivência¹², lembrando ainda que sua indicação deve sempre ponderar o binômio risco-benefício¹³. Gastrostomia Endoscópica Percutânea também pode gerar uma série de complicações: infecções de ferida operatória, sangramento local, pneumoperitônio e *Buried Bumper Syndrome*¹⁰.

Nas estenoses esofágicas, principalmente por causas oncológicas, as principais opções de tra-

tamento incluem: (a) ablação térmica por laser Nd:YAG (laser granada de neodímio ítrio-alumínio) ou coagulação com plasma de argônio (APC); (b) ablação química por escleroterapia ou por terapia fotodinâmica (PDT); (c) crioablação; (d) braquiterapia; (e) próteses ou stents metálicos autoexpansíveis, revestidos ou não revestidos¹⁰.

A aplicação do APC se restringe a lesões superficiais, reduzindo os riscos de perfuração ou fistulização e permitindo o controle de sangramentos de origem tumoral. Enquanto isso, a PDT geralmente não é uma opção terapêutica dado o seu elevado custo e especificidade, porém sua técnica se baseia na infusão intravenosa de agente fotossensível, que irá se depositar nos tecidos neoplásicos e gerar ablação por exposição às ondas eletromagnéticas.

A braquiterapia é realizada pelo direcionamento de radiação de curto alcance por meio de um cateter endoscópico, sendo uma alternativa a radioterapia, exceto para os tumores traqueobrônquicos. A crioablação, por sua vez, oferta benefícios nos quadros de disfagia de origem tumoral, sendo realizado por intermédio de nitrogênio líquido que cristaliza a água extracelular e lesa os tecidos neoplásicos¹⁴. Por fim, os stents metálicos autoexpansíveis são ótimas opções para as estenoses tumorais em geral, com boas taxas de resposta e com as opções revestidas reduzindo os riscos de reestenose por crescimento tumoral, porém apresentando maior risco de migração do stent¹¹.

As obstruções intestinais malignas ocorrem em até 15% dos pacientes em cuidados paliativos,

QUADRO 1. Doenças, sintomas do trato gastrointestinal e cuidados paliativos

Doença	Sintomas do TGI	Cuidados Paliativos
Tumor avançado do TGI	<ul style="list-style-type: none"> ° Náusea, vômitos e disfagia ° Dores abdominais ° Hemorragia digestiva ° Fístulas do TGI ° Anorexia / Caquexia 	<ul style="list-style-type: none"> ° Avaliação interdisciplinar: (a) Cirurgia; (b) Farmacoterapia; (c) Stent endoscópico ° Avaliar quanto a Nutrição Parenteral Total (NPT) ° Terapia de dor crônica ° Informar prognóstico e suporte psicológico
Tumores hepáticos e Cirrose hepática	<ul style="list-style-type: none"> ° Encefalopatia Hepática ° Ascite e Peritonite Bacteriana Espontânea ° Hemorragias varicosas ° Dispneia e edema periférico 	<ul style="list-style-type: none"> ° Stress psicológico, espiritual e socioeconômico ° Avaliar abuso de álcool e drogas ° Programar transplante ° Ajuste da analgesia/sedativo
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> ° Mucosites: (a) Dor; (b) Náuseas e vômito; (c) Diarreia ° Fadiga e cansaço ° Neutropenia ° Hepatotoxicidade 	<ul style="list-style-type: none"> ° Stress psicológico e emocional ° Controle dos efeitos colaterais ° Impacto negativo na adesão e abandono do tratamento
Pancreatite crônica	<ul style="list-style-type: none"> ° Diabetes ° Diarreia ° Desnutrição e caquexia ° Dores crônicas 	<ul style="list-style-type: none"> ° Dor de difícil controle ° Avaliar abordagem invasiva ° Avaliar nutrição enteral ° Reposição de enzimas pancreáticas ° Avaliar abuso de álcool e ambiente psicossocial difícil
Doença Inflamatória Intestinal (DII)	<ul style="list-style-type: none"> ° Diarreia ° Sangramento intestinal ° Náuseas e vômitos ° Desnutrição e anorexia ° Atraso no crescimento ° Fístulas do TGI 	<ul style="list-style-type: none"> ° Pacientes jovens ° Depressão e perdas sociais ° Restrição do crescimento profissional ° Avaliar nutrição enteral ou parenteral ° Terapia apropriada da doença de base
Insuficiência Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ° Diarreia crônica ° Depressão ° Fadiga ° Perda de peso ° Desnutrição 	<ul style="list-style-type: none"> ° Perda da autonomia intestinal: perda do padrão alimentar normal e perda socioeconômica ° NPT domiciliar: perda da qualidade de vida (relação com depressão em 66% das famílias pesquisadas)
Demência, AVC ou miopatias (ELA)	<ul style="list-style-type: none"> ° Disfagia ° Broncoaspiração ° Constipação ou diarreia ° Caquexia 	<ul style="list-style-type: none"> ° Alta dependência de cuidados ° Ponderar: broncoaspiração pode ocorrer até mesmo após confecção da gastrostomia

Fonte: Adaptado de Birkner¹.

principalmente entre pacientes com câncer de pâncreas avançado. O tratamento envolve três pilares: intervenção cirúrgica, intervenção endoscópica e abordagem dos sintomas clínicos¹⁵. A fim de otimizar o êxito terapêutico, a intervenção endoscópica mais empregada é a gastrostomia endoscópica, tendo como alternativa viável a instalação de próteses metálicas autoexpansíveis, com taxa de sucesso de 90%^{12,16}. Em obstruções duodenais pode optar-se pela realização de gastroduodenostomia ou gastrojejunosomia guiada por ultrassonografia endoscópica, seguido da instalação de prótese metálica entre os segmentos intestinais obstruídos¹⁵. Nas obstruções intestinais por carcinoma colorretal, o uso das próteses metálicas como método inicial é válido, com taxa de sucesso de 86-100%, permitindo posterior programação de colostomia e início precoce da quimioterapia¹².

Outra situação que permite o uso de próteses endoscópicas são os casos combinados de estenose biliar. A intervenção endoscópica paliativa no sistema pancreatobiliar é indicado nos casos de tumores irredutíveis, icterícia persistente, colangite e prurido intenso, a fim de reestabelecer a drenagem da bile. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o método padrão-ouro de ação. Outra opção viável é a drenagem por ultrassonografia endoscópica via transduodenal ou transgástrica. É importante ressaltar que tais métodos endoscópicos devem sempre ser definidos com auxílio de uma equipe interdisciplinar preparada, ponderando sempre o risco-benefício¹⁰.

Doença inflamatória intestinal nos cuidados paliativos

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) se manifesta como Doença de Crohn (DC) ou Retocolite Ulcerativa (RCU). A DC apresenta inflamação segmentar transmural, podendo gerar fissuras, abscessos, fístulas perianais, fístulas enteroentéricas ou enterovesicais. Já a RCU tem acometimento inicial no reto com evolução proximal e contínuo da inflamação da mucosa até o ceco¹⁷.

A DII ainda apresenta manifestações extraintestinais que prejudicam à qualidade de vida, sen-

do elas: artropatia periférica, eritema nodoso, sacroileíte, espondilite anquilosante, colangite biliar primária, episclerite ou uveíte. Além disso, o tratamento da DII também oferece risco de efeitos indesejáveis, como no uso crônico de corticoides, contribuem com o prejuízo à qualidade de vida, em aspectos profissionais, conjugais e sociais¹⁷.

Apesar do elevado potencial de sofrimento grave relacionado à saúde, a assistência paliativa continua amplamente inexplorada no contexto das DII, com poucos artigos de relevância recentemente publicado¹⁸.

Manejo biopsicossocial da Doença Inflamatória Intestinal

As repercussões psíquicas da DII se mostram patentes, como as incertezas quanto ao futuro, perda do controle de suas vidas, isolamento social e medo de se tornar um fardo para a família¹⁹. Drossman (1998) demonstrou que a melhor abordagem da DII é o modelo biopsicossocial, englobando o âmbito da família e o ambiente social para moldar a expressão clínica da doença²⁰. A revisão de Feng *et al.*, de 2024, abordou os mecanismos multifacetados que fatores psicológicos influenciam na progressão da DII, em quadros de recorrência, resposta e adesão ao tratamento e prognóstico. Foi observado que a prevalência de ansiedade, depressão e outros transtornos psicológicos são significativamente maiores em pacientes com DII, em relação à população em geral, sugerindo associação bidirecional entre as duas comorbidades. Esse entendimento reforça a importância do modelo de tratamento interdisciplinar integrado, abordando aspectos físicos e psicológicos da DII²¹.

Gerenciamento de sintomas

O sintoma mais comum na DII é a dor, que pode ser localizada ou difusa, constante ou intermitente e nem sempre relacionada a contrações intestinais, podendo ter origem de manifestações extraintestinais ou associação com outras doenças autoimunes¹⁸. As restrições a determinados analgésicos e medicações podem constituir fatores

complicadores e piorar o quadro de atividade da DII. Por exemplo, uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) pode deflagrar agudizações da doença e levar a complicações; uso de opioides, que podem gerar constipação, náuseas/vômitos, comprometimento cognitivo e dependência; com especial atenção à Colite Aguda Grave e DC de comportamento suboclusivo¹⁷. Náuseas e vômitos são sintomas frequentes, de etiologia multifatorial, como por efeito colateral das medicações, associação com ansiedade generalizada, consequência de manifestações gastroduodenais da DC ou sinais de oclusão/suboclusão de intestino. O controle dos sintomas pode ser alcançado pelo uso de antieméticos tradicionais ou com corticoides, que funcionam pela redução do edema intestinal. A associação de corticosteroides com antieméticos, incluindo antagonista do receptor 5-HT₃, demonstrou alívio superior da náusea em comparação ao uso de corticoides em monoterapia¹⁷.

Diarreia crônica geralmente é relacionada a atividade da doença e suas complicações, porém também pode ser complicação de antibioticoterapia recente e a pesquisa para *Clostridioides difficile* é mandatória. A intolerância à lactose deve ser considerada, particularmente em pacientes com DC com envolvimento do intestino delgado. O acometimento do íleo ou a ressecção de sua porção distal geram diarreia por má absorção de ácidos biliares, com sobrecarga no cólon e perpetuação na diarreia osmótica. Embora os antidiarreicos possam ser eficazes em casos leves, pacientes com envolvimento ileal ou ressecção maior que 100 centímetros podem necessitar de terapia com colestiramina. Outros diagnósticos a se considerar são a síndrome do intestino curto, relacionada a extensa ressecção de delgado, com segmento residual menor que 180 cm, além do supercrescimento bacteriano, particularmente naqueles com DC ileal¹⁷.

Na colostomia ou ileostomia, os cuidados incluem atenção na ferida local, ajuste e troca da bolsa, controle do odor, modificação da dieta, orientações quanto a participação em esportes e atividade sexual. Várias complicações da pele periestomal podem surgir, incluindo dermatite alérgica de contato, candidíase, varizes periestomais, foliculite, absces-

os e fístulas; além do pioderma gangrenoso que pode ocorrer na forma de ulceração periestomal. O odor da bolsa pode ser controlado evitando alimentos que produzem gases, como o feijão, cerveja, repolho e cebola. Os desodorizantes locais em forma de aerossol também são uma opção¹⁷.

Cirrose hepática nos cuidados paliativos

A cirrose descompensada é uma condição de prognóstico variável, com mortalidade em cinco anos variando de 20 a 80%, de trajetória progressiva, com declínio da saúde, aumento do número de hospitalizações e consequente piora da qualidade de vida. Os pacientes se beneficiam de cuidados paliativos desde o diagnóstico, associado aos tratamentos curativos, incluindo os candidatos ao transplante hepático^{6,22}.

Cirróticos têm, em média, três hospitalizações por ano e 14% deles são readmitidos em uma semana, com 30 a 37% retornando em um mês e mais de 50% em três meses, geralmente devido ao próprio curso imprevisível da doença e à fragilidade dessa população²³. Shinall *et al.* (2019), compararam a intervenção precoce dos cuidados paliativos em um grupo de pacientes internados com cirrose hepática descompensada, sendo que os pacientes do grupo de intervenção precoce tiveram taxas de readmissão significativamente menores e mais dias em casa quando comparados ao do grupo controle²⁴.

Lamba *et al.* (2012) forneceram orientações sobre o momento ideal para a realização do ACP em pacientes com cirrose descompensada, concluindo que diretivas antecipadas devem ser tomadas de preferência antes da primeira descompensação hepática, evitando possíveis perdas da capacidade na tomada de decisões pelo paciente, devendo ser priorizadas durante o processo de listagem para transplante hepático ou quando o prognóstico é estimado em menos de seis meses de vida²⁵.

O estudo de Poonja *et al.* (2014) observou que pacientes com cirrose que foram negados para a lista de transplante raramente são encaminhados para cuidados paliativos e que metade evoluiu para óbito durante internação hospitalar (26% em UTI e 27% em enfermaria), mesmo quando a falta de opções curativas já era bem evidente²⁶. Ainda, Kathpalia

et al. (2016) identificaram que apenas 17% dos pacientes que foram removidos da lista de transplante ou que morreram na espera por um órgão tiveram consulta de avaliação pela equipe de Cuidados Paliativos²⁷.

As barreiras à implementação de cuidados paliativos em hepatologia que foram identificadas são: (a) escassez de provedores especializados; (b) ausência de critérios baseados em evidências para o encaminhamento; (c) falta de clareza no papel entre cada especialidade; (d) estigma de que cuidados paliativos são sinônimo de “desistir” dos tratamentos curativos; (e) falta de treinamento dos conceitos básicos entre os hepatologistas; (f) demandas conflitantes entre os provedores e (g) incerteza do prognóstico da doença⁶.

Os dados da Pesquisa Nacional de Internação nos EUA demonstraram que os custos de saúde em pacientes com cirrose descompensada internados que foram encaminhados para cuidados paliativos foram, em média, de US\$ 10.000 (dez mil dólares) a menos do que aqueles sem encaminhamento²². Morrison *et al.* (2011) demonstraram que a integração dos cuidados paliativos em cirróticos internados foi associada a uma considerável redução dos custos em saúde, tanto daqueles que sobreviveram até a alta quanto daqueles que vieram a óbito durante a internação hospitalar²⁸. Foi demonstrado também que a integração precoce de cuidados paliativos reduz a depressão e a ansiedade de cuidadores e familiares envolvidos²². Entretanto, os estudos analisados sugerem que avaliações tardias com cuidados paliativos são pouco eficazes no controle de ansiedade e na oferta de conforto²³.

Apesar da literatura ser limitada a pequenos estudos observacionais, em 2022 a *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD), com o apoio e supervisão de um Comitê de Diretrizes Práticas, observou a importante sobrecarga física, psicossocial e financeira deste grupo de indivíduos e desenvolveu um guia prático de orientações sobre cuidados paliativos em pacientes com hepatopatia crônica⁶.

Usar pontuações para análise do prognóstico e acompanhamento é uma das pedras angulares dos cuidados paliativos, e na hepatologia existem modelos amplamente validados como: MELD, MELD

sódio e Child-Pugh para cirrose; ou pontuações específicas para a insuficiência hepática aguda sobre crônica “Acute-on-Chronic Liver Failure” (ACLF) como: CLIF-C ACLF e CLIF-C AD. Outros instrumentos prognósticos mais amplos, que avaliam o declínio funcional do paciente podem ser utilizados conjuntamente, como o caso do *Palliative Performance Scale* (PPS). Esses escores devem ser usados em todas as consultas de rotina e reavaliados durante eventos sentinelas: hospitalização, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outras situações clínicas²³.

Gerenciamento de sintomas

Em revisão sistemática, Peng *et al.* identificaram os sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes com cirrose hepática, a saber: dor (30% a 79%), dispneia (20% a 88%), câibras musculares (56% a 68%), distúrbios do sono (insônia: 26% a 77%; sonolência diurna: 29,5% a 71%), sintomas psicológicos (depressão: 4,5% a 64%; ansiedade: 14% a 45%) e disfunção sexual (53% a 93%)²⁹. Abordagens terapêuticas não farmacológicas, como fisioterapia, acupuntura (quando plaquetas acima de 50.000), meditação e terapia cognitivo-comportamental, podem ser orientadas⁶.

A dor em cirróticos pode ter origem mecânica (ascite), inflamatória (ocitocinas pró-inflamatórias elevadas) ou não relacionada ao fígado (neuropatia periférica ou lesões musculoesqueléticas). O primeiro passo é tratar as causas reversíveis (ascite volumosa, infecção local ou lesões musculares) e identificar cronicidade do sintoma. Dores agudas, com 12 semanas ou menos, apresentam melhor resposta com o uso de curto prazo de opioides, enquanto a dor crônica envolve abordagens multimodais e avaliação por especialistas em Cuidados Paliativos e tratamento da dor⁶.

Para dores localizadas pode-se lançar mão de analgésicos tópicos locais. Em terapias sistêmicas, a primeira linha é o paracetamol com dose de até 2 gramas por dia. O uso de opioides está associado à dose dependência, constipação com consequente encefalopatia hepática, ascite, maior mortalidade pós-transplante e reinternação hospitalar. Pacien-

tes em cuidados ao fim da vida podem tolerar os riscos, priorizando alívio de sintomas. O tramadol é um opioide sintético que requer metabolismo hepático de primeira passagem, com uma farmacocinética muito variável em cirróticos. A metadona, devido a meia-vida longa e variável, com diversas interações medicamentosas, deve ser reservada para casos mais graves. Os opioides mais seguros incluem a hidromorfona em baixas doses (1 mg via oral ou 0,4 mg via endovenosa) ou oxicodona (2,5 mg via oral) em intervalos prolongados⁶.

Ainda no tratamento da dor neuropática, os moduladores gabaérgicos podem ser usados em baixas doses, inibidores de recaptção de serotonina e norpinefrina são úteis na analgesia adjuvante e antidepressivos tricíclicos devem ser evitados por ação anticolinérgica e alteração de sensorio. Os AINEs são comumente utilizados de forma inapropriada em hepatopatas e devem sempre ser evitados pelos riscos de lesão renal e hemorragia digestiva⁶.

A ascite refratária é associada à baixa qualidade de vida e sobrevida. A terapia de primeira linha é a paracentese de alívio com reposição venosa de albumina. As terapias alternativas são a derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS), bomba de ascite de baixo fluxo automatizada (Alfapump®), derivação peritoneovenosa (PVS) e cateter peritoneal permanente (PIPC). Quando possível, o transplante de fígado ainda é a melhor opção terapêutica³⁰.

A encefalopatia gera significativa sobrecarga psicológica, física e financeira nos pacientes e seus cuidadores. Um estudo de Shrestha *et al.* (2020) realizado com 100 pacientes cirróticos identificou que a sobrecarga do cuidador foi maior entre pacientes com encefalopatia hepática³¹. O *Health and Retirement Study* observou que os custos anuais em saúde de pacientes com encefalopatia são mais que o dobro da população em geral. Medidas educativas sobre o tratamento e o curso natural da encefalopatia mostraram um importante efeito em amenizar o sofrimento de pacientes e familiares²³. Rifaximina e lactulose são os tratamentos de escolha, porém em cenários onde a rifaximina não está disponível, alternativas como neomicina ou metronidazol *off-*

-label podem ser consideradas, levando sempre em conta as preferências de cada paciente⁶.

Dispneia na cirrose pode ocorrer por ascite, síndrome hepatopulmonar, síndrome portopulmonar, hidrotórax hepático e entre outros. Há poucos estudos de cuidados paliativos direcionados ao manejo específico da dispneia na cirrose hepática, entretanto, a abordagem deve sempre levar em conta as preferências do paciente. Oxigênio suplementar e ventilação não invasiva podem ser empregados mesmo na ausência de hipóxia, já terapias farmacológicas irão variar conforme a causa-base da dispneia, como diuréticos, broncodilatadores, inibidores da fosfodiesterase ou corticoides. As intervenções invasivas podem ser necessárias, como paracentese, toracocentese ou TIPS. Pacientes em cuidados paliativos exclusivos ou cuidados ao fim da vida podem se beneficiar com o uso de ansiolíticos e opioides em baixas doses, priorizando o conforto em detrimento de procedimentos e medidas invasivas fúteis⁶.

Distúrbios do sono como insônia, sonolência diurna excessiva e inversão do ciclo sono-vigília são comuns nos pacientes com cirrose. Embora a encefalopatia hepática tenha associação com alguma dessas alterações, mesmo pacientes sem descompensação apresentam alterações no metabolismo da melatonina, mecanismos imunológicos e termorregulação prejudicada, levando a perturbações dos ciclos circadianos. Síndrome das pernas inquietas, ascite volumosa e prurido também prejudicam o padrão do sono. A primeira medida é investigar e tratar a encefalopatia hepática ou apneia do sono, seguido de avaliação da higiene do sono (horários da atividade física/alimentação e evitar doses noturnas de diuréticos/lactulose). Por fim, o uso de melatonina 3 mg ou hidroxizina 25 mg em pacientes Child-Pugh A ou B é segura, além de evitar o uso de benzodiazepínicos ou de zolpidem nos casos de doença avançada⁶.

Cãibra também é um sintoma presente nos cirróticos e a verificação dos níveis séricos de eletrólitos (potássio, magnésio e zinco) e sua correção é o primeiro passo no manejo. Ainda, o uso de taurina (2 a 3 gramas diariamente), vitamina E (200 mg três

vezes ao dia) e baclofeno (5 a 10 mg três vezes ao dia) podem ser considerados em quadros persistentes⁶.

O prurido pode ser multifatorial e ainda não é completamente compreendido, tendo uma apresentação que varia em distribuição, frequência e correlação a depender da gravidade da doença hepática. A colestiramina geralmente é considerada o tratamento de primeira linha e deve ser usada na dose de 4 a 16 gramas por dia, assim como orientar o uso de cremes hidratantes, sabonete neutro e evitar banhos quentes. Como terapia alternativa podem ser usadas naltrexona, sertralina ou rifaximina⁶.

Disfunção sexual é frequente e deve ser valorizada. Existem dados escassos sobre o seu manejo nessa população, embora a tadalafila possa ser uma opção segura de curto prazo em pacientes selecionados com doença compensada em estágio inicial⁶.

Nessa etapa do acompanhamento, é mandatória a documentação do ACP, conciliando os desejos do paciente e seus cuidadores com terapias adequadas e focadas em conforto e dignidade. É direcionada aos cirróticos com prognóstico reservado, com menos de seis meses de expectativa de vida, podendo considerar o encaminhamento nos pacientes com MELD maior que 21 ou Child-Pugh maior que 12 nessa avaliação. Geralmente os cuidados são domiciliares, focados no alívio de sintomas, apoio psicossocial e multidisciplinar, acompanhando ainda as famílias enlutadas por até um ano após a morte do paciente⁶. O Quadro 2 abaixo mostra os critérios de indicação.

Carcinoma hepatocelular nos cuidados paliativos

Carcinoma hepatocelular (CHC) é a neoplasia hepática mais comum, de prognóstico reservado, cuja incidência aumentou nos últimos 30 anos e com tendências de continuar aumentando. Em 2018, apresentou-se como a quarta principal causa de morte por câncer no mundo, com a maior taxa de letalidade entre os cânceres, com uma razão de mortalidade/incidência de 0,89, superior às neoplasias de pâncreas (0,83), pulmões (0,72) e colorretal (0,27)³².

O sistema de estadiamento do CHC, *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC), é usado mundialmente e define a conduta, incluindo os cuidados paliativos. As terapias como ressecção cirúrgica, transplante de fígado ou ablação, podem proporcionar taxas de sobrevida globais em cinco anos superiores a 70%, mas são aplicáveis a menos de 30% dos pacientes. Por isso, apesar dos avanços terapêuticos, muitas das opções não são curativas conforme o estágio da doença. Já nos quadros intermediários e avançados, tratamentos como quimioembolização transarterial (TACE) e terapias sistêmicas podem prolongar a sobrevida, porém com alta taxa de recorrência³².

O CHC em estágios iniciais geralmente é assintomático. Em estágios avançados pode haver sintomas por efeito de massa do tumor, incluindo dor e plenitude gástrica por compressão. Metástases podem gerar sintomas, ocorrendo comumente nos pulmões (53–55%), linfonodos (34–53%), ossos

QUADRO 2. Critérios de indicação para Hospice Care na cirrose hepática

Apresentar critérios (a) e (b)	a) INR > 1,5 ou TAP > 5x o controle b) Albumina sérica < 2,5 mg/dL
Mínimo de um dos critérios maiores	a) Encefalopatia Hepática persistente b) Ascite refratária c) HDA varicosa recorrente d) Síndrome Hepatorrenal e) Peritonite Bacteriana Espontânea
Critérios reforçadores	a) Desnutrição progressiva b) Perda muscular com força e resistência reduzidas c) Hepatite C refratária ao tratamento com interferon d) Hepatite B positivo e) Carcinoma Hepatocelular f) Alcoolismo ativo (> 80 g de etanol/dia)
Atenção!	Candidatos ao transplante que se encaixam em tais critérios podem ser indicados até que haja órgão doador

Fonte: Adaptado de Rogal et al.⁶.

(28–39%) e glândulas suprarrenais (11%). A maioria dos casos ocorre em pacientes com cirrose e os sintomas mais importantes ocorrem pela descompensação da doença de base. Também tem elevada associação com depressão e distúrbios do sono. O sofrimento psicológico e a qualidade de vida estão sendo cada vez mais reconhecidos como medidas importantes no sucesso ou fracasso do tratamento do CHC e são alguns dos principais objetivos abordados pelos cuidados paliativos³². Os sintomas estão descritos no Quadro 3.

As principais recomendações de cuidados paliativos em CHC são: (a) uso de paracetamol, ou opioides se necessário, no controle da dor, evitando o uso de AINEs; (b) radioterapia paliativa para metástases ósseas dolorosas e suporte nutricional; (c) apoio psicológico e evitar psicoativos, principalmente benzodiazepínicos e (d) reconhecimento da qualidade de vida do paciente e familiares como metas de tratamento³².

Os pacientes em estágio BCLC 0 e A são geralmente oligo ou assintomáticos e podem ser tratados com proposta curativa por meio de ablação

local, ressecção cirúrgica ou transplante hepático. Apesar de transparecer que os cuidados paliativos têm pouco uso nesse perfil de paciente, os procedimentos indicados apresentam riscos de complicações, a própria cirrose pode descompensar e até 20% destes pacientes saem da lista de transplante devido a progressão do câncer. Portanto, a familiaridade desde o início com a abordagem paliativa favorece o controle precoce de sintomas psicológicos, oferece melhor apoio a família e permite a documentação do ACP³².

Os pacientes em estágio BCLC B têm indicações de terapias como TACE ou radioembolização, que, apesar de prolongar a sobrevida global, não são terapias curativas. Os cuidados paliativos podem auxiliar no gerenciamento dos efeitos adversos, que podem ocorrer em até 83% dos casos, principalmente os sintomas psicológicos gerados pela TACE. Ainda, pacientes e cuidadores geralmente se encontram sobrecarregados devido a terapias consecutivas e com elevada recorrência³².

Os pacientes em estágio BCLC D se apresentam em quadro de terminalidade, com CHC e doença

QUADRO 3. Sintomas pelo CHC e seu tratamento

Efeito local pelo CHC	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Vômitos • Anorexia e perda ponderal • Icterícia e prurido (fator obstrutivo)
Sintomas extra-hepáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia e caquexia • Fadiga e sonolência • Depressão e insônia • Náuseas
Após ressecção e ablação	<ul style="list-style-type: none"> • Dor e febre • Hemorragia • Abscesso hepático • Tromboembolismo venoso
Após terapia sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreia • Anorexia e perda ponderal • Reação cutânea mão-pé • Hipertensão arterial • Fadiga • Alopecia
Após TACE	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome pós-TACE (náuseas, vômitos, febre e dor) • Hemorragia digestiva e ascite • Insuficiência hepática • Abscesso hepático • Fadiga e depressão
Metástases a distância	<ul style="list-style-type: none"> • Dor óssea • Dispneia

Fonte: Adaptado de Laube *et al.*³².

hepática avançada, além de status funcional prejudicado. Geralmente possuem alta carga de sofrimento físico, psicológico e emocional, além de cuidadores com importante sensação de despreparo. Os cuidados paliativos são essenciais no manejo dos sintomas, suporte à família ou ao cuidador, orientações sobre a história natural da doença, cuidados ao fim da vida e aconselhamento sobre luto. A equipe de Cuidados Paliativos também pode fornecer serviços de atendimento domiciliar, objetivando o controle de sintomas e reduzindo as taxas de readmissão, além de ajudar em administrar uma morte domiciliar, se assim desejar o paciente e seus familiares³².

Rush *et al.* (2016), avaliando 1789 pacientes internados por descompensação hepática recorrente, verificaram que apenas 4,5% foram direcionados aos cuidados paliativos, enquanto aqueles com CHC representaram 16,2%. Esses dados demonstram que ainda é frequente a associação de assistência paliativa com doenças em estágio terminal, proporcionando encaminhamentos tardios e prejuízo no suporte ao paciente e seus cuidadores³³. Em outro estudo, Kathpalia *et al.* (2016), mostraram que metade dos pacientes sobreviveram apenas por três dias após a solicitação do parecer dos cuidados paliativos, constatando um prejuízo inegável no suporte clínico ao paciente²⁷.

Dessa maneira, a literatura enfatiza o encaminhamento precoce para os Cuidados Paliativos, com pacientes que mostram desejo por entender melhor sua doença, isso antes da primeira descompensação. Portanto, os cuidados paliativos devem ser indicados ao longo de toda a jornada do CHC e não apenas quando da evolução em terminalidade³².

CONCLUSÃO

A integração dos diferentes profissionais de saúde na responsabilidade de assistência para aliviar o sofrimento da pessoa com comprometimento da saúde resulta em melhores resultados nos medidores de qualidade de vida, no suporte aos familiares/cuidadores, nas repercussões psíquicas e também

na gestão de recursos hospitalares. Pensar na assistência paliativa precocemente (ao ser diagnosticado uma doença crônica, por exemplo) poderá beneficiar o paciente assistido, seu âmbito familiar, as instituições prestadoras de serviço assistencial em saúde e a sociedade. Antecipar as orientações de possíveis complicações, aliviar sintomas, prevenir descompensações, entre outras, são competências que devem ser desenvolvidas pelo especialista. Desafios da implementação da assistência paliativa foram observados e descritos na literatura, os quais devem ser superados por entidades e indivíduos atuantes na formação profissional e na prestação da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Birkner B. Die klinische Gastroenterologie: Luxus oder Standardversorgung? *Z Gastroenterol.* 2005;43:1285–92. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858877>
2. Dunn GP. Palliative care: a promising philosophical framework for gastroenterology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006;35:1–21. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2005.12.012>
3. Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Freitas RD, Oliveira LCD, Mendes GLQ, Lima FLT, Chaves GV. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde Debate.* 2022;46:331–45. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213306>
5. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:754–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
6. Rogal SS, Hansen L, Patel A, Ufere NN, Verma M, Woodrell CD, et al. AASLD practice guidance: palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. *Hepatology.* 2022;76:819–53. <https://doi.org/10.1002/hep.32378>
7. Carvalho RC, Parsons HAF. Manual de cuidados paliativos ANCP / Handbook of palliative care ANCP. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
8. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2018;391(10128):1391–454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
9. Holtmann M, Domagk D, Weber M, Moehler M, Pott G, Ramadori G, et al. Gastroenterologische Palliativmedizin. *Z Gastroenterol.* 2008;46:712–24. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1027378>

10. Laugsand EA, Kaasa S, De Conno F, Hanks G, Klepstad P. Intensity and treatment of symptoms in 3030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *J Opioid Manag.* 2009;5:11–21. <https://doi.org/10.5055/jom.2009.0002>
11. Arnstadt B, Allescher HD. Palliative endoscopy. *Chirurg.* 2022;93:310–22. <https://doi.org/10.1007/s00104-021-01426-5>
12. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, De Haes HCJM, Voest EE, De Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34:94–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015>
13. Schütte K, Weigt J, Meyer F, Malferttheiner P. Palliativtherapie im Grenzgebiet zwischen Gastroenterologie und (Viszeral-) Chirurgie. *Zentralbl Chir.* 2010;135:528–34. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262702>
14. Soliman YY, Kundranda M, Kachaamy T. Endoscopic palliative therapies for esophageal cancer. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2024;34:91–109. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2023.07.003>
15. Krouse RS. Malignant bowel obstruction. *J Surg Oncol.* 2019;120:74–7. <https://doi.org/10.1002/jso.25451>
16. Haluszka O. Palliative gastroenterology. *Semin Oncol.* 2005;32:174–8. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2004.11.010>
17. Gerson LB, Triadafilopoulos G. Palliative care in inflammatory bowel disease: an evidence-based approach. *Inflamm Bowel Dis.* 2000;6:228–43. <https://doi.org/10.1097/00054725-200008000-00009>
18. Rivet EB, Bohl JL, Al Yassin S, Bickston SJ. Palliative care in inflammatory bowel disease: a new partnership. *Crohn's Colitis* 360. 2021;3:otab062. <https://doi.org/10.1093/crocol/otab062>
19. Scott LD. Quality medical care in gastroenterology: lessons from palliative medicine. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1352–5. <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.142>
20. Drossman DA. Presidential address: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med.* 1998 May-Jun;60(3):258–67. <https://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00007>
21. Feng L, Cai X, Zou Q, Peng Y, Xu L, Wang L, et al. Exploring the management and treatment of IBD from the perspective of psychological comorbidities. *Ther Adv Gastroenterol.* 2024 Oct 16;17:17562848241290685. <https://doi.org/10.1177/17562848241290685>
22. Langberg KM, Kapo JM, Taddei TH. Palliative care in decompensated cirrhosis: a review. *Liver Int.* 2018;38:768–75. <https://doi.org/10.1111/liv.13620>
23. Tandon P, Walling A, Patton H, Taddei T. AGA clinical practice update on palliative care management in cirrhosis: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19:646–56.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.11.027>
24. Shinall MC, Karlekar M, Martin S, Gatto CL, Misra S, Chung CY, et al. COMPASS: a pilot trial of an early palliative care intervention for patients with end-stage liver disease. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58:614–22.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.023>
25. Lamba S, Murphy P, McVicker S, Harris Smith J, Mosenthal AC. Changing end-of-life care practice for liver transplant service patients: structured palliative care intervention in the surgical intensive care unit. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44:508–19. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.018>
26. Poonja Z, Brisebois A, Van Zanten SV, Tandon P, Meeberg G, Karvellas CJ. Patients with cirrhosis and denied liver transplants rarely receive adequate palliative care or appropriate management. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12:692–8. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.08.027>
27. Kathpalia P, Smith A, Lai JC. Underutilization of palliative care services in the liver transplant population. *World J Transplant.* 2016;6:594–600. <https://doi.org/10.5500/wjt.v6.i3.594>
28. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:454–63. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0929>
29. Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019;33:24–36. <https://doi.org/10.1177/0269216318807051>
30. Will V, Rodrigues SG, Berzigotti A. Current treatment options of refractory ascites in liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2022;54:1007–14. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2021.12.007>
31. Shrestha D, Rathi S, Grover S, Taneja S, Duseja A, Chawla YK, et al. Factors affecting psychological burden on the informal caregiver of patients with cirrhosis: looking beyond the patient. *J Clin Exp Hepatol.* 2020;10:9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2019.06.002>
32. Laube R, Sabih A, Strasser SI, Lim L, Cigolini M, Liu K. Palliative care in hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol.* 2021;36:618–28. <https://doi.org/10.1111/jgh.15169>
33. Rush B, Walley KR, Celi LA, Rajoriya N, Brahmania M. Palliative care access for hospitalized patients with end-stage liver disease across the United States. *Hepatology.* 2017;66:1585–91. <https://doi.org/10.1002/hep.29297>

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram igualmente para a elaboração deste artigo.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o parecer 5.333.201 e CAAE: 56406722.9.0000.5071.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque.

Endereço para correspondência

Rua Maranhão, número 335, Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil. CEP: 29101340.