

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000

FATORES ASSOCIADOS À VISITA À EMERGÊNCIA OU HOSPITALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DOMICILIARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Factors associated with emergency room visit or hospitalization in care oncology home care: an integrative review

Factores asociados a la visita a urgencias o a la hospitalización en cuidado atención oncológica a domicilio: una revisión integradora

Flávia Navi de Souza¹ 

Vanessa Gomes da Silva² 

Alexandre Sousa da Silva³ 

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares. **Método:** revisão integrativa nas bases PubMed, LILACS, Web of Science e Embase. Perguntou-se “quais os fatores associados à visita a serviços de emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares?”. Descritores foram neoplasias; cuidados paliativos; hospitalização; serviços médicos de emergência; serviços de assistência domiciliar. Critérios de elegibilidade foram texto na íntegra; entre 2012 e 2022; idioma inglês, português ou espanhol; idade adulta. **Resultados:** foram selecionados 16 artigos. As causas mais comuns de visita à emergência/hospitalização foram dor, falta de ar, infecção, sintomas digestivos, delirium e queda do estado geral/fadiga. **Conclusão:** este estudo identificou lacunas em que os cuidados paliativos domiciliares podem ser aprimorados.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Neoplasias; Serviços de assistência domiciliar; Emergência; Hospitalização.

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

² Programa em Ensino em Biociências e Saúde – IOC-Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Recebido em: 22/07/2022; Aceito em: 09/11/2022; Publicado em: 11/04/2023

Autor correspondente: Flávia Navi de Souza, E-mail: flavia_navi@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Souza FN, Silva VG, Silva AS. Fatores associados à visita à emergência ou hospitalização em cuidados paliativos oncológicos domiciliares: uma revisão integrativa. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12000. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000>



ABSTRACT

Objective: to identify the factors associated with the emergency visit or hospitalization of cancer patients in palliative home care. **Method:** integrative review in PubMed, LILACS, Web of Science and Embase. The question was “what factors are associated with visiting emergency services or hospitalization of cancer patients in palliative home care?”. Descriptors were neoplasms; palliative care; hospitalization; emergency medical services; home care services. Eligibility criteria were full text; between 2012 and 2022; English, Portuguese or Spanish language; adulthood. **Results:** 16 articles were selected. The most common causes of emergency room visits/hospitalization were pain, shortness of breath, infection, digestive symptoms, delirium, and poor general condition/fatigue. **Conclusion:** this study identified gaps in which palliative home care can be improved.

DESCRIPTORS: Palliative care; Neoplasms; Home care services; Emergency; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados a la visita a urgencias u hospitalización de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios. **Método:** revisión integrativa en PubMed, LILACS, Web of Science y Embase. La pregunta fue “¿qué factores se asocian con la visita a los servicios de emergencia o la hospitalización de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios?”. Descriptores fueron neoplasias; Cuidados paliativos; hospitalización; servicios médicos de emergencia; servicios de atención domiciliaria. Los criterios de elegibilidad fueron texto completo; entre 2012 y 2022; idioma inglés, portugués o español; edad adulta. **Resultados:** se seleccionaron 16 artículos. Las causas más comunes de visitas a la sala de emergencias/hospitalización fueron dolor, dificultad para respirar, infección, síntomas digestivos, delirio y mal estado general/fatiga. **Conclusión:** este estudio identificó brechas en las que se pueden mejorar los cuidados paliativos domiciliarios.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Neoplasias; Servicios de atención domiciliaria; Emergencia; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte no mundo, com grande impacto físico, emocional e financeiro na vida de pacientes, familiares, comunidades e nos sistemas de saúde.¹ Também representa a principal causa de necessidade de Cuidados Paliativos (CP) em adultos no mundo.² Apesar dos avanços na saúde, muitos casos de câncer são diagnosticados em fase avançada, com pouca chance de cura.³

Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos oncológicos é a identificação e controle dos principais sintomas dos pacientes com câncer avançado, o que pode ser feito em diferentes cenários, como domicílio, ambulatório, unidades hospitalares, unidades de cuidados paliativos exclusivos ou em instituições de longa permanência.⁴⁻⁵ O local onde paciente deseja receber os cuidados, inclusive no fim de vida, costuma ser a própria casa, o que requer preparo e estrutura para tornar isso viável.^{4,6-7} Existem serviços de Assistência Domiciliar (AD) especializados em CP oncológicos, cujos benefícios incluem favorecer o alívio de sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais, reduzir a procura por emergência, evitar internações desnecessárias, reduzir a taxa de morte no ambiente hospitalar e permitir que os pacientes fiquem maior tempo em casa ao lado de suas famílias, reduzindo também os custos hospitalares.⁸⁻¹⁴

Entretanto, pacientes com câncer em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) podem necessitar de atendimento em setor de emergência em situações de complicações e/ou queda do estado geral, provocadas pela evolução natural da doença, efeitos da terapia anticâncer ou pela falta de controle de sintomas.¹⁵⁻¹⁶

Diante da proximidade da morte, deve-se tentar o controle adequado dos sintomas dos pacientes no local de sua preferência.

Muitos desejam evitar visita à emergência devido ao sofrimento inerente ao atendimento e por isso frequentemente resultar em hospitalização.¹⁷⁻¹⁹ A permanência do paciente em casa e a prevenção de Visita à Emergência ou Hospitalização (VEH) são consideradas critérios de qualidade dos cuidados de fim de vida.²⁰⁻²² Em contraponto, visitas repetidas à emergência, internação prolongada e morte no hospital são consideradas cuidados agressivos de fim de vida.²³ Destaca-se que a permanência do paciente em casa sofre influência de fatores diversos, como por exemplo, o acesso a CP, conforto dos cuidadores, intensidade dos sintomas e preferência dos pacientes.²⁴

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura quais são os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização dos pacientes oncológicos em CPD.

MÉTODO

Foi utilizada a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) para coleta de dados e levantamento bibliográfico, visando a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o tema estudado, de forma a ajudar no direcionamento de novas pesquisas e no aprimoramento da assistência à saúde.²⁵ O processo de elaboração da RIL percorreu seis etapas distintas, descritas a seguir.

Na primeira etapa, definiu-se a pergunta de pesquisa, utilizando o acrônimo PICO (população, fenômeno de interesse e contexto), onde a população foi representada pelos pacientes oncológicos em cuidados paliativos; o fenômeno de interesse foi a visita à emergência ou hospitalização; e o contexto estava relacionado à assistência domiciliar. A questão da pesquisa, portanto, foi: “quais os fatores associados à visita a serviços de

emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares?” A estratégia de busca envolveu vocabulários estruturados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), palavras-chave e os operadores booleanos “OR”, “AND” e “NOT”.

Na segunda etapa foi realizada busca na literatura, através de quatro bases de dados eletrônicas: *PubMed/Medline*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Embase* e *Web of Science*.

Utilizaram-se diferentes estratégias de busca para cada base de dados. A frase booleana utilizada para busca no *Pubmed* foi: ("neoplasms" OR "neoplasm" OR "cancer" OR "tumor" OR "tumour" OR "malignant*" OR "malignant neoplasms" OR "malignant neoplasm" OR "neoplasia" OR "carcinoma" OR "oncol*") AND ("palliative care" OR "palliative medicine" OR "hospices" OR "hospice care" OR "palliative supportive care" OR "palliative therapy" OR "palliati*" OR "terminal*" OR "incurable" OR "dying" OR "end of life" OR "terminal care") AND ("house calls" OR "home visits" OR "home care services" OR "domiciliary care" OR "home care" OR "Home Health Care Services" OR "home palliative care" OR "home-based palliative care") AND ("emergencies" OR "emergency" OR "Emergency Services, Hospital" OR "hospital Emergency Services" OR "Services, Hospital Emergency" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Hospital Services" OR "Service, Emergency Hospital" OR "Services, Emergency Hospital" OR "Emergency, Hospital Service" OR "Emergency Units" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Departments" OR "Department, Emergency" OR "Departments, Emergency"

OR "Emergency Department" OR "hospitalization" OR "After-hours" OR "out-of-hours" OR "unplanned hospital admission" OR "Unscheduled") NOT ("child*" OR "adolescent" OR "pediatric*" OR "paediatric*" OR "non-malignant*" OR "noncancer" OR "noncancer" OR "nonmalignant*").

A busca foi feita em janeiro de 2022 e repetida em junho de 2022. Os critérios de inclusão foram: texto completo disponível em revistas acadêmicas; publicação dos últimos dez anos; população adulta; idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que não respondiam à pergunta da pesquisa; estudos com crianças/ adolescentes; estudos com mistura de pacientes oncológicos e não-oncológicos, em que pacientes oncológicos representassem menos da metade da amostra; estudos de revisão/ relato de caso; publicações com mais de dez anos; e idiomas diferentes de inglês, português e espanhol.

Na terceira etapa, foi realizada a categorização dos estudos, com a organização das informações e criação de banco de dados. Foram extraídas as informações de título/ano/país, objetivo, método e resultados, que foram registradas em planilhas do *Microsoft Excel* e em documentos do *Microsoft Word*. Para o gerenciamento das referências, utilizou-se o software *Mendeley Reference Manager*. O preenchimento do fluxograma da busca foi realizado com base no modelo PRISMA 2020, adaptado pelos autores.

A quarta etapa consistiu na leitura na íntegra dos artigos, com avaliação e análise crítica dos estudos pré-selecionados. Na quinta

etapa foram interpretados e discutidos os resultados. Também foram feitas sugestões para futuras pesquisas e proposta de recomendações. Por fim, na sexta etapa, foi realizada a síntese do conhecimento, com apresentação na forma deste artigo científico.

RESULTADOS

Através da busca na base de dados, foram encontrados 921 estudos: 357 no *PubMed*, 7 na LILACS, 401 na *Embase* e 156 na *Web of Science*. Eliminados os duplicados, restaram 795 estudos para triagem, dos quais 588 foram excluídos após aplicação dos critérios de seleção. Foi realizada leitura de título e resumo de 207 estudos, seguida da retirada de 139 estudos que não tinham pertinência com o tema estudado. Foram considerados elegíveis 68 estudos para leitura na íntegra, com exclusão de 52 estudos por não responderem à pergunta de pesquisa. Um total de 16 estudos foi incluído na seleção dessa RIL, conforme fluxograma PRISMA representado na Figura 1.

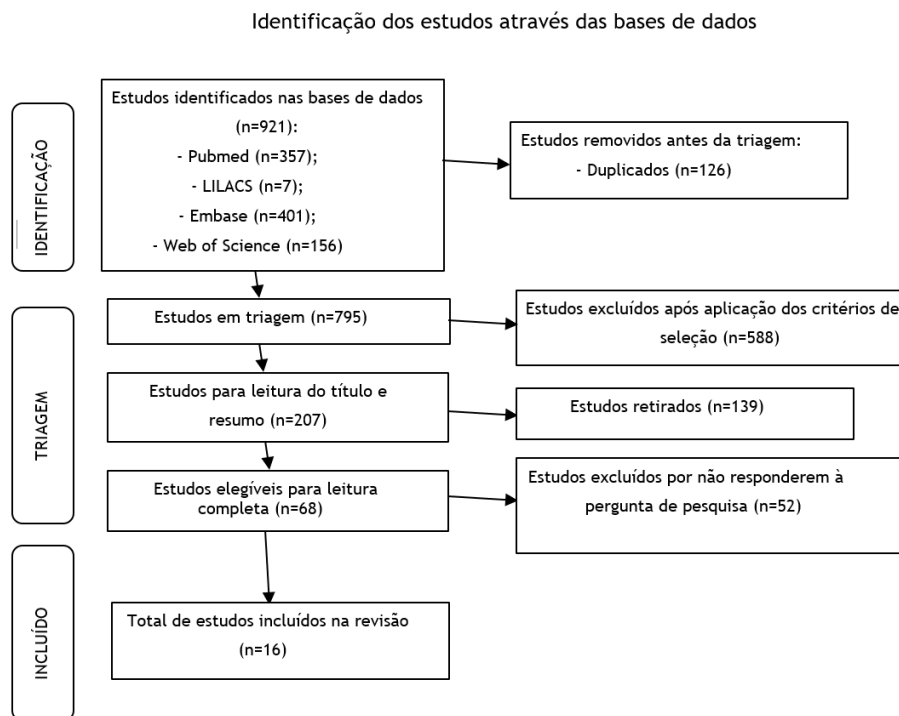
As principais características dos estudos selecionados foram mapeadas no Quadro 1.

Onze estudos avaliaram as causas de VEH. As principais causas, conforme número de citações são: dor (oito); falta de ar (sete); infecção/febre (seis); sintomas digestivos (cinco); delirium, queda do estado geral/fadiga (três); hemorragia, toxicidade, sobrecarga familiar e ascite (dois). Outros fatores citados em apenas um artigo foram: cuidados de fim de vida, sintomas neurológicos, falência renal, obstrução de vias aéreas, isolamento social, realização de exames e desidratação/ distúrbios metabólicos. A maioria das causas consistiu em sinais ou sintomas físicos apresentados pelos pacientes oncológicos em CPD. A dor foi a causa com maior número de citações nos estudos, porém afetou o maior percentual de pacientes em apenas dois estudos.^{15,29} Em relação à quantidade de pacientes afetada por cada causa, a falta de ar foi o sintoma que provocou VEH no maior percentual de pacientes.

Oito estudos apontaram fatores de risco para VEH, sendo os mais citados: falta de ar e tumor hematológico (cada um citado em dois artigos).^{9,13,31} Os demais fatores de risco, citados em apenas um artigo foram: dor, alteração do nível de consciência, sangramento gastrointestinal, sexo masculino, tumores genitourinários, carcinoma hepatocelular, câncer de pulmão, câncer de cabeça e pescoço, câncer de próstata, fim de vida com cuidador do sexo masculino, estado conjugal casado, ausência de CPD, feriados ou períodos noturnos sem atendimento disponível da equipe de CPD, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, desidratação/ distúrbios metabólicos e pneumonia.

Os fatores de proteção para VEH foram mencionados em sete artigos. Exemplos dessa categoria são: CPD nos últimos 6 meses de vida, CP após alta hospitalar, atendimento domiciliar de enfermagem no último mês de vida, início precoce de cuidados paliativos, cuidadora do sexo feminina ou cônjuge feminina, acesso a serviço de CPD com funcionamento em horário estendido e treinamento da equipe para controle de falta de ar, integração entre médico assistente e equipe de plantão; presença de diretivas antecipadas de vontade.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA de busca nas bases de dados e seleção dos estudos (adaptado pelos autores). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Quadro 1 – Mapeamento das principais características dos 16 estudos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

| Título/ano/país | Objetivo | Método | Resultados |
|--|--|-----------------------|--|
| End-of-life care pathway of head and neck cancer patients: single institution experience ²⁶ Ano: 2018 País: Finlândia | Avaliar o papel dos CP para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. | Retrospectivo. | As complicações mais comuns nos pacientes foram infecção (também causa mais comum de VEH), sangramento, delirium e obstrução de vias aéreas. |
| Enhanced home palliative care could reduce emergency department visits due to non-organic dyspnea among cancer patients: a retrospective cohort study ²⁷ Ano: 2021 País: Taiwan | Comparar o resultado de duas abordagens diferentes da equipe de CPD no controle da falta de ar. | Coorte retrospectivo. | As causas mais comuns de visita à emergência foram: falta de ar, dor, sintomas gastrintestinais e febre. Houve redução de procura à emergência por falta de ar no grupo com CPD em horário estendido (sete dias por semana). |
| End-of-Life Cancer Care: Temporal Association between Homecare Nursing and Hospitalizations ²⁸ Ano: 2016 País: Canadá | Investigar a relação temporal entre atendimento domiciliar de enfermagem na redução de hospitalizações na fase de fim de vida. | Coorte retrospectivo. | CPD reduziram de forma expressiva a taxa de hospitalização nos últimos seis meses de vida. AD convencional feita no último mês de vida também protegeu contra hospitalizações. |
| The Palliative-Supportive Care Unit in a Comprehensive Cancer Center as Crossroad for Patients' Oncological Pathway ²⁹ Ano: 2016 País: Itália | Avaliar como a admissão em unidades de cuidados paliativos pode influenciar a trajetória dos pacientes com câncer avançado. | Prospectivo. | Os motivos mais comuns de hospitalizações foram dor não controlada, toxicidade por opioide, toxicidade do tratamento anticâncer e cuidados de fim de vida. |
| Palliative Care Unit at Home: Impact on Quality of Life in Cancer Patients at the End of Life in a Rural Environment ⁷ Ano: 2022 País: Espanha | Estudar o impacto de CPD na qualidade de assistência a pacientes com câncer. | Retrospectivo. | A ausência de CPD aumentou o risco de visitas à emergência, internações e morte em hospital. As causas mais comuns das internações foram queda do estado geral, falta de ar, infecção, dor e toxicidade. |

Quadro 1 – Cont.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: a retrospective cohort study of patients with cancer ¹³ Ano: 2021 País: Canadá | Avaliar associação entre CPD e visitas à emergência nos 30 e 90 dias antes da morte. | Coorte retrospectivo. | Nos últimos 30 e 90 dias de vida, pacientes que receberam atendimento domiciliar por equipes generalistas ou que não receberam atendimento domiciliar tiveram maior chance de visita à emergência. |
| Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study ³⁰ Ano: 2013 País: Noruega | Registrar as razões de admissões em emergência, avaliar a intensidade de sintomas na admissão e na alta e registrar as intervenções durante hospitalizações | Prospectivo, descritivo. | Sintomas respiratórios, gastrintestinais e dor foram as razões mais comuns de admissões, que se converteram em internações na maioria dos casos. |
| Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study ¹⁹ Ano: 2020 País: Holanda | Fornecer informações sobre visitas à emergência de pacientes com câncer avançado em fim de vida. | Coorte observacional retrospectivo. | Os sinais e sintomas mais frequentes nos pacientes que procuraram emergência foram falta de ar, dor e ascite. |
| The characteristics of advanced cancer patients followed at home, but admitted to the hospital for the last days of life ⁶ Ano: 2016 País: Itália | Conhecer as características dos pacientes da AD hospitalizados nos últimos dias de vida e identificar fatores de risco para hospitalização. | Retrospectivo, exploratório descritivo. | Pacientes com câncer de pulmão, câncer de cabeça e pescoço ou câncer de próstata tiveram maior probabilidade de morrer no hospital. Ter cuidador do sexo feminino aumentou a probabilidade de morte em casa. |
| Factors associated with emergency services use in Taiwanese advanced cancer patients receiving palliative home care services during out-of-hours periods: a retrospective ³¹ Ano: 2018 País: Taiwan | Investigar os fatores que levam pacientes com câncer avançado a procurarem emergência fora do período de funcionamento do serviço de AD. | Caso - controle, retrospectivo. | 40% da procura por emergência ocorreu fora do horário normal de funcionamento dos CPD e teve associada à presença de duas das seguintes condições: falta de ar, alteração do nível de consciência e sangramento gastrintestinal. |
| Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study ⁹ Ano: 2014 País: Itália | Avaliar a eficácia de serviço de CPD em reduzir hospitalização e identificar fatores que predizem a probabilidade de um paciente tratado em casa ser hospitalizado. | Coorte retrospectivo. | Pacientes em CPD tiveram maior chance de morte em casa, menor risco de hospitalização e passaram menos dias internados nos últimos dois meses de vida. Os principais fatores de risco para internação foram: falta de ar; dor; tumores hematológicos; carcinoma hepatocelular. |
| Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care ¹⁵ Ano: 2016 País: Brasil | Descrever as características dos pacientes com câncer admitidos no serviço de emergência, observando a cobertura de CP e AD. | Prospectivo, transversal. | O sintoma mais prevalente na admissão em emergência foi dor. Os cânceres mais frequentes foram colo uterino, mama e próstata, a maioria em estágio avançado. |
| Home hospitalization for palliative care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital ³² Ano: 2021 País: França | Descrever a ocorrência e os fatores associados a hospitalizações não planejadas de pacientes oncológicos em cuidados de fim de vida em casa. | Retrospectivo. | 57,7% dos pacientes tiveram uma ou mais hospitalizações não planejadas. A maioria ocorreu por falta de ar, infecção, sintoma digestivo, delirium, dor, iatrogenia, hemorragia e evento cardiovascular. Atendimento de CPD após alta hospitalar reduziu o risco de hospitalização. |
| Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients – a French descriptive and retrospective study ³³ Ano: 2016 País: França | Identificar as razões das transferências dos pacientes de casa para emergência e avaliar se essas apresentações poderiam ou não ser evitadas. | Retrospectivo. | As principais causas de visita à emergência foram: fadiga, isolamento social, realização de exames, falta de ar, fim de vida e dor. |

Quadro 1 – Cont.

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|
| End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners: a retrospective chart study ³⁴ Ano: 2012 País: Holanda | Explorar encaminhamento hospitalar de pacientes em cuidados paliativos que haviam contatado um clínico plantonista | Retrospectivo descritivo. | Fatores de risco para encaminhamento para hospital foram: câncer, problemas cardiovasculares, digestivos e metabólicos. Fatores protetores: AD de enfermagem; compartilhamento de dados clínicos entre o médico assistente e cooperativa de plantão. Causas mais comuns de hospitalização foram problemas digestivos, desidratação e problemas respiratórios. |
| Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: a retrospective cohort study ³⁵ Ano: 2014 País: Canadá | Examinar os preditores de VEH entre pacientes em CPD. | Coorte retrospectivo, descritivo. | 52,2% dos pacientes tiveram uma ou mais VEH. Fatores protetores de VEH foram: ter diretiva antecipada de vontade, desejo de falecer em casa, saúde instável e uso aumentado de serviços formais de saúde. Infecções aumentaram o risco de VEH. |

Os dados dos estudos sobre visita à emergência não foram estratificados separadamente dos de hospitalização, pois muitas visitas à emergência resultam em hospitalização¹⁸⁻¹⁹ e ambas as situações impactam de forma negativa a vida dos pacientes com câncer.²³

DISCUSSÃO

Os dados dessa RIL reforçam que CPD melhoram a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, aumentam o tempo de permanência em casa e reduzem o risco de VEH.^{7,9,13,15,28,32}

Apesar dos benefícios oferecidos pelos CPD, o percentual de pacientes com câncer que recorre à VEH ainda é alto, seja por sinais e sintomas físicos inerentes à fase avançada da doença;^{6,7,9,15,19,26-27,29-35} fatores inerentes a determinados tipos de câncer;^{6,9,13,26} fatores sociais/familiares;^{6,32-33} fatores culturais ou características da rede de saúde.^{27,30,35} O risco aumentado de hospitalização em pacientes com tumores hematológicos foi demonstrado em dois artigos^{9,13} desta revisão coincidindo com dados do estudo anteriores³⁶ em que portadores de tumores não-sólidos tiveram maior probabilidade de morte em hospital, o que foi atribuído à existência de múltiplas opções de tratamento, mesmo em fases avançadas de doença.

Nos últimos seis meses de vida, cada semana próxima à morte foi associada ao aumento do risco de hospitalização.²⁸ Na fase de fim de vida, vários fatores multidimensionais podem influenciar a decisão de manter paciente em casa ou no hospital.⁶ Estudo canadense mostrou que o desejo do paciente em morrer em casa e existência de diretivas antecipadas de vontade podem ter papel protetor contra VEH,³⁵ coincidindo com dados descritos previamente.¹⁷

Muitas visitas de pacientes terminais à emergência foram consideradas potencialmente evitáveis, por resultarem em cuidados que poderiam ter sido realizados em casa.³³ Alguns estudos selecionados apontaram estratégias capazes de prevenir VEH, como treinamento da equipe de CPD no manejo de sintomas dos pacientes em casa,^{27,31} funcionamento do serviço de CP em tempo estendido (sete dias por semana)²⁷ e orientação dos pacientes/familiares para fazer contato telefônico com a equipe da AD antes de procurar emergência.³³ O teleatendimento é uma estratégia vantajosa para pacientes com câncer em CP, por

facilitar a avaliação e controle dos sintomas em casa, permitir adoção de medidas proativas e reduzir a procura por serviços de emergência.³⁷⁻³⁸ As causas mais comuns de ligações de emergência feitas por pacientes oncológicos foram falta de ar, dor, delírium, perda do nível de consciência e hemorragia. Estas se assemelham àquelas encontradas nesta RIL como motivos mais frequentes de VEH dos pacientes oncológicos em CPD. Outro estudo também mostrou que existe maior probabilidade de visita à emergência fora do horário de funcionamento do serviço de CPD na presença de dois destes fatores: falta de ar, alteração do nível de consciência ou sangramento gastrointestinal.³¹

Outros estudos avaliaram as condições relacionadas ao serviço de saúde, tais como a integração dos CPD com a atenção básica de saúde que se mostrou eficaz para reduzir taxas de VEH.^{27,30,33-34}

CONCLUSÃO

Esta RIL identificou os principais fatores associados à VEH em CPD, representados por sinais e sintomas clínicos prevalentes em pacientes com câncer avançado. Estes dados podem auxiliar na orientação dos pacientes/familiares e no treinamento da equipe de CPD, otimizando o planejamento de cuidados. Contudo, a amostragem reduzida de estudos desta revisão limita o poder de generalização sobre os resultados identificados. Novos estudos são necessários para ampliar a compreensão sobre as condições relacionadas à VEH, especialmente no cenário brasileiro de CPD.

Como desdobramento inicial desta RIL, os pesquisadores reformularam um instrumento de triagem de pacientes oncológicos em CPD, baseado em sinais e sintomas de alerta, ou seja, aqueles de manejo mais complexo em domicílio. A primeira versão deste instrumento foi elaborada por Silva VG e Souza FN em 2018, para estratificar a prioridade de atendimento domiciliar de pacientes oncológicos de uma unidade de cuidados paliativos exclusivos. Pesquisas adicionais são necessárias para avaliação, validação de uso e veiculação da nova versão deste instrumento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO Cancer Resolution; Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. 17th World Heal Assem. [Internet].

- 2017 [cited 2022 sep 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>.
2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) [homepage in internet]. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. 2020 [cited 2022 sep 5]. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
 3. Atty AT de M, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018 [acesso em 05 de setembro 2022];42(116). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
 4. Bittencourt NCC de M, Santos KA, Mesquita MG da R, Silva VG da, Telles AC, Silva MM da. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2021 [acesso em 05 de setembro 2022];25(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.
 5. OhioHealth Hospice. Vamos falar de Cuidados Paliativos. *Soc Bras Geriatr e Gerontol*. [Internet]. 2014 [acesso em 05 de setembro 2022];17. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>.
 6. Mercadante S, Masedu F, Valenti M, Mercadante A, Aielli F. The characteristics of advanced cancer patients followed at home but admitted to the hospital for the last days of life. *Intern. emerg. med*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];11(5). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11739-016-1402-1>.
 7. Moncho MEI, Palomar-Abril V, Soria-Comes T. Palliative Care Unit at Home: Impact on Quality of Life in Cancer Patients at the End of Life in a Rural Environment. *Am J Hosp Palliat Med*. [Internet]. 2022 [cited 2022 sep 5];39(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/10499091211038303>.
 8. Dhiliwal SR, Muckaden M. Impact of specialist home-based palliative care services in a tertiary oncology set up: A prospective non-randomized observational study. *Indian J Palliat Care*. [Internet]. 2015 [cited 2022 sep 5];21(1). Available from: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.150170>.
 9. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative homecare team: A retrospective cohort study. *Palliat. med*. [Internet]. 2014 [cited 2022 sep 5];28(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216313517283>.
 10. Enguidanos S, Rahman A, Fields T, Mack W, Brumley R, Rabow M, et al. Expanding access to home-based palliative care: A randomized controlled trial protocol. *J. palliat. med*. [Internet]. 2019 [cited 2022 sep 5];22(S1). Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0147>.
 11. Sutradhar R, Barbera L, Seow HY. Palliative homecare is associated with reduced high – and low-acuity emergency department visits at the end of life: A population-based cohort study of cancer decedents. *Palliat. med*. [Internet]. 2017 [cited 2022 sep 5];31(5). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216316663508>.
 12. Alonso-Babarro A, Astray-Mochales J, Domínguez-Berjón F, Gênova-Maleras R, Bruera E, Díaz-Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliat. med*. [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];27(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216312442973>.
 13. Mracek J, Earp M, Sinnarajah A. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. *BMJ support. palliat. care (Online)*. 2021 [cited 2022 sep 5];(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002889>.
 14. Chitnis XA, Georghiou T, Steventon A, Bardsley MJ. Effect of a home-based end-of-life nursing service on hospital use at the end of life and place of death: A study using administrative data and matched controls. *BMJ support. palliat. care (Online)*. [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];3(4). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000424>.
 15. Miranda B, Vidal SA, De Mello MJG, De Lima JTO, Rêgo JC, Pantaleão MC, et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev. Assoc. Med. Bras. (1954)*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];62(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.207>.
 16. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J. clin. oncol*. [Internet]. 2011 [cited 2022 sep 5];29(9). Available from: <https://doi.org/10.1200/jco.2010.30.7173>.
 17. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Cmaj*. [Internet]. 2010 [cited 2022 sep 5];182(6). Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.091187>.
 18. Seow H, Barbera L, Pataky R, Lawson B, O'Leary E, Fassbender K, et al. Does Increasing Home Care Nursing Reduce Emergency Department Visits at the End of Life? A Population-Based Cohort Study of Cancer Decedents. *J. pain symptom manage*. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 01];51(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.008>.

19. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support. care cancer*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 sep 5];28(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.
20. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J. clin. oncol.* [Internet]. 2004 [cited 2022 sep 5];22(2). Available from: <https://doi.org/10.1200/jco.2004.08.136>.
21. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Heal Care*. [Internet]. 2005 [cited 2022 sep 5];17(6). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi061>.
22. Soares LGL, Gomes R V., Palma A, Japiassu AM. Quality Indicators of End-ofLife Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. *Am J Hosp Palliat Med*. [Internet]. 2020 [cited 2022 sep 5];37(8). Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909119888180>.
23. Henson LA, Gomes B, Koffman J, Daveson BA, Higginson IJ, Gao W. Factors associated with aggressive end of life cancer care. *Support. care cancer*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];24(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2885-4>.
24. Andersen SK, Croxford R, Earle CC, Singh S, Cheung MC. Days at home in the last 6 months of life: A patient-determined quality indicator for cancer care. *J. oncol. pharm. pract.* (Online). [Internet]. 2019 [cited 2022 sep 5];15(7). Available from: <https://doi.org/10.1200/jop.18.00338>.
25. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2008 [acesso em 05 de setembro 2022];17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
26. Heinonen T, Loimu V, Saarihahti K, Saarto T, Mäkitie A. End-of-life care pathway of head and neck cancer patients: single-institution experience. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 01];275(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-017-4843-x>.
27. Hsu HS, Wu TH, Lin CY, Lin CC, Chen TP, Lin WY. Enhanced home palliative care could reduce emergency department visits due to non-organic dyspnea among cancer patients: a retrospective cohort study. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2021 [cited 2022 sep 5];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00713-6>.
28. Seow H, Sutradhar R, McGrail K, Fassbender K, Pataky R, Lawson B, et al. End-of-Life Cancer Care: Temporal Association between Homecare Nursing and Hospitalizations. *J. palliat. med.* [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];19(3). Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0229>.
29. Mercadante S, Adil C, Caruselli A, Ferrera P, Costanzi A, Marchetti P, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PLoS ONE*. [Internet]. 2016 [cited 2022 sep 5];11(6). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>.
30. Hjerstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB, Normann AP, Aass N. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open*. [Internet]. 2013 [cited 2022 sep 5];3(5):e002515. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002515>.
31. Kao YH, Liu YT, Koo M, Chiang JK. Factors associated with emergency services use in Taiwanese advanced cancer patients receiving palliative home care services during out-of-hours periods: A retrospective medical record study. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2018 [cited 2022 sep 5];17(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0302-8>.
32. Gamblin V, Prod'homme C, Lecoeuvre A, Bimbai AM, Luu J, Hazard PA, et al. Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2021 [cited 2022 sep 5];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00720-7>.
33. Cornillon P, Loiseau S, Aublet-Cuvelier B, Guastella V. Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients – A French descriptive and retrospective study. *BMC palliat. Care*. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 01];15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0155-y>.
34. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners: A retrospective chart study. *BMC fam. pract.* [Internet]. 2012 [cited 2022 sep 5];13. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-89>.
35. Salam-White L, Hirdes JP, Poss JW, Blums J. Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: A retrospective cohort study. *BMC palliat. care*. [Internet]. 2014 [cited 2022 sep 5];13(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-684x-13-35>.
36. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *Br. med. j.* [Internet]. 2006 [cited 2022 sep 5];332(7540). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>.

38. Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araújo JA, Petersen EM, Nunes RA. The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliat. support care*. [Internet]. 2015 [cited 2022 sep 5];13(4). Available from: <https://doi.org/10.1017/s147895151400100x>.
39. Silva VG da, Telles AC, Guimarães N de PA, Souza FN de, Campo LL, Bittencourt NCC de M, et al. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2022 [acesso em 05 de setembro 2022];11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.
40. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J. pain symptom manage*. [Internet]. 2012 [cited 2022 jan 01];44(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>.