

Perfil dos pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos na enfermaria de gastroenterologia de um hospital terciário

Profile of patients treated by the palliative care team in the gastroenterology ward of a tertiary hospital

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

RESUMO

Introdução: Assistência paliativa é uma competência da gastroenterologia, considerando principalmente as doenças crônica e neoplasias atendidos pela especialidade. Frequentemente o atendimento é realizado pelo médico assistente, porém profissionais especializados apresentam visão ampliada das necessidades e condutas com pacientes e cuidadores. **Objetivos:** Analisar solicitações de interconsultas com equipe de cuidados paliativos aos pacientes com doenças gastroenterológicas de hospital terciário, durante 01 ano. **Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo, avaliando dados de pacientes com interconsultas pela assistência paliativa, comparando com aqueles sem interconsulta. **Resultados:** apenas 10,1% dos 336 pacientes receberam interconsultas, respondida em até 24 horas. Pacientes com interconsulta tinham idade maior que os demais ($63,5 \times 54,7$ anos – $p<0,001$), tempo de internação maior (22×13 dias- $p<0,001$), sem diferença no gênero e 42% evoluíram para óbito ($15/34 \times 15/302$ - $p<0,001$). Apenas 16 dos 154 cirróticos (10,4%) e 1 dos 32 pacientes com doença inflamatória intestinal receberam interconsulta, enquanto 39,1% e 41,1% com neoplasia e cirrose associada ao carcinoma hepatocelular, foram avaliados. Funcionalidade clínica muito comprometida foi observada em 12/27 (44,5%). **Discussão:** Mesmo sendo uma unidade hospitalar que conta com equipe de assistência paliativa, o serviço de gastroenterologia solicitou pouco parecer para doenças crônicas e incapacitantes, resultado não observado na solicitação de interconsulta para doenças oncológicas. **Conclusão:** Aumentar a interdisciplinaridade entre a gastroenterologia e equipe especializada em assistência paliativa poderá proporcionar compartilhamento de objetivos na melhoria da qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento, com abordagem centrada na pessoa com sofrimento grave relacionado a saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Gastroenterologia. Capacidade Funcional. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is a competence of gastroenterology, considering mainly chronic diseases and neoplasms treated by the specialty. Care is often provided by the attending physician, but specialized professionals have a broader view of the needs and conduct with patients and caregivers. **Objectives:** To analyze requests for interconsultations with the palliative care team for patients with gastroenterological diseases in a tertiary hospital, for 01 year. **Methods:** Longitudinal, retrospective study, evaluating data from patients with interconsultations for palliative care, comparing with those without interconsultation. **Results:** only 10.1% of the 336 patients received interconsultations, answered within 24 hours. Patients with consultation-based intervention were older than the others (63.5×54.7 years – $p<0.001$), had a longer hospital stay (22×13 days – $p<0.001$), and there was no difference in gender. 42% died ($15/34 \times 15/302$ – $p<0.001$). Only 16 of the 154 cirrhotic patients (10.4%) and 1 of the 32 patients with inflammatory bowel disease received consultation-based intervention, while 39.1% and 41.1% with neoplasia and cirrhosis associated with hepatocellular carcinoma were evaluated. Severely impaired clinical functionality was observed on 12/27 (44.5%). **Discussion:** Even though it is a hospital unit that has a palliative care team, the gastroenterology service requested few opinions for chronic and disabling diseases, a result not observed in the request for consultation-based intervention for oncological diseases. **Conclusion:** Increasing interdisciplinarity between gastroenterology and the team specialized in palliative care may provide shared objectives in improving quality of life, preventing and alleviating suffering, with an approach centered on the person with serious health-related suffering.

Keywords: Palliative Care. Gastroenterology. Functional Status. Patient Care Team.

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:

12/9/2024

Aprovado:

5/11/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

O avanço científico das últimas quatro décadas possibilitou melhoria na qualidade e aumento da expectativa de vida da população. Por conseguinte, novas demandas clínicas surgiram na Medicina, por vezes mais desafiadoras e complexas, incluindo novos conceitos de Medicina Paliativa, que foram multiplicando no mundo, com algumas diversidades entre grupos. Em 2017, considerando esses diferentes conceitos, a Comissão Lancet sobre Acesso Global a Cuidados Paliativos e Alívio da Dor, reunindo especialistas de várias partes do mundo, considerou que uma pessoa com sofrimento grave relacionado a saúde precisa de assistência e, dependendo da métrica, estaria elegível a abordagem paliativa. O sofrimento relacionado à saúde é considerado grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional e quando compromete o funcionamento físico, social, espiritual e/ou emocional, incluindo as condições socioeconômicas¹.

Os profissionais de saúde em países de baixa e média renda têm frequentemente a difícil tarefa de cuidar de pacientes com acesso limitado a diversos recursos em saúde, sendo por isso, também incluídos na assistência paliativa. A nova definição também incluiu familiares e cuidadores como uma importante unidade de cuidado, e reconhece que o cuidado paliativo deve ser fornecido com base na necessidade e não no prognóstico. Ainda, são listadas as condições fundamentais de serviços de saúde para o atendimento da pessoa com sofrimento grave, incluindo com isso a responsabilidade dos prestadores, sejam públicos ou privados, no atendimento ao indivíduo de forma ampla, considerando o acesso a terapias medicamentosas, equipamentos e demais recursos humanos. Ressalta principalmente a integração dos diferentes profissionais de saúde na responsabilidade de assistência para aliviar o sofrimento da pessoa com comprometimento da saúde².

Em consonância com os novos conceitos, o gastroenterologista precisa ter conhecimento da abordagem paliativa, pois diariamente atende pacientes com doenças crônicas, que causam muito sofrimento físico, social, psíquico e que necessitam de atenção dos serviços públicos. Pacientes com cirro-

se, por exemplo, passam por padrões repetitivos de recuperação e deterioração e são sobrecarregados com incertezas quanto ao futuro³. Também necessitam de atendimentos frequentes na rede de saúde, medicações de alto valor fornecidas pela assistência farmacêutica, mudanças no comportamento (cessação de álcool e drogas, restrição alimentar, mudança na sexualidade, entre outras), além de requerer frequentemente de apoio de terceiros para atividades diárias e/ou atendimento de saúde. Com a progressão da doença crônica gastroenterológica, muitas vezes é necessário associar abordagem da equipe especializada em cuidados paliativos².

O objetivo desse trabalho é avaliar retrospectivamente as avaliações realizadas e registradas nos prontuários das interconsultas da equipe de cuidados paliativos nos pacientes internados em um hospital terciário, no período de 01 ano, comparando o perfil dos pacientes que receberam interconsulta com o perfil dos demais pacientes. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética Médica com o número: CAAE: 56406722.9.0000.5071 e parecer: 5.333.201.

MÉTODOS

Estudo longitudinal, retrospectivo, através da coleta de dados em prontuário eletrônico dos pacientes internados na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, Brasil, de 01 de março de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, comparando o perfil dos pacientes que foram ou não avaliados pela equipe de cuidados paliativos do hospital, após solicitação de interconsulta. Os critérios de inclusão, além dos supracitados, foram pacientes maiores de 18 anos internados no serviço, enquanto os critérios de exclusão foram aqueles com informações incompletas de prontuário ou menores de 18 anos. No levantamento de dados foram utilizadas variáveis demográficas (sexo e idade), datas de admissão e alta, desfecho clínico da internação, tempo de internação, diagnósticos de base, motivo da internação pela gastroenterologia, se houve ou não avaliação dos cuidados paliativos e o tempo de

resposta do parecer. Por fim, foi registrado o valor final encontrado na aplicação da escala de funcionalidade conhecida como Palliative Performance Scale (PPS), apresentada no Quadro 1, categorizando o PPS em até 30% (com maior dependência de cuidados e maior risco de vida), e 40% ou mais (com maior autonomia e menor risco de vida).

As informações coletadas foram organizadas no programa Microsoft Excel e posteriormente transferidas para o programa SSPS v23 (IBM, Nova Iorque, Estados Unidos) para a computação estatística dos dados. Na análise descritiva inicial foram comparadas variáveis contínuas pelo teste t de Student e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney. Para comparar as variáveis categóricas foi usado o teste do Qui-quadrado ou, quando necessário, o teste Exato de Fisher. Na comparação de médias foi utilizado teste de ANOVA. O nível de significância considerado foi de 5% (p -valor < 0,05) e a revisão bibliográfica de artigos científicos foi realizada nas bases de dados PUBMED e SciElo.

RESULTADOS

Durante o período de um ano foram avaliados na enfermaria de Gastroenterologia do HUCAM um total de 336 internações, sendo solicitada interconsulta da Equipe de Cuidados Paliativos em 34 destas (10,1%). O tempo de resposta do parecer ocorreu, na maioria dos casos, em até 24 horas da solicitação e 42,8% dos pacientes em cuidados paliativos tiveram como desfecho o óbito ainda na mesma internação hospitalar. Na Tabela 1 pode ser observado detalhes desses dados, além da categorização entre os principais diagnósticos. O desfecho somente foi possível recuperar em 154 casos. Entre os cirróticos que receberam interconsultas (16 casos), 11 (68,7%) evoluíram para óbito na mesma internação, enquanto os 138 que não receberam interconsulta, somente 9,4% (13 casos) faleceram na internação.

O Gráfico 1 demonstra a totalidade dos pacientes internados na enfermaria de Gastroenterologia com diagnóstico de neoplasia, comparando aqueles

QUADRO 1. Escala de avaliação de funcionalidade do paciente, conhecida como Palliative Performance Scale (PPS) e validada no Brasil

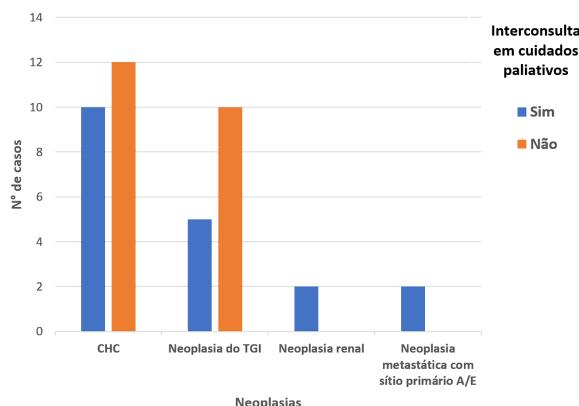
%	Deambulação	Atividade de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; algum grau de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; algum grau de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Geralmente sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Geralmente acamado	Incapaz para maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confuso
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confuso
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima (pequenos goles)	Completa ou sonolência. +/- confuso
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confuso
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Adaptada de Victoria Hospice Society⁴.

em que foi ou não solicitado interconsulta com a equipe de cuidados paliativos do hospital.

Não foi possível identificar no prontuário o PPS em 8 dos pacientes que realizaram interconsulta,

GRÁFICO 1. Comparação da solicitação de interconsulta com Equipe de Cuidados Paliativos em pacientes internados na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes



Fonte: Elaboração própria (2024).

TABELA 1. Dados demográficos dos pacientes internados na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes que receberam interconsulta com Equipe de Cuidados Paliativos, comparados com os que não receberam

	Não avaliados pelos cuidados paliativos (%)	Avaliados pelos cuidados paliativos (%)	Total	Valor p
Nº de Pacientes	302 (89,9%)	34 (10,1%)	336	-
SEXO				0,344
Masculino	198 (89,2%)	24 (10,8%)	222	
Feminino	104 (91,2%)	10 (8,8%)	114	
Média de idade (anos)	54,75 (DP±14,01)	66,53 (DP±11,01)	55,95 (DP±14,2)	<0,001
Tempo internação (dias)	13,17 (DP±12,00)	22,03 (DP±17,04)	14,07 (DP±12,85)	<0,001
Tempo resposta do parecer:				
≤ 24h			34	-
≤ 72h	-	22 (64,7%)		
> 72h	-	2 (5,8%)		
	-	10 (29,4%)		
Diagnósticos:				
° Cirrose	138 (89,6%)	16 (10,4%)	154	0,510
° DII	32 (97%)	1 (3%)	33	0,126
° PA	20	0	20	-
° PC	7	0	7	-
° SAA	6	0	6	-
° Neoplasia	14 (60,9%)	9 (39,1%)	23	<0,001
° Cirrose e CHC	10 (58,9%)	7 (41,1%)	17	<0,001
° Outros	75 (98,7%)	1 (1,3%)	76	0,001
Desfecho clínico:				
° Alta melhorada	260 (94,6%)	15 (5,4%)	275	<0,001
° Óbito	20 (57,2%)	15 (42,8%)	35	
° Outros	22 (84,6%)	4 (15,4%)	26	

DP: desvio padrão; DII: doença inflamatória intestinal; PA: pancreatite aguda; PC: pancreatite crônica; SAA: síndrome de abstinência alcoólica; CHC: carcinoma hepatocelular. Fonte: Elaboração própria (2024).

sendo analisado em 26 pacientes. Na Tabela 2, podemos avaliar o comparativo entre o sexo, idade e tempo de internação com o PPS dos pacientes que foi solicitado interconsulta com os cuidados paliativos. Observamos que nessa amostragem o sexo feminino teve um PPS significamente menor, indicando pior *performance status* do que no sexo masculino. Apesar do pequeno número de casos, o sexo feminino apresenta internações com maior gravidade e pior desfecho clínico concordando com o padrão de funcionalidade pior ($p=0,011$). Não houve diferença estatística de idade e de tempo de internação quando comparada ao PPS.

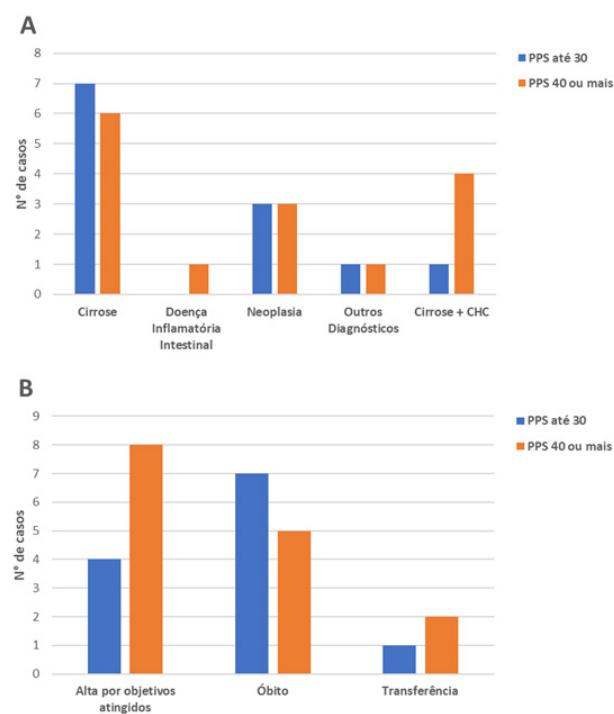
No Gráfico 2 foram avaliados o diagnóstico e o desfecho clínico nos pacientes comparando com sua classificação pela escala de PPS. Dos 26 pacientes com registro do desfecho e do PPS, 12 evoluíram para óbito (44,5%) com PPS até 30%, enquanto 5 apresentavam PPS de 40% ou mais ($p=0,194$).

TABELA 2. Comparação da escala de PPS com dados demográficos e tempo de internação nos pacientes que receberam interconsulta da Equipe de Cuidados Paliativos internados na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

	Avaliados pelos cuidados paliativos	PPS até 30	PPS 40 ou mais	Valor p
Sexo				
Masculino	19	5	14	
Feminino	7	6	7	0,001 (teste de Fischer)
Média de idade (anos)	66,15 (DP±9,3)	69,0 (DP±6,6)	64,1 (DP±10,6)	0,125 (ANOVA)
tempo internado (dias)	25,9 (DP±17,2)	27,6 (DP±15,69)	24,6 (DP±18,7)	0,499 (ANOVA)

PPS: Palliative Performance Scale; DP: desvio padrão. Fonte: Elaboração própria (2024).

GRÁFICO 2. Comparação da escala de PPS com o diagnóstico e o desfecho clínico nos pacientes que receberam interconsulta da equipe de cuidados paliativos internados na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes



Fonte: Elaboração própria (2024).

DISCUSSÃO

A identificação da necessidade de assistência paliativa é dever de todo profissional de saúde², porém é importante a presença da equipe especializada em abordagem paliativa, principalmente em unidades de saúde de alta complexidade. Ainda é possível ob-

servar locais de atendimento à pacientes com doenças ameaçadoras da vida em que a solicitação de interconsulta com a equipe especializada continua a ser acionada tarde, na terminalidade da vida. Clara *et al.*, em 2020, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no Espírito Santo - Brasil, analisaram 218 prontuários de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com alta dependência de cuidados pela escala de PPS e observaram que apenas em 102 pacientes foram solicitados interconsulta com a equipe de cuidados paliativos (47%) e de forma tardia⁵. Mercadante *et al.*, em 2018, refletindo sobre a importância da assistência paliativa em UTI, relatam que pacientes apresentam frequentemente sintomas angustiantes e muito vezes sem alívio, reforçando que os cuidados ao fim da vida em leito de UTI não devem incluir apenas o gerenciamento da dor e de outros sintomas, mas também apoiar a dignidade da morte e o respeito ao indivíduo⁶. Embora estes estudos ocorreram em cenário diferente de uma Enfermaria de Gastroenterologia, é lícito extrapolar, pois a gravidade e angústia frequentemente ocorrem em pacientes crônicos e graves, como os portadores de cirrose, doença inflamatória intestinal (DII) e outras doenças não neoplásicas atendidos pelo gastroenterologista.

Em um hospital que tem uma equipe de assistência paliativa, acionar uma interconsulta pode ser um grande aprendizado. Em nosso estudo se observou que das 336 internações na enfermaria de Gastroenterologia, apenas 10,1% foram avaliadas pela

equipe de especializada em cuidados paliativos, o que pode representar uma subutilização. Dado semelhante foi encontrado nas interconsultas nos cirróticos (10,4%), condição de elevado potencial de sofrimento devido ao comprometimento da saúde⁶. Ainda, ao analisar separadamente esse grupo, pode ser observado que a maioria faleceu durante a internação (11/16 casos), podendo indicar que a solicitação talvez tenha ocorrido para avaliar futilidade terapêutica ou outra condição relacionada ao fim da vida. Também na DII, embora ocorra grave comprometimento clínico e social, somente foi solicitado 01 parecer em 33 casos (esse paciente teve alta com os objetivos atingidos). É importante ressaltar que existem poucos artigos científicos relevantes de cuidados paliativos em DII⁷.

No atual trabalho, a maioria dos casos avaliados eram homens, a solicitação de avaliação paliativa ocorreu igualmente entre os sexos, porém as mulheres tiveram significativamente mais comprometimento funcional, demonstrado por PPS até 30 ($p=0,001$), mesmo com número pequeno de pacientes. Ainda, aqueles que receberam avaliação da equipe de assistência paliativa eram mais idosos (66,53 x 54,75%; $p < 0,001$). Interessante observar que o tempo de resposta da solicitação de interconsulta foi muito baixo (em até 24 horas da solicitação), indicando que a equipe de cuidados paliativos está atenta às necessidades das especialidades.

Poonja *et al.*, em 2014, analisando pacientes cirróticos que foram recusados para transplante de fígado, observaram que apenas 11% foram referenciados para equipe de assistência paliativa e os pacientes mais idosos tiveram mais chance de receber interconsulta de especialistas em cuidados paliativos⁸. Rush *et al.*, em 2017, avaliaram 1789 pacientes internados por descompensação hepática recorrente, encontrando apenas 4,5% dos pacientes direcionados aos cuidados paliativos, sendo que aqueles com diagnóstico de CHC tinham o dobro de chances de receber tais cuidados, representando 16,2% das consultas realizadas. Esses dados demonstram que ainda é comum a associação limitada da assistência paliativa especializada com doenças oncológicas, talvez proporcionando encaminhamentos tardios⁹. Também por Kathpalia *et al.*, em 2016,

observaram encaminhamentos tardios, com metade dos pacientes sobrevivendo apenas por três dias após a solicitação do parecer, constatando um provável prejuízo no suporte clínico aos pacientes e familiares/cuidadores¹⁰.

Outro estudo por Shinall *et al.* em 2019 comparou a intervenção precoce dos cuidados paliativos em um grupo de pacientes internados com cirrose hepática descompensada, com um grupo que recebeu cuidados apenas pela equipe de hepatologia, ambos com pacientes com expectativa de vida menor que 12 meses; embora este estudo tenha sido encerrado prematuramente devido ao baixo número de participantes, os pacientes do grupo de intervenção precoce tiveram taxas de readmissão significativamente menores e mais dias em casa quando comparado com o grupo controle¹¹.

Na oncologia a integração da abordagem paliativa com o profissional da especialidade é melhor estabelecida. O início precoce de cuidados direcionados ao paciente por equipes especializadas em assistência paliativa, juntamente com o tratamento direcionado ao tumor, promove o cuidado centrado no paciente¹². Em nosso estudo, dos 40 pacientes com diagnóstico de neoplasia, 16 (40%) receberam interconsulta. A avaliação sistemática centrada no tratamento integral do paciente e o envolvimento ativo do paciente nas decisões sobre o tratamento do câncer, comprovaram ser melhores no controle dos sintomas, na saúde física e mental, assim como no melhor gerenciamento dos recursos de saúde¹².

No tratamento do CHC muitas das opções terapêuticas não são curativas. As diretrizes de prática clínica da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL) fornecem várias declarações sobre cuidados paliativos, porém apenas para pacientes em terminidade, com estadiamento Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) grau D¹³. O estudo de Zou *et al.* em 2018 mostrou que mesmo em pacientes com estadiamento BCLC C, com metástases extra-hepáticas ou invasão vascular, os cuidados paliativos continuam sendo subutilizados, com apenas 40,8% dos pacientes sendo direcionados após o diagnóstico e 32,6% após receber terapia direcionada¹⁴. Pode ser observado em nossa amostragem no gráfico 01, que mesmo muitos dos pacientes com diagnóstico de doenças oncológicas,

como CHC e outros, não foram encaminhados para uma avaliação com os cuidados paliativos.

Em nosso estudo, pela comparação do PPS categorizado não houve diferença significativa do tempo de internação, com um discreto aumento naqueles com maior dependência de cuidados (PPS até 30%). Apesar de uma pior funcionalidade do paciente ter influência no tempo de internação, os cuidados paliativos auxiliam em determinar quais terapias podem ser instituídas a nível ambulatorial ou domiciliar conforme a determinação do prognóstico. Entretanto, é importante ressaltar que o pequeno número de pacientes em nosso estudo prejudica a confiabilidade da análise estatística. O gráfico 02 A demonstra que, com exceção para cirrose hepática, em que a maioria apresentou pior grau de funcionalidade pela escala de PPS, nas demais doenças (DII, neoplasias ou cirrose associado ao CHC) a maioria apresentou melhor funcionalidade ou então taxas equivalentes entre o PPS. No gráfico 02 B observamos que os pacientes com menor *performance status* foram os que mais vieram a óbito na mesma internação hospitalar (7/11 x 8/23).

CONCLUSÃO

Quando a Comissão Lancet sobre Acesso Global a Cuidados Paliativos e Alívio da Dor considerou que uma pessoa com sofrimento grave relacionado à saúde precisa de assistência e, dependendo da métrica, estaria elegível a abordagem paliativa, conceituando ainda que o sofrimento relacionado à saúde é grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional, foi postulado que todo médico necessita atuar na assistência paliativa². Porém, a interdisciplinaridade representa sempre aprendizado e uma melhor prestação de atendimento à saúde. No atual trabalho, embora o número muito pequeno de pacientes avaliados não permita aferir os benefícios da assistência paliativa na Gastroenterologia, a maior prevalência de interconsultas para a equipe de assistência paliativa à pacientes com diagnóstico de neoplasias e a elevada taxa de óbitos durante a internação, pode ser um indicador de que a equipe de gastroenterologia não esteja preparada

para enfrentar a terminalidade da vida, expondo a fragilidade da formação do especialista. Todo paciente e familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida tem direito a receber assistência paliativa, prevenindo e aliviando o sofrimento, com reconhecimento precoce, avaliação precisa e criteriosa das demandas físicas, psicossociais ou espirituais, além de ser obrigação do profissional de saúde lutar para que os serviços de saúde, público ou privado, respeitem os direitos dos pacientes ao acesso a tratamento. Aumentar a interdisciplinaridade entre a gastroenterologia e equipe especializada em assistência paliativa poderá proporcionar compartilhamento de objetivos na melhoria da qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento, com abordagem centrada na pessoa com sofrimento relacionado a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhattacharjee S, Blanchard C, et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct;60(4):754–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Alleyne GAO, 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)
3. Kim S, Lee K, Kim C, Choi J, Kim S. How do we start palliative care for patients with end-stage liver disease? *Gastroenterol Nurs*. 2022 Mar-Apr;45(2):101–12. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000611>
4. Maciel MGS, tradutor. Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. In: Medical care of the dying. 4th ed. Victoria (BC): Victoria Hospice Society; 2006 [trad. 2009]. p.120. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_portuguese_brazilian_-_sample.pdf
5. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The palliative care screening tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;22:e190143. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
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. 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>
8. 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 Apr;12(4):692–8. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.08.027>
9. 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>
10. 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>
11. 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>
12. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, Brunelli C, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2018 Nov;19(11):e588–653. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)
13. 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>
14. Zou WY, El-Serag HB, Sada YH, Temple SL, Sansgiry S, Kanwal F, et al. Determinants and outcomes of hospice utilization among patients with advanced-stage hepatocellular carcinoma in a Veterans Affairs population. *Dig Dis Sci.* 2018;63:1173–81. <https://doi.org/10.1007/s10620-018-4989-4>

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 declararam 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

Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29043-900.