

**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

**Referenciação em Cuidados  
Paliativos: Barreiras à Referenciação  
pelos Profissionais de Saúde -  
SCOPING REVIEW**

Maria Clara Monteiro Pinto Baldaia

**M**

2023



**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **Referenciação em Cuidados Paliativos: Barreiras à Referenciação pelos Profissionais de Saúde - SCOPING REVIEW**

**Maria Clara Monteiro Pinto Baldaia**

MÉDICA| ALUNA DO 13º CURSO DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**ORIENTADOR:** MARIA FRANCISCA MELO POJAL DA SILVA REGO

**M**

2023

Dissertação para a obtenção do grau de  
Mestre em Cuidados Paliativos, apresentada  
à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



## **AGRADECIMENTOS**

Ao João por ter permitido que este projeto fosse possível. Pelo companheirismo, amor, dedicação e paciência. Mais uma vez, esta vitória é tão minha quanto tua.

À Professora Doutora Francisca Rego pela disponibilidade e competência que demonstrou na orientação desta dissertação.

*Para o José Pedro e Maria Inês*

## RESUMO:

**Contexto:** Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, e das suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. São tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só melhorando a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, como reduzindo hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde. Apesar do benefício da referência precoce esta continua a não ser o mais frequente.

**Objetivo:** Identificar e compreender as barreiras de referência a Cuidados Paliativos, pelos profissionais de saúde, de doentes adultos com patologia oncológica ou não oncológica, em qualquer contexto de atividade.

**Métodos:** *Scoping Review* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute. As bases de dados consultadas foram a *Pubmed*, *Scopus* e *Web of Science* em junho de 2023, com as palavras-chave: palliative care AND referral, sendo definido o horizonte temporal 2013-2023. Do total de 957 artigos encontrados foram selecionados 15 artigos para a realização da revisão.

**Resultados:** A referência de doentes para Cuidados Paliativos é realizada de forma tardia e, maioritariamente, quando o doente apresenta descontrolo sintomático e se esgotam as opções de tratamento. Identificaram-se 3 principais categorias de barreiras de referência: relacionadas com os profissionais (crenças existentes, desconhecimento do conceito de cuidados paliativos, dificuldade em lidar com doentes em fim de vida, receio de sobrecarga para o doentes, estigma com o nome Cuidados paliativos, dificuldade na coordenação de cuidados), relacionadas com o sistema de saúde (disponibilidade limitada de recursos e critérios de referência existentes) e relacionadas com o doente (dificuldade em prever o prognóstico e preconceito do doente).

**Conclusões:** Embora os profissionais de saúde reconheçam o valor e importância dos Cuidados Paliativos existe alguma resistência à referência. O acesso aos Cuidados Paliativos exige que vários setores trabalhem em conjunto para atender às necessidades dos pacientes sendo essencial o investimento na formação de novos profissionais e melhorar o acesso a serviços e recursos.

**Palavras-chave:** Barreiras, Cuidados em fim de vida, Cuidados Paliativos, Referenciação.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Palliative care aims to improve quality of life of patients and their families' facing problems associated with life-threatening illnesses. They are more effective the earlier they are integrated into the course of disease, not only because of improving patients and families' quality of life, but also reducing occasional hospitalizations and the (over)utilization of health care services. Despite the benefit of early referral, this is still not the most frequent procedure.

**Objective:** To identify and understand the referral barriers to Palliative Care, by health care professionals, for adult patients with oncological or non-oncological pathologies, in any activity context.

**Methods:** Scoping Review based on the principles advocated by the Joanna Briggs Institute. The databases consulted were Pubmed, Scopus and Web of Science in June 2023, using the keywords: palliative care AND reference, the time horizon 2013-2023 was defined. Of the total of 957 articles found, 15 articles were selected for the review.

**Results:** Patients referral to palliative care is occurring late and, mostly, when the patient has no symptomatic control and treatment options are exhausted. Three main categories of referral barriers were identified: providers- related (Health care professionals' beliefs, lack of knowledge of the concept of palliative care, difficulty in dealing with patients at the end of life, not wanting to burden the patients, stigma related to palliative care, difficulty in care coordination) health care system related (limited resources and referral criteria) and patient related (difficulty in prognostication, patient prejudice).

**Conclusions:** Although health care professionals recognize the value and the importance of palliative care, there is some resistance to referral. Access to palliative care requires multiple sectors working together to address patients' needs. Investment in training new professionals and improving access to services and resources is essential.

**Keywords:** Barriers, End of life Care, Palliative Care, Referral.

## Índice

I. Introdução: .....	9
II. Objetivos: .....	15
III. Metodologia .....	15
IV. Resultados .....	17
V. Discussão .....	35
VI. Forças e limitação do estudo .....	38
VII. Conclusão .....	38
VIII. Referências Bibliográficas .....	41

## Lista de abreviaturas:

ASCO: American Society of Clinical Oncology

CP: Cuidados Paliativos

EAPC: European Association for Palliative Care

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.

ESMO: European Society for Medical Oncology

OMS: Organização Mundial de Saúde

## I. Introdução:

### **CUIDADOS PALIATIVOS**

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), podem definir-se os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento dos problemas físico, psicossociais e espirituais(1).

Por seu lado, a *European Association for Palliative Care* (EAPC) define-os como cuidados ativos e totais do doente cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo primordial o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais, psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares que envolvem o doente, família e a comunidade nos seus objetivos; devem ser prestados onde quer que o doente deseje ser cuidado, seja em casa ou no hospital; afirmam a vida e assumem a morte como um processo natural e, como tal, não antecipam nem adiam a morte assim como procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte(2).

Os cuidados paliativos são simultaneamente uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado para a prestação de cuidados tecnicamente competentes, incluindo no modelo médico tradicional os objetivos de promoção de qualidade de vida do doente e sua família, assim como o apoio na tomada de decisão e disponibilização de oportunidades para o crescimento pessoal, com adequada sensibilização emocional e cultural. São de tal forma importantes que podem e devem ser implementados concomitantemente com terapêutica dirigida à cura/doença (2).

Quanto aos níveis de prestação, hoje, considera-se existirem quatro: ações paliativas, cuidados paliativos gerais ou generalistas, cuidados paliativos especializados e centros de excelência(2).

As **ações paliativas** correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento devido à sua situação clínica(2). Inclui não só medidas não farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático mas, também, comunicação com o doente e família assim como com outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente (2). Devem ser implementados por todo e qualquer profissional de saúde, devendo estes, para tal, possuir formação básica em cuidados paliativos, preferencialmente pré-graduada (2).

Os **CP gerais** são aqueles que são prestados, primordialmente, por profissionais dos cuidados de saúde primários ou especialistas em doenças limitadoras da vida, que possuem boas competências e conhecimentos em CP, mas que não fazem desta área o principal foco da sua atividade profissional (2).

Os **CP especializados** são um dos componentes do Serviço Nacional Saúde, que se pretende sustentável, de qualidade e acessível. Integram-se nos cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados integrados baseadas em equipas especializadas de cuidados paliativos, com funções de prestação direta de cuidados, mas também de assessoria(3). São prestados por uma equipa interdisciplinar: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/ religiosos e por todos os profissionais de saúde aliados, com formação e experiência adequadas. Embora já se assista a uma distribuição geográfica alargada destes, muitos portugueses com necessidades paliativas ainda não têm facilidade de acesso a CP(3).

O último nível, os **centros de excelência** disponibilizam cuidados paliativos num largo espectro de tipologias, assim como facilitam o desenvolvimento da investigação. São o núcleo da formação, investigação, disseminação e desenvolvimento de *standards* e novas técnicas de abordagem (2).

A população alvo deste tipo de cuidados é atualmente muito mais abrangente(2):

- Crianças e adultos com malformações congénitas ou outras situações que dependam de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as atividades de vida diárias;

- Pessoas com qualquer doença aguda, grave e ameaçadora da vida (tais como traumatismos graves, leucemia, acidente vascular agudo) onde a cura ou reversibilidade é um objetivo realista, mas a situação em si própria ou o seu tratamento tem significativos efeitos negativos dando origem a uma qualidade de vida fraca e/ou sofrimento;
- Pessoas com doença crónica progressiva, tal como doença vascular periférica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença cardíaca ou pulmonar avançada, fragilidade, doenças neurovegetativas e demência;
- Pessoas com doença ameaçadora da vida, que escolheram não fazer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida e que requeiram este tipo de cuidados;
- Pessoas com lesões crónicas e limitativas, resultantes de acidente ou outras formas de trauma;
- Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (demência em estágio final, cancro terminal, acidente vascular gravemente incapacitante) que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização e, para os quais, os cuidados paliativos intensivos são o objetivo predominante dos cuidados no tempo de vida remanescente.

As necessidades paliativas aumentam com o envelhecimento da população com pacientes que muitas vezes apresentam múltiplos diagnósticos e comorbilidades(4, 5). Além disso, há uma maior necessidade de cuidados de suporte na era das novas terapêuticas oncológicas, uma vez que os pacientes vivem mais tempo e apresentam mais sintomas crónicos e efeitos adversos(5).

## REFERENCIAÇÃO A CUIDADOS PALIATIVOS

Os CP atempados são cuidados personalizados com base nas necessidades dos pacientes e prestados no momento e no ambiente ideais. Envolve um processo sistemático para identificar pacientes com grandes necessidades de cuidados de suporte e encaminhá-los para CP especializados em tempo útil, com base em critérios de referência padronizados(5). Requer quatro componentes:

1. triagem de rotina das necessidades de cuidados de suporte,
2. estabelecimento de critérios de referência consensuais e específicos da instituição,
3. a existência de um sistema que desencadeie a referência quando os pacientes cumpram os critérios, e
4. disponibilidade de recursos ambulatoriais de CP para fornecer cuidados personalizados e oportunos, centrados no paciente, com o objetivo de melhorar os resultados do doente e do cuidador (5).

Os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só melhorando a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, tendo impacto na sobrevivência, como reduzindo hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde, melhorando o controlo dos sintomas, o humor e a compreensão da doença (1, 5, 6, 7, 8). Por este motivo, os CP precoces são agora recomendados em *guidelines* de importantes agências internacionais de cancro(7, 8).

Uma revisão sistemática de critérios de referência de 2016 identificou 20 critérios em seis temas, incluindo sintomas físicos, sofrimento psicológico, estado de desempenho, trajetória da doença, prognóstico e planeamento de cuidados de fim de vida(5). A falta de critérios de referência consensuais explica parcialmente o padrão heterogéneo de encaminhamento. Vários critérios de referência para CP ambulatoriais foram propostos desde então (5).

A questão que se coloca não é se um doente beneficiaria do envolvimento de CP especializados, mas sim quando é o momento mais apropriado para a referência. Esta é uma questão particularmente importante dada a escassez de recursos disponíveis em cuidados paliativos (5).

Embora o que constitui “precoce” não tenha sido estabelecido, os ensaios randomizados sobre CP precoces, normalmente, referem como precoce a referência dos pacientes 2 a 3 meses após o diagnóstico de doença avançada e com um status de desempenho ECOG de 2 ou menos, não precisando de ter, naquele momento, necessidade de cuidados de suporte(5).

De acordo com European Society for Medical Oncology (ESMO) os cuidados centrados no paciente (incluindo cuidados de suporte e paliativos) devem ser integrados, por uma equipa multidisciplinar, ao tratamento antineoplásico desde o momento do diagnóstico e continuar até ao fim da vida ou sobrevivência (9).

A American Society of Clinical Oncology (ASCO) sugere, nas suas orientações, que os doentes com cancro avançado devem receber cuidados paliativos especializados, no início da evolução da doença, concomitantemente com o tratamento ativo. A referência dos pacientes para equipas interdisciplinares de CP é importante e os serviços podem complementar os programas de tratamento existentes. Os profissionais também podem referenciar, para serviços de CP, os cuidadores de pacientes com cancro em estádios iniciais ou avançados (10). Por pacientes com doença avançada entende-se os com metastização à distância, com doença com estadiamento avançado, cancro que limita a vida e/ou com prognóstico de 6 a 24 meses (10). Para pacientes recém-diagnosticados com cancro avançado, o painel de peritos sugere o envolvimento precoce dos CP dentro de 8 semanas após o diagnóstico (10).

Os doentes não oncológicos têm uma carga sintomática semelhante aos oncológicos, e uma prevalência semelhante de necessidade paliativas e de preocupações físicas, psicológicas, sociais e espirituais tendo, no entanto, trajetórias de doença mais heterogéneas(4, 11) com períodos de exacerbação e retorno ao estado funcional prévio ou aproximado. Contudo, pacientes com doenças não oncológicas comuns, como doença pulmonar crónica, doença renal em estágio terminal e insuficiência cardíaca são menos propensos a receber cuidados paliativos comparativamente aos doentes oncológicos (11). Os pacientes com insuficiência cardiopulmonar são menos propensos a utilizar CP do que pacientes com cancro, mas apresentando maior risco de serem hospitalizados numa unidade de cuidados intensivos ou de receberem tratamento de

suporte à vida. O que sugere que a baixa utilização e a referenciação tardia para CP se deve à falta de conhecimento sobre as necessidades dos pacientes não oncológicos(11).

As *guidelines* da *National Heart Foundation of Australia* recomendam fortemente a referenciação a CP dos pacientes com insuficiência cardíaca crónica avançada para controlar os sintomas em estágio terminal e melhorar a qualidade de vida. As diretrizes da *American Heart Association* descrevem os CP como os mais adequados para decidir quando são necessários os cuidados de fim de vida, enquanto as da Sociedade Europeia de Cardiologia recomendam que a intervenção de CP, incluindo a abordagem dos sintomas e o apoio ao paciente e à família, deve ocorrer no início da doença e aumentar com a progressão da doença, através do contacto entre as várias especialidades e profissionais de saúde(12).

A OMS reconhece que os CP são aplicáveis no início da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia.(8) Contudo, apesar destas normas e recomendações, a referenciação para CP tende a ocorrer tardiamente no curso da doença(2, 7, 8). A maioria dos pacientes é encaminhada para serviços de cuidados paliativos nos 30 a 60 dias que antecedem a morte, e muitos são encaminhados nos últimos dias de vida(8).

Por este motivo torna-se importante perceber quais as barreiras identificadas pelos profissionais de saúde para o atraso na referenciação de doentes com necessidades de CP especializados.

## II. Objetivos:

### **Objetivo Geral:**

- Identificar e compreender as barreiras de referência a Cuidados Paliativos, pelos profissionais de saúde, de doentes adultos com patologia oncológica ou não oncológica, em qualquer contexto de atividade.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar os motivos de referência para CP em contexto hospitalar e comunitário em pessoas adultas;
- Identificar as barreiras referidas pelos profissionais de saúde para que a referência não se faça o mais precocemente possível;
- Procurar propor ou expor estratégias definidas para melhorar a referência.

## III. Metodologia

Para a condução da revisão da literatura, optou-se pelo método da Scoping Review. Esta tipologia de revisão investiga conceitos-chave subjacentes a uma área de pesquisa, fornece um mapa das evidências disponíveis e identifica lacunas na base de conhecimento quando outras questões mais específicas sobre o tópico não estão claras(13).

Durante este estudo foram percorridas cinco etapas: identificação da questão de pesquisa; pesquisa dos estudos relevantes; seleção de estudos; extração dos dados; e agrupamento, resumo e apresentação dos resultados(13).

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica, no dia 1 junho de 2023, nas bases de dados *Pubmed*, *Web of Science* e *Scopus* com as palavras-chave *palliative care* AND *Referral*, com o limite temporal de 2013 a 2023, sem restrição de idioma.

Na base de dados Pubmed foram pesquisados os termos em *All Fields* com exclusão de livros e documentos, revisões, revisões sistemáticas e meta-análises. Nas bases de dados

*Web of Science* e *Scopus* os mesmos conceitos foram pesquisados através do título das publicações sem qualquer restrição. Esta *Scoping Review* decorreu com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*(14).

Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos apresentando como critérios para seleção:

**Critérios de Inclusão:**

- Estudos quantitativos e qualitativos que contemplem as barreiras de referenciação, pelos profissionais de saúde, para CP em população adulta (>18 anos);
- Os locais de referenciação podem ser para cuidados paliativos hospitalares e/ou comunitários;
- Pode incluir referenciação de qualquer patologia que beneficie com CP;
- Horizonte temporal 2013-2023.

**Critérios de Exclusão:**

- Estudos sobre referenciação para CP em idade pediátrica (idade <18 anos);
- Artigos que visassem apenas a referenciação com o objetivo de tratamento de determinada doença;
- Artigos de revisão, opinião e reflexão, livros ou capítulos de livros, apresentação de posters e de congressos ou conferências e sessões de esclarecimento editoriais.

A investigação foi conduzida por 1 investigadora com recurso ao protocolo de investigação previamente desenhado. Todas as referências dos artigos selecionados foram consultadas e quando necessário foi contactada a biblioteca universitária para se obter a versão completa. Dos 957 artigos, 24 foram selecionados para leitura integral tendo sido incluídos 15 que cumpriam os critérios de seleção. A qualidade do estudo e a elegibilidade foi avaliada pela autora. A extração de dados foi realizada manualmente, sem recorrer a software.

## IV. Resultados

Dos 957 artigos apresentados nas diferentes bases de dados incluídas, 922 foram excluídos após leitura do título e/ou resumo. Após exclusão dos estudos duplicados ficaram 24 artigos para leitura integral e avaliação de elegibilidade, tendo sido incluídos 15 artigos nesta *scoping review*. Um diagrama de fluxo seguindo as diretrizes PRISMA(15) apresentando todos os procedimentos realizados para obtenção da literatura, bem como o número resultante de artigos seleccionados é apresentado na Figura 1.

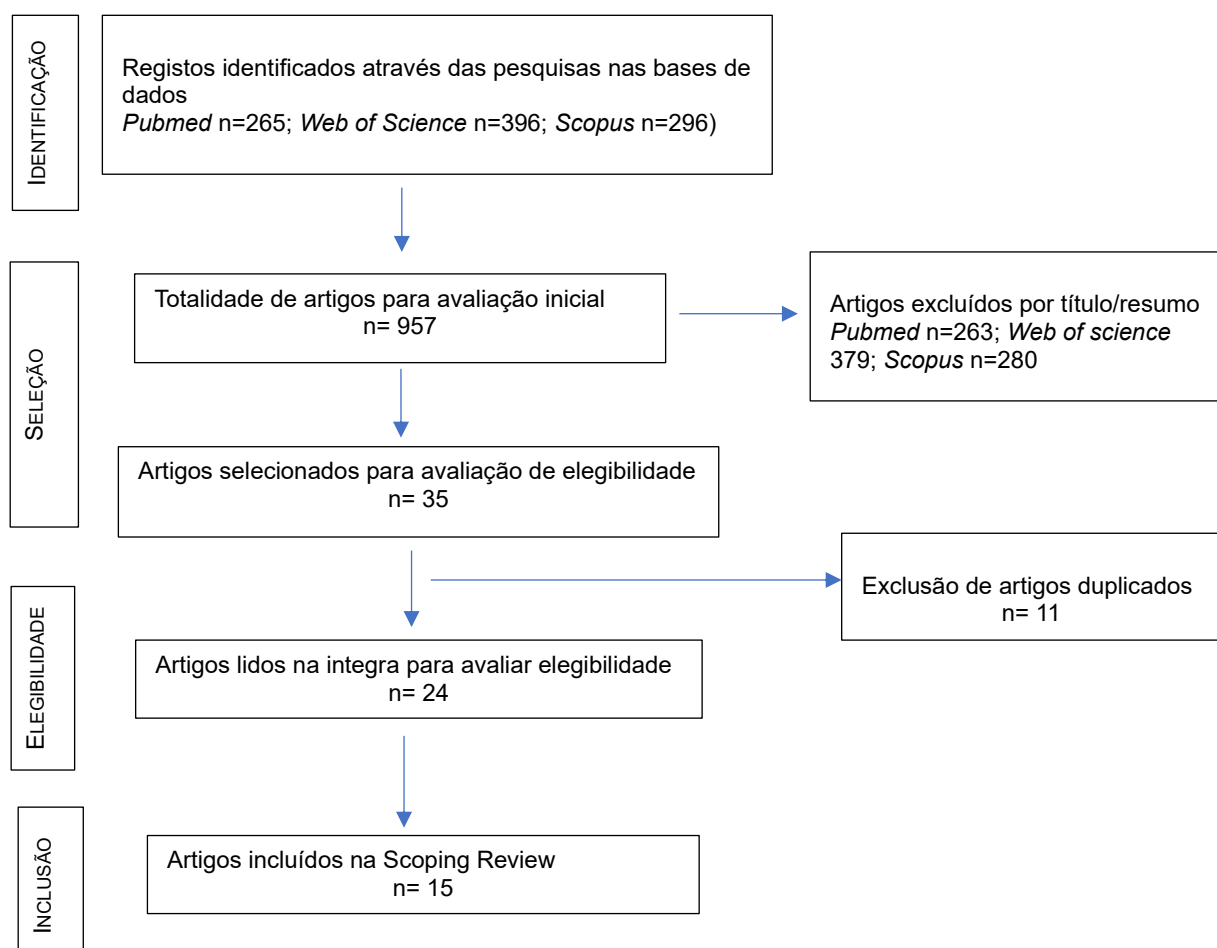


Figura 1: Adaptação do método PRISMA para seleção de artigos (n= Número de artigos).

Dos artigos selecionados, o mais antigo data de 2014 e o mais recente é referente ao ano de 2023. No que concerne à sua origem, a maioria provém dos Estados Unidos da América (n=8, 53,3%), seguido de Reino Unido (n=2, 13,3%) e com um artigo cada: Uganda (n= 6,7%), Argentina (n= 6,7%), Canadá (n= 6,7%) e Austrália (n= 6,7%).

A maioria dos estudos reflete a percepção dos profissionais de saúde, que acompanham doentes com necessidades paliativas (n=13, 86,7%), quanto às barreiras de referência para os vários serviços de Cuidados Paliativos Especializados. No entanto, dois dos trabalhos (n= 13,3 %) refletem a percepção dos próprios profissionais dos Cuidados Paliativos relativamente às dificuldades dos colegas que levam a referência tardia ou não referência aos seus serviços.

A maioria dos estudos são sobre a referência de doentes oncológicos (n=10, 66,7%) havendo três relativos a doentes com insuficiência cardíaca (n=20%) e um sobre doentes cirúrgicos (n= 6,7%).

Os estudos selecionados para fazer parte desta revisão foram mapeados por meio de uma tabela com as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, participantes, metodologia, intervenção e principais resultados de interesse para a revisão (Tabela 1).

Tabela 1: Mapeamento dos artigos incluídos na scoping review

Título   Autor Ano   País	Objetivos	População	Metodologia	Intervenção	Resultados
<p><b>Attitudes and Beliefs of Argentinian medical oncologists regarding palliative care referral</b> (16)</p> <p>Sala, R. A. et al., 2023, Argentina</p>	<p>Objetivo principal: frequência e o <i>timing</i> de referência para CP e os motivos para referenciar/ não referenciar um paciente para CP.</p> <p>Objetivos secundários: crenças e conhecimento sobre o âmbito e benefícios dos CP num doente com cancro; a disponibilidade e complexidade dos serviços de CP associados.</p>	<p>Médicos oncologistas listados nas principais Associações Nacionais de Oncologia da Argentina (n=489)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Aplicado um questionário fechado de 11 itens para identificar potenciais barreiras à referência a CP de doentes com cancro avançado e incurável.</p> <p>Entrevistas via telefónica ocorreram entre janeiro 2018 e março 2019.</p>	<p><b>Disponibilidade de serviços:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 83% afirmou conhecer o alcance dos CP e 71% ter serviços/especialistas em CP acessíveis. No entanto, 53% não trabalhavam de forma colaborativa e 55% excepcionalmente ou nunca encaminhavam os seus pacientes.</li> <li>- Apenas 19% dos médicos que referenciavam os doentes para CP o fazia precocemente.</li> </ul> <p><b>Principais motivos de referência:</b></p> <p>Dor não controlada, ausência de tratamento curativo, doença avançada, mau estado funcional.</p> <p><b>Motivos para a não referência:</b></p> <p>78% acreditavam os CP não eram significativos/ benéficos ou prioritários e 55% referiam que preferiam resolver sozinhos os problemas do paciente.</p> <p>Ter menos 10 anos ou mais de 30 anos de formação associou-se a menores níveis de referência.</p> <p><b>Benefícios dos CP:</b></p> <p>Cuidados de fim de vida (33%), melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares (32%), controlo sintomático (25%), abordar os aspetos psicológicos, sociais e espirituais (2%).</p>
<p><b>Palliative Care Referrals for Advanced Non-small-cell Lung Cancer: Patient and Provider Attitudes and Practices</b> (17)</p> <p>Feld, E. et al., 2019, EUA</p>	<p>Avaliar as práticas de referência dos médicos oncologistas para prestadores de CP ambulatoriais nos Estados Unidos e a compreensão e as atitudes dos pacientes em relação aos CP, com o objetivo de identificar barreiras que podem levar referência tardia para CP.</p>	<p>Oncologistas membros da Associação Internacional para o Estudo do Cancro do Pulmão (n=93)</p> <p>Doentes com cancro avançado em seguimento no</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário de 18 questões enviado via email, em setembro 2018, para avaliar a prática de referência e atitudes em relação ao papel dos CP.</p> <p>Aos doentes com cancro avançado foi entregue um questionário em papel antes das suas consultas, entre julho e dezembro 2017, para</p>	<p><b>ONCOLOGISTAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 83% acreditam que existem evidências que apoiam os CP precoces, mas, na prática, os oncologistas apenas encaminham uma média de 19% dos pacientes no momento do diagnóstico.</li> </ul> <p><b>Principais motivos de referência:</b></p> <p>Dor mal controlada (97%), fraca rede de apoio (71%), sem tratamentos disponíveis (70%), outros sintomas relacionados com cancro (p.e dispneia) (69%), depressão/ansiedade (68%), cada vez menos opções de tratamento (66%) e falta de tempo para atender às necessidades de CP (58%).</p> <p><b>Motivos para não referenciar incluíram:</b></p>

		Vanderbilt Ingram Cancer Center. (n=100)		avaliar a sua compreensão dos CP e os fatores que os influenciariam a procurar referência	falta de sintomas (56%), crença de que os oncologistas podem prestar CP de forma independente (46%), não querer sobrecarregar os pacientes com consultas (41%), receio que a referência possa não ser bem aceite pelos pacientes (38%), longos tempos de espera (20%).  <b>DOENTES</b> - 64% dos doentes não estavam familiarizados com os CP e 6% tinham sido consultados por um profissional de CP. - 98% dos pacientes aceitariam a referência se recomendado pelo seu oncologista. - Desejavam <b>ser encaminhados por:</b> Dor mal controlada (95%), fraco sistema de apoio (86%), outros sintomas relacionados com cancro (85%), discussão sobre os objetivos do tratamento, diretivas de cuidados (76%) e depressão/ansiedade (76%).
<b>End-of-Life Palliative Care Practices and Referrals in Uganda (18)</b>  <i>Low D. et al., 2018, Uganda</i>	Descrever a taxa de referência para CP especializados e fatores preditores de referência.	Médicos do Instituto Oncológico do Uganda (IOU) (n=25)  Todos os pacientes adultos do IOU falecidos no intervalo de entre 1/1/2014 e 30/8/2015. (n= 595)	Metodologia mista	Colheita de dados dos processos clínicos de doentes oncológicos adultos falecidos no IOU entre 1/1/2014 e 30/8/2015, com o objetivo de caracterizar os mesmos a nível demográfico, patológico, status funcional e referência a CP.  Questionário com avaliação da confiança dos médicos na prática de CP e as suas atitudes em relação aos CP, através de escala de Likert. (n=25)  Entrevista semi-estruturada a médicos identificados através de amostragem intencional. (n=7)	<b>Práticas de referência:</b> - 11,1% dos pacientes falecidos foram encaminhados para CP. Pacientes com piores classificações na Escala Performance Status da ECOG eram mais referenciados. A sobrevida média após referência foi de 5 dias. - Maioria dos médicos sente-se confiante em práticas paliativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior confiança: prescrição morfina (100%); capacidades básicas de comunicação em CP (84%), avaliação e gestão de sintomas (80%).</li> <li>• Menor confiança: cuidados espirituais (46%), cuidados de fim de vida (40%) e apoio às famílias (36%).</li> </ul> <b>Principais motivos de referência (entrevistas):</b> não haver resposta à quimioterapia; fim de vida; tempo insuficiente para abordar questões de fim de vida; e pacientes que necessitam de cuidados mais holísticos. <b>Barreiras de referência:</b> Poucos recursos de CP, dificuldade na integração de cuidados, dificuldade de comunicação relativamente a questões de fim de vida, tabus culturais.

<p><b>Attitudes and Beliefs Toward Supportive and Palliative Care Referral Among Hematologic and Solid Tumor Oncology Specialists(19)</b></p> <p>Hui, D. et al., 2015, EUA</p>	<p>Identificar as atitudes e as crenças relativas à referência de doentes para CP, entre as duas especialidades, e como estes percebem a mudança do nome de CP para Cuidados de Suporte (CS).</p>	<p>Especialistas de tumores hematológicos (ETH) e especialistas de tumores sólidos (ETS) (inclui médicos e enfermeiros especializados) (n=182)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário, via email, para identificar as atitudes e as crenças relativas à referência de doentes para CP, entre as duas especialidades, e como estes percebem a mudança do nome de CP para Cuidados de Suporte (CS).</p>	<p><b>Práticas de referência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ETH são menos propensos a referenciar para CP doentes sintomáticos com cancro recém-diagnosticado (21%) ou sob tratamento oncológico com intuito curativo (24%) que os ETS (43% e 40% respetivamente). Caso o serviço se chamasse CS os valores de referência seriam de 66% e 76% nos ETH e de 81% e 76% nos ETS.</li> <li>- A grande maioria dos especialistas em oncologia usaria o serviço de CP para pacientes apenas sob terapêuticas paliativas.</li> </ul> <p><b>Diferenças nas atitudes e crenças em relação aos nomes do serviço CP e CS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os médicos seriam mais propensos a encaminhar os pacientes recém-diagnosticado (74% vs. 32%), em tratamento ativo (76% vs. 32%), sem evidência de cancro (58% vs. 21%) e os que já não estão a receber tratamentos para o cancro (85% vs. 75%) para CS do que para CP.</li> <li>- CP representam uma maior barreira à referência relativamente a CS (36% vs. 3%), mais associado a <i>Hospice</i> (53% vs. 6%), mais provável de diminuir a esperança nos pacientes e familiares (58% vs. 8%), e menos provável de estar associado ao tratamento de efeitos colaterais da quimioterapia (19% vs. 64%).</li> </ul>
<p><b>Haematologists' perceptions of palliative care and specialist palliative care referral: a qualitative study(20)</b></p> <p>Wright B, et al., 2014, Inglaterra</p>	<p>Explorar as opiniões e percepções dos hematologistas em relação aos CP, com foco nos fatores que dificultaram ou facilitaram a referência para serviços especializados</p>	<p>Médicos Hematologistas (internos e especialistas) de centros de referência terciários (n=8)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista realizada pessoalmente entre novembro de 2009 e fevereiro de 2010.</p>	<p><b>Principal motivo de referência:</b> controlo sintomático.</p> <p><b>Barreiras à referência:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variabilidade na prestação de serviços de CP especializados, entre e dentro das regiões.</li> <li>2. Falta de vagas para unidades de internamento</li> <li>3. Indisponibilidade de fornecimento de derivados de sangue como terapia de suporte</li> <li>4. Critérios de referência inflexíveis com necessidade de prognóstico específico.</li> <li>5. Dificuldade em definir a altura certa da referência pela trajetória imprevisível da doença.</li> <li>6. Sobreposição de papéis: os participantes sentiam que a prestação de CP fazia parte das suas funções.</li> <li>7. Relação de proximidade do paciente com equipa de hematologia: necessidade de se sentirem no controlo da gestão</li> </ol>

					<p>terapêutica do doente e sentimento de fracasso profissional quando referenciavam o doente.</p> <p>8. Dificuldade do doente em gerir expectativas e aceitar o prognóstico.</p>
<p><b><i>Oncologist Factors That Influence Referrals to Subspecialty Palliative Care Clinics (21)</i></b> Schenker, Y. et al., 2014, EUA</p>	<p>Explorar os fatores que influenciam os oncologistas a referenciar os pacientes para cuidados paliativos ambulatoriais.</p>	<p>Oncologistas de 3 centros oncológicos universitários com clínicas de CP bem estabelecidas e abrangentes. (n=74)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista semi-estruturada com o objetivo de conhecer as experiências e o método de tomada de decisão dos oncologistas relativamente ao uso de CP de ambulatório.</p>	<p><b>Principal causa de referência:</b> dor mal controlada (69%). Identificaram-se <b>3 principais barreiras à referência</b> para CP pelos oncologistas:</p> <p><b>1. Ideia persistente dos CP como uma filosofia alternativa de cuidado incompatível com os tratamentos oncológicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Receio de que os especialistas em CP pudessem criar um conflito para os pacientes que recebem quimioterapia, contradizendo os oncologistas ou dando estimativas de prognósticos mais desanimadoras,</li> <li>- Receio de que uma referência precoce fosse percebida pelos doentes como um abandono ou desistência.</li> </ul> <p><b>2. Crença predominante de que prestar CP é parte integrante do papel do oncologista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensação de “propriedade” do doente</li> <li>- Consideram a referência como fugir da sua responsabilidade profissional e transferir as tarefas difíceis para outros colegas</li> </ul> <p><b>3. Pouca familiaridade com os serviços paliativos disponíveis localmente</b></p>
<p><b><i>Attitudes and referral patterns of lung cancer specialists in Europe to Specialized Palliative Care (SPC) and the practice of Early Palliative Care (EPC) (22)</i></b> Charalambous H. et al., 2014, Europa</p>	<p>Examinar a disponibilidade de serviços CP e os padrões de referência de especialistas europeus em cancro do pulmão para CP</p>	<p>Oncologistas (n=24), radioterapeutas (n=14), pneumologistas (n=11), cirurgião torácico (n=1), de 14 países europeus, com prática clínica predominante em doença metastática.</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário via email a especialistas europeus de cancro do pulmão (membros da EORTC) para avaliar as práticas de referência para CP e fatores associados ao momento da referência.</p>	<p><b>Disponibilidade de serviços:</b> 96% dos oncologistas tinham acesso a pelo menos um componente dos serviços de CP especializados, enquanto 54% tinham acesso a serviços abrangentes de CP especializados.</p> <p><b>Motivos de referência:</b> 75% dos profissionais referenciam os pacientes quando têm dificuldade no controlo de sintomas e quando não existem mais opções de tratamento e final de vida, apenas 22% encaminham pacientes em estádios iniciais da doença.</p> <p><b>Barreiras referência:</b> Disponibilidade dos especialistas em CP (20%); Crenças dos profissionais de saúde: os doentes não gostam de ser referenciados a CP (26%), referenciar significa abandonar os doentes (8%), os especialistas em CP interferem ou</p>

					desencorajam os tratamentos oncológicos ativos. Dúvidas sobre a competência dos colegas de CP (18%). <b>Postura perante os CP:</b> a maioria dos entrevistados expressou atitudes positivas, 12-22% tiveram atitudes abertamente negativas em relação aos CP.
<b>Delays in Palliative Care Referral Among Surgical Patients: Perspectives of Surgical Residents Across the State of Michigan (23)</b> <i>Lee C. W. et al., 2019, EUA</i>	Identificar barreiras críticas à referência para cuidados paliativos de pacientes cirúrgicos gravemente doentes, na perspectiva dos médicos internos de Cirurgia.	Médicos internos de Cirurgia de todo o estado do Michigan (n=18)	Qualitativo	Entrevista semi-estruturada com foco na experiência com doentes cirúrgicos e CP.	Foram identificadas <b>4 barreiras principais na referência</b> para CP: 1. Dificuldades em estabelecer o prognóstico (incerteza): cria dúvida quanto ao <i>timing</i> e adequação da referência para CP. 2. Barreiras de comunicação: gestão das opiniões discordantes entre os vários profissionais de saúde; falta de capacidades comunicacionais, estigma associado aos CP. 3. Respeito pela hierarquia cirúrgica: o poder de decisão final recai sobre o médico especialista, e a tomada de decisões é orientada segundo uma cadeia hierárquica que poderá atrasar a tomada de decisões e referência. 4. Mentalidade do cirurgião: o sentimento de responsabilidade pelo desfecho do paciente, necessidade constante de curar, a esperança de um desfecho positivo.
<b>Referral Practices of Cardiologists to Specialist Palliative Care in Canada (24)</b> <i>Bonares M. J. et al., 2021, Canadá</i>	Determinar as práticas de referência para CP especializados e o acesso dos pacientes a esses serviços.	Cardiologistas pertencentes ao Scott's Directory. (n=551)	Quantitativo	Aplicado questionário, via email ou correio, em março 2018, a avaliar os seguintes domínios: demografia dos médicos, formação e especialização da prática cardiológica; disponibilidade percebida e tipologia dos serviços de CP, práticas de referência e opiniões sobre o serviço.	<b>Práticas de referência:</b> - 20% dos cardiologistas referenciavam doentes com sintomas mal controlados e prognóstico estimado superior a 1 ano; 17,4% habitualmente/sempre referenciavam doentes assintomáticos com prognóstico estimado inferior a 1 ano. - 71, 3% referenciavam quando a estimativa de prognóstico era < 6 meses. - A maioria dos cardiologistas sempre/geralmente encaminhou pacientes terminais para planear a alta (60,3%), enquanto cerca de metade raramente/nunca encaminhou pacientes terminais por questões espirituais (50,1%), psicológicas (49,9%) ou sociais (52,5%). <b>Barreiras à referência:</b> 1. 35,1% a 64,2% dos entrevistados desconheciam os critérios de referência para os serviços locais de CP (em contexto de internamento, ambulatório, comunidade ou unidade de cuidados paliativos).

					<p>2. 29% protelaram a referência para CP devido à incerteza do prognóstico,</p> <p>3. 46,8% acreditavam que os CP tinham sido concebidos para e priorizavam pacientes oncológicos.</p> <p>4. 57,4% acreditavam que seus pacientes tinham percepções negativas do termo CP.</p> <p>5. 44,1% afirmaram que referenciarão mais facilmente para CP se o serviço se chamasse Cuidados de Suporte.</p>
<p><b><i>Access and referral to palliative care for patients with chronic heart failure: A qualitative study of healthcare professionals (12)</i></b></p> <p>Singh G. K. et al., 2020, Austrália</p>	<p>Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre o acesso aos cuidados paliativos para pacientes com insuficiência cardíaca crónica, centrando-se nos fatores do paciente, do profissional de saúde e do sistema.</p>	<p>Cardiologistas (n=3), especialistas em cuidados paliativos (n=3), enfermeiros de insuficiência cardíaca (n=7) e enfermeiros de cuidados paliativos (n=1) em contexto de cuidados de saúde de agudos e comunitários</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista semi-estruturada, presencial ou via telefónica, realizada entre janeiro e maio de 2019</p>	<p><b>Fatores relacionados com pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preconceito do paciente e da família sobre CP que os faz resistir à referência;</li> <li>- Perfil clínico do paciente influencia a referência: a carga sintomática do doente influencia o timing de referência; a trajetória imprevisível da doença torna difícil prever quando será o momento certo a referenciar.</li> </ul> <p><b>Fatores relacionados com profissionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrados no modelo médico de tratamento da doença e sintomas em contraste com um modelo holístico.</li> <li>- Sensação de falha com o doente ao referenciar.</li> <li>- Hierarquia de cuidados: apesar de as enfermeiras terem a possibilidade de referenciar os doentes para CP não o faziam sem consultarem previamente o cardiologista.</li> <li>- Dificuldades de comunicação sobre assuntos de fim de vida.</li> <li>- Coordenação de cuidados: são vários os profissionais envolvidos nos cuidados aos doentes, principalmente em contexto de internamento, com diferentes ideias e posturas o que pode dificultar a referência.</li> </ul> <p><b>Fatores relacionados com o sistema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviços alternativos de referência: psicologia, psicoterapeutas.</li> <li>- Recursos limitados, quer de profissionais quer financeiros.</li> <li>- Critérios de referência não adequados à trajetória da doença crónica.</li> </ul>
<p><b><i>“Not the ‘Grim Reaper Service’”: An Assessment of Provider Knowledge, Attitudes,</i></b></p>	<p>Avaliar a percepção dos profissionais relativamente a: necessidades dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC);</p>	<p>Profissionais de saúde da área da cardiologia, cuidados de saúde primários e CP</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista semi-estruturada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os profissionais tinham um conhecimento limitado sobre o que são os CP (confusão entre CP e hospice) e como estes podem complementar a terapia tradicional da IC para diminuir o sofrimento relacionado com a doença.</li> </ul>

<p><b>and Perceptions Regarding Palliative Care Referral Barriers in Heart Failure (25)</b> Kavalieratos D. et al., 2014, EUA</p>	<p>conhecimentos sobre CP; indicações e momento ideal para referência a CP na IC; e barreiras à referência.</p>	<p>(n= 12 médicos, 3 enfermeiros e 3 assistentes médicos)</p>			<p><b>Barreiras de referência:</b> O curso imprevisível da IC; falta de gatilhos ou indicadores de referência claros ao longo da trajetória da IC; a ambiguidade em relação ao que diferencia a terapia padrão de IC dos cuidados paliativos. No entanto, os profissionais expressaram interesse em integrar os cuidados paliativos aos cuidados tradicionais de IC, mas não tinham certeza de como iniciar a colaboração.</p>
<p><b>Home-Based Palliative Care Team Perspectives on Challenges in Patient Referral and Enrollment (26)</b> Enguidanos, S. et al., 2022, EUA</p>	<p>Conhecer a opinião dos profissionais sobre as barreiras encontradas na identificação, referência e inscrição de pacientes elegíveis para cuidados paliativos domiciliares.</p>	<p>Agências de CP domiciliários (n=9); participantes: 17 profissionais de saúde e 8 administradores</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>9 Focus Group</p>	<p><b>Principais barreiras encontradas</b> 1. Problemas relacionados com participação dos cuidados 2. Barreiras estruturais das agências: dificuldade com os registos clínicos e várias áreas de negócios relacionadas com CP (internamento, cuidados domiciliários, consulta) 3. Barreiras relacionadas com paciente e família: preconceitos e/ou falta de conhecimento sobre CP, desconhecerem a referência, relutância em receber estranhos em casa, sobrecarregados com os problemas de saúde e com consultas e tratamentos, recusa do serviço de CP domiciliários 4. Barreiras dos profissionais de saúde: preconceitos e/ou falta de conhecimento sobre CP, variabilidade no pagamento e serviços prestados pelas agências com CP domiciliários dificultando a identificação dos doentes elegíveis, falta de tempo e disponibilidade dos médicos para receber os profissionais das agências de CP de forma a serem informados sobre os serviços existentes, sentimento de pertença do paciente.</p>
<p><b>Health Care Provider Barriers to Patient Referral to Palliative Care (27)</b> Enguidanos, S. et al., 2021, EUA</p>	<p>Compreender a percepção dos profissionais sobre os CP, as barreiras à referência para cuidados paliativos domiciliares e sugestões para superar essas barreiras.</p>	<p>Profissionais de saúde (médicos cuidados de saúde primários, enfermeiros e gestores de cuidados) (n=18)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista semi-estruturada, realizada em 2019</p>	<p><b>Barreiras dos profissionais à referência:</b> Falta de conhecimento sobre CP (conceito, medidas em vigor, confusão com <i>hospice</i>); falta de clareza dos processos de referência, resistência na referência para CP domiciliares e barreiras culturais do profissional de saúde. <b>Barreiras atribuídas aos doentes:</b> financeiras, relutância em aceitar visitas domiciliares, literacia em saúde, barreiras culturais e linguísticas e desafios relacionados com as situações de vida: sem-abrigo, habitação provisória (viver em motéis, casa de familiares e amigos) e habitar em zonas rurais de mais difícil acesso.</p>

					<b>Estratégias para superar as barreiras:</b> Educação sobre CP e sobre os cuidados domiciliares.
<p><b>Too Many Appointments: Assessing Provider and Nursing Perception of Barriers to Referral for Outpatient Palliative Care(28)</b></p> <p>Agne, J. L. et al, 2021, EUA</p>	<p>Avaliar a percepção dos profissionais sobre as barreiras logísticas e de atitude à referência a CP ambulatoriais.</p>	<p>Profissionais de saúde de um grande centro hospitalar académico (área da oncologia e dos CP) (n=54)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Questionário online com avaliação de 3 domínios: barreiras logísticas à referência para CP ambulatoriais (5 categorias), competências em CP e aceitabilidade de um modelo clínico de CP integrado.</p>	<p>- A maioria dos entrevistados nos três grupos (oncologia médica 78%, paliativos 80% e enfermeiros 64%) classificou a sobrecarga de tempo para os pacientes como a primeira ou segunda barreira à referência.</p> <p>- Os médicos oncologistas e de CP classificaram a preferência do paciente (recusa) como uma barreira logística influente na referência, com mais da metade dos entrevistados (oncologia 52% e paliativos 53%) a classificá-la como a primeira ou a segunda barreira mais importante.</p> <p>- A maioria dos enfermeiros oncológicos (82%) classificou a localização da clínica paliativa como primeira ou segunda barreira à referência.</p> <p>- A maioria dos participantes nos 3 grupos discordou que o nome do serviço Cuidados Paliativos seja uma barreira à referência, sinónimo de cuidados de fim de vida ou diminuição da esperança em pacientes e familiares.</p>
<p><b>Palliative care specialists' perceptions concerning referral of haematology patients to their services: findings from a qualitative study(29)</b></p> <p>McCaughan, D. et al., 2018, Inglaterra</p>	<p>Compreender as barreiras percebidas pelos profissionais de saúde à referência a CP de doentes com neoplasias hematológicas.</p>	<p>Profissionais de saúde especialistas em CP a trabalhar em contexto hospitalar, comunitário ou Hospice.</p> <p>(n= 6 médicos e 14 enfermeiros)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Entrevista semi-estruturada, presencial, entre 2012 e 2014.</p>	<p><b>Barreiras identificadas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imprevisibilidade da trajetória da doença e dos prognósticos associados: a propensão para deterioração rápida, vias de remissão e recidivas e tratamento próximo à morte, tornam difícil distinguir os objetivos dos tratamentos se curativo ou paliativo.</li> <li>2. Relação de proximidade do paciente com equipa de hematologia: que se reflete na grande esperança de tratamento depositada pelo doente na sua equipa e na relutância dos hematologistas em referenciar para outras especialidades enquanto estivessem sob tratamento ativo para a doença.</li> <li>3. Falta de conhecimento sobre a definição e funções dos CP: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Competências atribuídas aos CP eram, principalmente, como controlo sintomático, não contemplando a abordagem abrangente do apoio psicológico e emocional aos pacientes e familiares.</li> <li>- Pensamento dicotomizado de que os doentes só poderão estar sob tratamento oncológico ativo ou sob CP.</li> </ul> </li> </ol>

					<p>- Perceção de que as necessidades paliativas poderiam ser supridas pelos hematologistas.</p> <p>- Falta de conhecimento dos pacientes sobre os serviços CP disponíveis e associação negativa aos CP: “um local onde se vai morrer”.</p> <p>4. Discussões tardias sobre o fim da vida e referenciação para CP.</p> <p>- Dificuldade dos profissionais de saúde em abordar questões de fim de vida pela incerteza do prognóstico, para evitar a sensação de desistir do doente, ou até todas as opções de tratamento estarem esgotadas.</p> <p>- Dificuldade dos doentes em discutir questões de fim de vida pelas expectativas desajustadas relativamente aos resultados dos tratamentos.</p> <p>5. Políticas de referenciação</p> <p>Critérios de referenciação existentes, localmente ou de forma generalizada, que por vezes impedem a referenciação atempada destes utentes por não preencherem critérios.</p> <p>6 Questões organizacionais</p> <p>- Transferência de cuidados é requisitada de forma repentina pela imprevisibilidade do prognóstico não sendo fácil encontrar disponibilidade de CP de forma imediata.</p> <p>-A contribuição dos CP também foi considerada limitada pela falta de camas disponíveis a curto prazo e variações na disponibilidade de serviços comunitários de CP.</p> <p>7. Plataformas de informação: A tecnologia existente limitava a partilha de informação entre as especialidades e entre os vários níveis de cuidados (p.e primários vs. secundários). Com duplicação de atividades por não se conhecer todo o histórico de abordagem do doente, dificulta a gestão partilhada do doente, dificulta a sinalização de doentes com eventuais necessidades paliativas.</p>
--	--	--	--	--	---

Após análise de todos os artigos incluídos na revisão foi possível perceber quais os principais motivos e práticas de referência dos profissionais de saúde e a divisão das barreiras de referência por 3 categorias: relacionadas com os profissionais, relacionadas com o sistema de saúde e relacionadas com o doente.

## **1. MOTIVOS E PRÁTICAS DE REFERENCIAÇÃO**

O motivo mais referido para referenciação a cuidados paliativos foi o controlo sintomático (17, 20, 22, 24) especialmente a dor mal controlada (16, 17, 21). Outros motivos mencionados foram falta de opções ou resposta ao tratamento (16, 17, 18, 22), fim de vida (16, 18, 22, 24) e falta de tempo para atender às necessidade paliativas e às questões de fim de vida (17, 18).

Em vários estudos os participantes afirmavam ter acesso a algum tipo de serviço de CP (16, 22, 24) ou acesso a CP abrangentes e especializados (22) e conhecerem o alcance dos CP (16) e a existência de evidências que apoiam os CP precoces (17). No entanto, a referenciação ocorria, predominantemente, de forma tardia (18, 22, 24) ou nem havia lugar a referenciação ou era pouco frequente (16, 17, 24) principalmente na ausência de sintomas (17) ou para abordagem de questões espirituais, psicológicas ou sociais (24).

## **2. BARREIRAS DE REFERENCIAÇÃO**

### **BARREIRAS RELACIONADAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

#### *Crenças profissionais de saúde:*

A crença dos profissionais de saúde mais frequentemente referida nos vários estudos foi a de que os CP faziam parte das funções do oncologista e que estes poderiam realizá-los de forma independente (16, 17, 20, 21, 29), considerando a referenciação como fugir da sua responsabilidade profissional e transferir as tarefas difíceis para outros colegas(21).

No trabalho de Sala et al (16), os oncologistas, que excepcionalmente ou que nunca referenciavam os seus doentes a CP, quando questionados sobre os seus motivos referiram que estes cuidados não eram significativos, benéficos ou prioritários e que preferiam resolver sozinhos os problemas do paciente. Todos os participantes foram também inquiridos sobre quando a melhor altura de referência e 37% responderam “perto do fim da vida”, 26% “o mais cedo possível após o diagnóstico de doença incurável”, 13% “quando não há outras alternativas terapêuticas”, e 10% “no início dos sintomas”.

Wright, et al. (20) relatam que os hematologistas evitam a referência no momento do diagnóstico por terem receio que os pacientes se sintam sobrecarregados e confusos com uma cascata de informações conflitantes.

Outra das crenças patentes nos estudos foi a de que os doentes teriam uma perceção negativa dos CP e que, por isso, não desejariam ser referenciados (17, 22, 24), além de que tinham receio que os doentes encarassem a referência como um abandono (21).

#### Falta de conhecimento do Conceito de CP

Uma das barreiras mais referidas nos vários estudos incluídos era o conhecimento limitado sobre a definição e função dos CP(25, 26, 27, 29).

Schenker et al. (21) realizou uma análise qualitativa sobre os fatores que influenciavam os oncologistas a referenciar a CP ambulatoriais, em centros clínicos com acesso a CP abrangentes. Verificou que existe uma ideia persistente dos CP como uma filosofia alternativa de cuidado incompatível com os tratamentos oncológicos, havendo receio de que os especialistas em CP pudessem criar um conflito para os pacientes que recebiam quimioterapia, contradizendo os oncologistas ou dando estimativas de prognósticos mais desanimadoras. No entanto, os participantes mostravam que a opinião relativamente aos CP estava em evolução em resposta à crescente disponibilidade de serviços e experiências de referência positivas, mas realçaram que a visão dos CP como valiosos, além dos cuidados oncológicos padrão, não era universalmente partilhada pelos oncologistas.

Num outro estudo, os hematologistas encaravam as competências atribuídas aos CP, principalmente, como controlo sintomático não contemplando a abordagem abrangente do apoio psicológico e emocional aos pacientes e familiares(29).

Foi também frequente a confusão do conceito de CP com o de *Hospice* (25, 27), de que priorizavam os pacientes oncológicos (24) e o desconhecimento de que estes podem complementar a terapia tradicional da patologia de base para diminuir o sofrimento relacionado com a doença (25, 29).

#### *Dificuldade em lidar com doentes em fim de vida*

Foi notória a dificuldade dos vários profissionais em lidar com os doentes em fim de vida e em aceitar os limites da medicina curativa e a inevitabilidade da morte.

No trabalho de Singh et al. (12), verificou-se que os cardiologista se mantinham centrados no modelo médico de tratamento da doença, na gestão de sintomas e otimização de terapêuticas em contraste com um modelo de cuidado holístico com preocupação com o bem estar global do doente, tendo dificuldade em aceitar que estes estariam em fim de vida.

Já Lee et al. (23) constatou que a mentalidade do cirurgião de ter esperança de um desfecho positivo perante uma complicação grave, o sentimento de responsabilidade pelo resultado do paciente e a necessidade constante de curar seriam um dos entraves à referenciação aos CP. Portanto, as complicações e a morte passavam a ser vistas como fracassos pessoais, do mesmo modo que a suspensão de tratamentos de suporte à vida equivaliam a uma declaração de derrota.

Dois dos trabalhos (20, 29) também relatam como barreira a relação de proximidade do paciente com a equipa de saúde: que se reflete na grande esperança de tratamento depositada pelo doente na sua equipa e na relutância dos hematologistas em referenciar para outras especialidades, enquanto estivessem sob tratamento ativo para a doença (29). Havia necessidade de se sentirem no controlo da gestão terapêutica do doente associada a um sentimento de fracasso profissional quando o referenciavam(20). Esse

sentimento de fracasso e de abandono do doente foi também referido noutros estudos (12, 22, 29).

Os profissionais não se sentiam confortáveis em abordar questões de fim de vida, pela sua falta de capacidade de comunicação (12, 18, 23, 29), adiando essas discussões, e atrasando ou evitando a referência (29).

Outra das razões mais referidas na dificuldade em identificar um doente terminal foi a incerteza do prognóstico, a trajetória imprevisível da doença com a falta de gatilhos ou indicadores de referência de agravamento e referência claros; a ambiguidade em relação ao que diferencia a terapia padrão da doença e a dos cuidados paliativos (12, 18, 23, 25, 29).

#### Receio de sobrecarregar os doentes com consultas:

Em dois dos estudos (17, 28) os profissionais de saúde referiram, como barreira à referência, o receio de sobrecarregar os pacientes com mais consultas, sendo que num deles, a maioria dos entrevistados nos três grupos avaliados (oncologia médica 78%, paliativos 80% e enfermeiros 64%) classificou a sobrecarga de tempo para os pacientes como a primeira ou segunda barreira à referência (28).

No trabalho de Agne et al o acesso dos pacientes aos cuidados paliativos ambulatoriais só estava disponível através de clínica paliativa independente, que funcionava separadamente dos cuidados oncológicos ambulatoriais da instituição, implicando que os cuidados não pudessem ocorrer em simultâneo na mesma visita com um custo de tempo adicional em doentes que se aproximam do fim de vida (28).

#### Estigma com o nome Cuidados Paliativos:

Em 3 dos artigos selecionados para esta revisão, surge a categoria do estigma associado ao nome Cuidados Paliativos. Segundo os profissionais de saúde, estes referenciarão mais facilmente os doentes se o serviço fosse renomeado de Cuidados de Suporte (19, 24).

No estudo de Hui et al. (19) os médicos seriam mais propensos a encaminhar os pacientes recém-diagnosticado (74% vs. 32%), em tratamento ativo (76% vs. 32%), sem evidência de cancro (58% vs. 21%) e os que já não estão a receber tratamentos para o cancro (85% vs. 75%) para Cuidados de Suporte do que para CP.

O nome Cuidados Paliativos representa uma maior barreira à referenciação relativamente a Cuidados de Suporte (36% vs. 3%), está mais associado a *Hospice* (53% vs. 6%), é mais provável de diminuir a esperança nos pacientes e familiares (58% vs. 8%), e menos provável de estar associado ao tratamento de efeitos colaterais da quimioterapia (19% vs. 64%)(19).

No entanto, num dos estudos que aborda esta temática, a maioria dos participantes discordou que o nome do serviço Cuidados Paliativos seja uma barreira à referenciação, sinónimo de cuidados de fim de vida ou diminuição da esperança em pacientes e familiares (28).

#### *Dificuldade na coordenação de cuidados:*

Lee et al. (23) e Singh et al. (12) abordam o tema da existência de uma cadeia hierárquica entre profissionais onde os mais graduados estão responsáveis por gerir os cuidados prestados aos doentes e sobre quem recai a decisão de referenciação para CP, caso concordem, o que poderá constituir uma barreira à referenciação precoce.

São também vários os profissionais envolvidos nos cuidados aos doentes, principalmente em contexto de internamento, com diferentes ideias de abordagem o que pode dificultar a referenciação até porque alguns deles apenas assistem o doente em contexto de agudização sem que o médico assistente tenha intervenção nesse momento (12).

## **BARREIRAS RELACIONADAS COM SISTEMA DE SAÚDE**

### *Disponibilidade limitada de Recursos*

Foi transversal a vários estudos a disponibilidade limitada de recursos humanos e financeiros como barreira de referência a cuidados paliativos (18, 20, 22, 29) com consequente tempo de espera por cuidados desajustados ao prognóstico (17, 29).

No estudo de Enguidanos et al. (26), realizado no Estados Unidos da América, relativamente à prestação de cuidados paliativos ao domicílio abordam a perspetiva de vários profissionais envolvidos nestes cuidados, desde os médicos aos administradores de 9 agências de CP domiciliários. Identificaram problemas relacionados com a participação dos cuidados e uma variabilidade no pagamento e no tipo de serviços prestados pelas agências (internamento, cuidados domiciliários, consulta) dificultando a identificação dos doentes elegíveis e a sua referência.

### *Critérios de referência*

Algumas das dificuldades descritas nos vários estudos prendiam-se com os critérios de referência que eram inflexíveis, pouco claros e exigiam um prognóstico específico que por vezes impediam uma referência atempada destes utentes por não preencherem critérios (20, 27, 29).

No trabalho de McCaughan et al. (29) alguns dos critérios de referência exigidos (como sintomas complexos que a equipa de hematologia não fosse capaz de resolver) foram considerados como inadequados para alguns doentes com cancro hematológico, pois negavam o encaminhamento de indivíduos sem tais dificuldades, mas que poderiam piorar de forma inesperada e rápida e exigir entrada em CP naquele momento. Ficando estes doentes em desvantagem, pois dado o tempo limitado até à morte não iriam usufruir em pleno dos CP. Neste contexto, muitos entrevistados consideraram a natureza imprevisível dos cancros hematológicos suficiente por si só para constituir critério de referência justificável.

## **BARREIRAS RELACIONADAS COM OS DOENTES/DOENÇA**

### Dificuldade em prever curso da doença e prognóstico

A barreira de referenciação relacionada com o doente mais referida nos vários artigos foi a dificuldade em definir a altura certa da referenciação pela trajetória imprevisível da doença (12, 20, 23, 24, 25, 29).

No estudo de Kavalieratos et al (25) que aborda a perceção de diferentes profissionais de saúde relativamente a necessidades dos pacientes com insuficiência cardíaca, indicam como limitação de encaminhamento a CP: o curso imprevisível da IC; falta de gatilhos ou indicadores de referência claros ao longo da trajetória da doença e a ambiguidade em relação ao que diferencia a terapia padrão de IC dos cuidados paliativos. O mesmo conceito vem explanado num outro trabalho em que a imprevisibilidade da trajetória da doença hematológica e dos prognósticos associados com a propensão para deterioração rápida, as vias de remissão e recidivas e tratamento próximo à morte, tornam difícil distinguir os objetivos dos tratamentos se curativo ou paliativo (29).

### Preconceito do doente e/ou cuidadores relativo a CP

Uma outra barreira associada à referenciação é o preconceito do doente e familiares ou cuidadores relativamente ao conceito de CP (26). Associando os cuidados paliativos a “um local onde se vai morrer” (29), fazendo-os resistir à referenciação (12).

Os médicos oncologistas e de CP classificaram a preferência do paciente (recusa) como uma barreira logística influente na referenciação, com mais da metade dos entrevistados (oncologia 52% e paliativos 53%) a classificá-la como a primeira ou a segunda barreira mais importante (28).

## V. Discussão

Esta *scoping review* tinha como objetivo principal identificar e compreender as barreiras de referência a Cuidados Paliativos, pelos profissionais de saúde, de doentes adultos com patologia oncológica ou não oncológica, em qualquer contexto de atividade. Da análise dos artigos incluídos foi possível identificar os principais motivos e práticas de referência assim como as barreiras mais frequentemente relacionadas com os profissionais de saúde, com o sistema de saúde e com os doentes.

Tem sido relatada uma correlação entre CP precoces e a uma maior sobrevida que pode estar relacionada com a melhoria da qualidade de vida, as menores taxas de depressão e melhor abordagem dos sintomas, levando à estabilização da condição do paciente(17). Outras análises mostraram taxas mais baixas de administração de quimioterapia nos últimos 60 dias de vida nos pacientes que receberam CP precocemente, o que pode traduzir-se numa maior expectativa de vida devido à menor morbidade e mortalidade relacionadas com o tratamento (17).

Os pacientes não estão a ser encaminhados de forma proactiva, mas sim em resposta à diminuição das opções de tratamento ou à ausência de tratamento curativo, sintomas não controlados, proximidade da morte e mau estado funcional, sugerindo uma integração tardia dos CP (16, 17). É importante que se estabeleça uma relação precoce com os CP, como complemento aos cuidados oncológicos regulares, porque dá aos pacientes a vantagem de um acesso facilitado mais tarde no curso da doença, quando aumenta, significativamente, a necessidade de mais intervenções paliativas (17).

Verificou-se que os fatores relacionados com os profissionais desempenham um papel importante na influência da referência, mesmo em centros oncológicos onde os serviços de CP estão bem estabelecidos e desenvolvidos. As conceções atuais de CP não penetraram totalmente na oncologia académica e notou-se que as opiniões dos profissionais não refletem adequadamente as *guidelines* recentes (21).

A falha na familiaridade e compreensão do conceito de paliativo pode ser colmatada através da adoção de currículos de formação estruturados que abordem os cuidados

paliativos, a gestão da dor e dos sintomas, a condução de conversas difíceis enquanto se gerem dinâmicas familiares desafiantes e a prestação de cuidados de fim de vida (23).

Um dos fatores relacionados com o doente e com os profissionais de saúde que influenciam o acesso aos cuidados inclui fatores terminológicos e linguísticos. O termo “cuidados de fim de vida” tem sido frequentemente usado de forma incorreta para descrever cuidados paliativos e explica porque o termo “cuidados paliativos” é comumente estigmatizado ou mal compreendido como sendo considerado morte e morrer (12, 22).

Os cuidados de fim de vida são prestados a um paciente durante um período anterior à morte do indivíduo e podem representar os últimos seis meses de vida. Recentemente, como forma de combater o estigma com o termo CP, muitos profissionais de saúde adotaram o nome “cuidados de suporte” e “pessoas de conforto” para descrever cuidados que melhoram o conforto e o apoio do paciente e da família durante todas as fases da doença; no entanto, são necessárias definições padronizadas(12). Contudo, ficou claro que educar os indivíduos sobre o erro de que os CP estão associados à morte e ao morrer era uma questão maior do que a semântica dos cuidados paliativos (12). Foram feitas algumas sugestões sobre como melhorar esta compreensão: sensibilização, a clarificação de papéis, a melhoria da comunicação entre os médicos de cuidados paliativos e os oncologistas e a incorporação dos cuidados paliativos na prática oncológica(21).

Muitos profissionais de saúde destacaram seu déficit de habilidade em comunicação, acreditando que isso influencia o acesso do paciente aos cuidados paliativos. Era necessário aumentar a confiança nas conversas sobre cuidados paliativos com o paciente e sua família. Isto pode ser explicado pela pouca oportunidade de formação e treino em competências comunicacionais que aumentariam a confiança do profissional de saúde no envolvimento com tópicos de conversação complexos ou confrontantes (12).

Apesar de haver referência em alguns dos estudos a barreiras relacionadas com os doentes, essencialmente o predomínio de preconceitos relativamente ao significado de CP, a maioria dos pacientes está aberta à referência, especialmente se o seu médico oncologista o recomendar e os cuidados foram facilmente acessíveis (17).

Embora a maioria dos oncologistas tenha relatado fácil acesso a CP, a relutância em referenciar os doentes na ausência de sintomas possa estar ligada falta de recursos médicos de CP e aos consequentes longos tempos de espera (outra barreira frequentemente citada) (17). No entanto, os resultados mostraram a falta de convicção dos oncologistas sobre a utilidade da incorporação dos CP no cuidado dos seus pacientes, o predomínio de critérios de encaminhamento tardio e uma tendência preocupante de não considerar as necessidades psicossociais das pessoas gravemente doentes (16).

Existem 3 pontos a considerar para melhorar a referência a CP:

Primeiro, é necessário aumentar a formação dos profissionais locais para aumentar a familiaridade com os serviços disponíveis. É pouco provável que a disseminação de *guidelines* de forma passiva altere a prática de referência dos profissionais enquanto programas educacionais mais ativos, envolvendo consultores, têm-se mostrado promissores como intervenções para melhorar as práticas. Por vezes, simplesmente fazer com que a equipa de cuidados paliativos se apresentasse numa clínica oncológica poderia contribuir muito para melhorar a sensibilização para os serviços disponíveis (21).

Em segundo lugar, são necessários esforços contínuos a nível do sistema de saúde para aumentar a consciencialização sobre o que significam os cuidados paliativos, o que não significam e o que podem oferecer aos pacientes e como podem ser complementares ao tratamento oncológico. Os cuidados paliativos só recentemente começaram a realçar as diferenças de *Hospice*, e é necessário mais trabalho para diferenciar os critérios de elegibilidade e a abordagem destes dois serviços para os médicos que referenciam (21).

Finalmente, o facto de a maioria dos oncologistas considerarem a prestação de cuidados paliativos como parte integrante do seu próprio papel sinaliza a necessidade de desenvolver e testar modelos de prática inovadores que permitam aos oncologistas e aos médicos de cuidados paliativos colaborar e integrar as respetivas competências (21).

As referências tardias causam dificuldades, uma vez que os pacientes já poderão estar gravemente doentes e os familiares/cuidadores muito angustiados nesse momento. Essas situações deixam a equipa CP com pouco tempo para estabelecer uma

relação de confiança, definir as preferências de fim de vida e coordenar os cuidados antes da morte do paciente (20).

Modelos recentes de prestação de CP defendem uma transição faseada, com cuidados paliativos prestados concomitantemente com o tratamento ativo desde o diagnóstico de uma doença que limita a vida (20, 22).

## VI. Forças e limitação do estudo

A grande maioria dos estudos são de países fora da Europa, sendo que mais de metade deles se baseiam na realidade dos Estados Unidos da América. Apenas um dos trabalhos é europeu. Este facto limita a extrapolação dos resultados para a realidade mundial. Além de que países como os Estados Unidos da América e Canadá têm uma realidade diferente quer dos próprios CP quer dos sistemas de saúde vigentes, o que poderá identificar barreiras de referenciação que não se enquadram no nosso contexto. No entanto, permite-nos ter uma ideia das várias realidades existentes.

Alguns dos estudos qualitativos têm taxas de resposta ou número de participantes pequeno, no entanto, a saturação temática foi atingida com o número de entrevistas realizadas.

Uma das forças desta revisão é o facto de se incluir a perspetiva de profissionais de várias categorias e de médicos de diferentes especialidades, assim como se terem alguns estudos que não relacionem apenas os cuidados paliativos a doentes oncológicos.

## VII. Conclusão

O principal objetivo desta revisão era identificar e compreender as barreiras de referenciação a Cuidados Paliativos, pelos profissionais de saúde, de doentes adultos com patologia oncológica ou não oncológica, em qualquer contexto de atividade. A maioria dos estudos incluídos versava os cuidados paliativos em contexto oncológico e para serviços especializados em CP.

De uma forma geral a referenciação dos doentes para Cuidados Paliativos é realizada de forma tardia e, maioritariamente, quando o doente apresenta descontrolo sintomático e se esgotam as opções de tratamento. Identificaram-se 3 principais categorias de barreiras de referenciação: relacionadas com os profissionais (crenças existentes, desconhecimento do conceito de cuidados paliativos, dificuldade em lidar com doentes em fim de vida, receio de sobrecarga para o doentes, estigma com o nome Cuidados paliativos, dificuldade na coordenação de cuidados), relacionadas com o sistema de saúde (disponibilidade limitada de recursos e critérios de referenciação existentes) e relacionadas com o doente (dificuldade em prever o prognóstico e preconceito do doente).

Embora o valor teórico dos cuidados paliativos tenha sido reconhecido pelos profissionais, parecia haver alguma resistência à realidade e aos aspetos práticos associados à referenciação para serviços CP (20).

O acesso aos cuidados paliativos exige que vários setores trabalhem em conjunto para atender às necessidades dos pacientes. É necessário ter em consideração o perfil clínico do doente, as necessidades de educação dos profissionais de saúde na área de cuidados paliativos, a melhoria do acesso a serviços e aumento de recursos (12).

A nível da formação e capacitação dos profissionais é importante promover a formação em cuidados paliativos, de nível básico, para todos os profissionais de saúde, assim como a formação avançada, para todos os profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos. É também prioritário o investimento nas equipas com contacto com pessoas mais necessitadas de CP, nomeadamente doença oncológica, insuficiências de órgão, doenças neurológicas degenerativas e VIH-SIDA (3).

Melhorar a prestação de cuidados paliativos, provavelmente, exigirá mais esforços além do aumento da disponibilidade de serviços. O que poderá ajudar é aumentar a consciencialização sobre a forma como a subespecialidade dos CP complementa os cuidados médicos padrão das doenças incuráveis e/ou graves e também desenvolver estratégias para que os médicos assistente e os médicos de cuidados paliativos colaborarem e integrem suas respetivas competências (21).

A sensibilização da população sobre o papel dos CP desde o momento do diagnóstico e até ao apoio no luto, envolvendo os doentes, família/cuidadores e sociedade civil (3) será uma forma de desconstruir o preconceito e resistência destes relativamente aos CP.

## VIII. Referências Bibliográficas

1. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med.* 2016;30(3):224-39.
2. Capelas ML CS. Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos.* 2014;1(1):17-26.
3. PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS 2021-2022 - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.
4. Rato M, Kirkland J, Kingston AEH. Palliative care in non-malignant disease. *Medicine.* 2022;50(12):793-8.
5. Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers (Basel).* 2022;14(4).
6. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer.* 2014;120(11):1743-9.
7. Hausner D, Tricou C, Mathews J, Wadhwa D, Pope A, Swami N, et al. Timing of Palliative Care Referral Before and After Evidence from Trials Supporting Early Palliative Care. *The Oncologist.* 2021;26(4):332-40.
8. Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, Rodin GM, Le LW, Zimmermann C. Referral Practices of Oncologists to Specialized Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology.* 2012;30(35):4380-6.
9. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, Ripamonti CI, Scotté F, Strasser F, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol.* 2018;29(1):36-43.
10. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology.* 2017;35(1):96-112.
11. Jang H, Lee K, Kim S, Kim S. Unmet needs in palliative care for patients with common non-cancer diseases: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care.* 2022;21(1):151.
12. Singh GK, Ramjan L, Ferguson C, Davidson PM, Newton PJ. Access and referral to palliative care for patients with chronic heart failure: A qualitative study of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing.* 2020;29(9-10):1576-89.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology.* 2005;8(1):19-32.
14. Peters M, Godfrey C, Khalil H, McInerney P, Soares C, Parker D. 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. 2017.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021;10(1):89.
16. Sala RA, Dran G, Bruera E, Niccolai B, Fein E, Romera Á, et al. ATTITUDES AND BELIEFS OF ARGENTINIAN MEDICAL ONCOLOGISTS REGARDING PALLIATIVE CARE REFERRAL. *Medicina (Argentina).* 2023;83(3):10-8.
17. Feld E, Singhi EK, Phillips S, Huang LC, Shyr Y, Horn L. Palliative Care Referrals for Advanced Non-small-cell Lung Cancer (NSCLC): Patient and Provider Attitudes and Practices. *Clin Lung Cancer.* 2019;20(3):e291-e8.
18. Low D, Merkel EC, Menon M, Loggers E, Ddungu H, Leng M, et al. End-of-Life Palliative Care Practices and Referrals in Uganda. *Journal of Palliative Medicine.* 2018;21(3):328-34.
19. Hui D, Park A, Liu D, Reddy A, Dalal S, Bruera E. Attitudes and Beliefs Toward Supportive and Palliative Care Referral Among Hematologic and Solid Tumor Oncology Specialists. *Oncologist.* 2015;20(11):1326-32.

20. Wright B, Forbes K. Haematologists' perceptions of palliative care and specialist palliative care referral: a qualitative study. *BMJ supportive & palliative care*. 2017;7(1):39-45.
21. Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, Rabow MW, Smith CB, White DB, et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *Journal of Oncology Practice*. 2014;10(2):e37-e44.
22. Charalambous H, Pallis A, Hasan B, O'Brien M. Attitudes and referral patterns of lung cancer specialists in Europe to Specialized Palliative Care (SPC) and the practice of Early Palliative Care (EPC). *BMC Palliative Care*. 2014;13(1).
23. Lee CW, Vitous CA, Silveira MJ, Forman J, Dossett LA, Mody L, et al. Delays in Palliative Care Referral Among Surgical Patients: Perspectives of Surgical Residents Across the State of Michigan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;57(6):1080-8.e1.
24. Bonares MJ, Mah K, MacIver J, Hurlburt L, Kaya E, Rodin G, et al. Referral Practices of Cardiologists to Specialist Palliative Care in Canada. *CJC Open*. 2021;3(4):460-9.
25. Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *Journal of the American Heart Association*. 2014;3(1):e000544.
26. Enguidanos S, Lomeli S, Kogan AC, Rahman A, Lewis N. Home-Based Palliative Care Team Perspectives on Challenges in Patient Referral and Enrollment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(5):665-72.
27. Enguidanos S, Cardenas V, Wenceslao M, Hoe D, Mejia K, Lomeli S, et al. Health Care Provider Barriers to Patient Referral to Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(9):1112-9.
28. Agne JL, Bertino EM, Grogan M, Benedict J, Janse S, Naughton M, et al. Too Many Appointments: Assessing Provider and Nursing Perception of Barriers to Referral for Outpatient Palliative Care. *Palliative Medicine Reports*. 2021;2(1):137-45.
29. McCaughan D, Roman E, Smith AG, Garry AC, Johnson MJ, Patmore RD, et al. Palliative care specialists' perceptions concerning referral of haematology patients to their services: findings from a qualitative study. *Bmc Palliative Care*. 2018;17.

FACULDADE DE MEDICINA

