

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Medicina

**Ortiz, BFG¹; Araújo, GDN¹; Kroll, GS¹; Souza, IP¹; Alcoforado, LV¹ e Ligabo, LA¹;
Eugênio, C²**

CUIDADO PALIATIVO PRECOCE NO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

Categoria: Clínico

¹DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

²DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

São Paulo

2021

Rua Doutor Sérgio Meira, 230

(11) 93012-6369 ; bryanguardia@hotmail.com

CUIDADO PALIATIVO PRECOCE NO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

Categoria: Clínico

DESCRITORES: Cuidado paliativo precoce; Oncologia; Adulto

CUIDADO PALIATIVO PRECOCE NO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

EARLY PALLIATIVE CARE IN ADULT ONCOLOGICAL PATIENT

RESUMO

METODOLOGIA: Revisão narrativa realizada a partir de busca no PubMed com os descritores “(("early palliative care" [All Fields]) AND ("oncology"[All Fields])) AND ("adult"[All Fields])”. Foram encontrados 84 artigos dos quais, após a aplicação de critérios de exclusão, foram selecionados 9 artigos. **OBJETIVOS:** Avaliar como o cuidado paliativo precoce (CPP) impacta no prognóstico, qualidade de vida e uso de recursos no paciente adulto oncológico. **RESULTADOS:** Quatro estudos avaliaram que o uso de CPP auxilia no processo de tomada de decisão e acaba por reduzir o uso de terapias desproporcionais para pacientes com tumores avançados. O primeiro observou redução do risco de morte no hospital, redução do uso de tratamento agressivo no último mês de vida e diminuição do uso de terapia intensiva no último mês de vida nos pacientes em acompanhamento por CPP em relação ao grupo controle. O segundo evidenciou que, quando os cuidados paliativos (CP) são iniciados de 31 a 91 dias antes da morte em pacientes com câncer de pulmão metastático, há diminuição do uso de quimioterapia e de ventilação mecânica. O terceiro trabalho avaliou que o uso de quimioterapia nos últimos 60 dias de vida no grupo de CPP foi menor que no de CP tardio; no grupo do CPP houve maior probabilidade de sobrevida em 1 ano. O quarto observou que o grupo de CPP teve menor chance de readmissão após 7 dias da alta hospitalar, com tempo de internação mais curto, maior taxa de alta, menor uso de serviço de saúde domiciliar e as taxas de transferência para UTI diminuíram 16% nesses pacientes. Três estudos compararam a aplicação do CPP: sob demanda e aplicado de modo sistemático. Dois avaliaram o CPP de oferecido de forma sistemática e demonstrou que esse melhorou os índices de tratamento agressivo na fase final da vida, diminuiu o uso de quimioterapia nos últimos 30 dias de vida e promoveu melhora do humor, da sobrevida geral e da satisfação da família. Já o terceiro observou melhores pontuações nas escalas de depressão, ansiedade e qualidade de vida no grupo de CP sob demanda associado ao tratamento oncológico padrão. Por fim, dois estudos não tiveram resultados significativos com o uso de CPP em relação ao sofrimento e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO: As principais vantagens observadas do CPP foram o aumento da sobrevida, a redução do uso de terapias desproporcionais, a diminuição nas taxas de transferência para UTI e do risco de morte no hospital. **DESCRITORES:** early palliative care, oncology, adult

ABSTRACT

METHODOLOGY: Narrative review conducted from a PubMed search with the descriptors “(("early palliative care" [All Fields])) AND ("oncology"[All Fields])) AND ("adult"[All Fields])”. A total of 84 articles were found, of which, after applying exclusion criteria, 9 articles were selected. **OBJECTIVES:** To evaluate how early palliative care (EPC) impacts prognosis, quality of life, and resource use in the adult oncology patient. **RESULTS:** Four studies evaluated that the use of EPC aids in the decision-making process and ultimately reduces the use of disproportionate therapies for patients with advanced tumors. The first observed reduced risk of in-hospital death, reduced use of aggressive treatment in the last month of life, and reduced use of intensive care in the last month of life in patients being followed by EPC compared to the control group. The second study showed that when palliative care (PC) is started from 31 to 91 days before death in patients with metastatic lung cancer, there is a decrease in the use of chemotherapy and mechanical ventilation. The third study evaluated that the use of chemotherapy in the last 60 days of life in the EPC group was less than in the late PC group; in the EPC group there was a higher probability of survival at 1 year. The fourth noted that the EPC group had a lower chance of readmission 7 days after discharge, shorter hospital stay, higher discharge rate, lower home health service use, and ICU

transfer rates decreased by 16% in these patients. Three studies compared the application of EPC: on-demand and systematically applied. Two evaluated the systematically offered PPC and showed that it improved end-of-life aggressive treatment rates, decreased the use of chemotherapy in the last 30 days of life, and promoted improved mood, overall survival, and family satisfaction. The third study observed better scores on depression, anxiety, and quality of life scales in the on-demand PC group associated with standard oncology treatment. Finally, two studies had no significant results with the use of EPC regarding suffering and quality of life.

CONCLUSION: The main advantages observed of EPC were increased survival, reduced use of disproportionate therapies, decreased ICU transfer rates, and decreased risk of in-hospital death.
DESCRIPTORS: early palliative care, oncology, adult

CUIDADO PALIATIVO PRECOCE NO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

1 INTRODUÇÃO:

Cuidados paliativos (CP) podem ser definidos como uma abordagem terapêutica que promove qualidade de vida e alívio do sofrimento aos pacientes e seus familiares associados às doenças que ameaçam a continuidade da vida¹, sendo indicado para todos os pacientes com doenças irreversíveis independentemente do diagnóstico, prognóstico, idade ou tempo de evolução da doença².

Os princípios de atuação dos cuidados paliativos são: promover alívio da dor e outros sintomas responsáveis pelo sofrimento, reafirmar a vida e entender a morte como um processo natural, não antecipar e nem prolongar ou adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado, oferecer ao paciente o suporte necessário para que esse viva da maneira mais ativa possível até a morte, oferecer suporte a família durante a doença e o luto, acessar as necessidades do paciente através da equipe multiprofissional, melhorar a qualidade de vida influenciando positivamente a evolução da doença, instituir cuidados paliativos precocemente em conjunto com tratamentos modificadores da doença responsáveis por prolongar a vida e, por fim, incluir investigações diagnósticas necessárias para melhor compreender e melhor manejar as complicações clínicas que possam gerar sofrimento.

Segundo as estimativas globais da OMS no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), as neoplasias (34%) são uma das principais doenças que requerem cuidados paliativos³, além disso, o câncer se tornará um problema maior nas próximas décadas, sendo que o número estimado de novos casos é de 17 milhões em 30 anos⁴, sendo assim reconhecido como um problema de saúde pública.

A maioria dos pacientes oncológicos apresentam doença avançada no momento do diagnóstico⁵, o que confere pior prognóstico, menor sobrevida e maior risco de recidivas e metástase⁶. Por conta disso, o atendimento demanda uma assistência integral que inclui prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos de forma oportuna, permitindo a continuidade do processo⁷.

Quando o câncer se apresenta em estágio avançado ou em evolução para essa condição, a abordagem paliativa deve adentrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle, contanto que associado a aspectos psicossociais da doença. Já na fase terminal, em que o paciente não tem um bom prognóstico, o tratamento paliativo se impõe para garantir dignidade e qualidade de vida⁴. Portanto, a integração, de forma precoce, entre tratamento oncológico e cuidados paliativos é fundamental para que se possa atingir com êxito o seguimento desses pacientes⁸.

Dos pacientes com câncer em estágio avançado, 70% a 80% apresentam dor moderada ou intensa decorrente de múltiplas causas. A abordagem para alívio da dor é essencial, tanto associada ao tratamento antitumoral quanto em condições de lesões incuráveis e fora de proposta modificadora de doença⁹. Além da dor (um dos sintomas mais frequentes), outros sintomas acometem os indivíduos com câncer, como: anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispnéia, fraqueza, entre outros. Todos diminuem de algum modo sua qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde. À medida que a doença progride, maior é a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna

quase que exclusivos ao final da vida (Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines).

A relação entre cuidados curativos e cuidados paliativos difere de acordo com as características socioeconômicas e sistema de saúde de cada país, no entanto, como apresentado por Vasconcelos *et al.*, 2018 há um consenso global que preconiza que os cuidados paliativos não devem substituir os cuidados curativos, mas atuar de forma integrada, envolvendo a combinação de suporte paliativo com o tratamento padrão, logo após o paciente ser diagnosticado com uma doença incurável, devendo ter início o mais precocemente possível¹⁰.

No modelo de atenção tradicional, os cuidados paliativos são instituídos apenas depois do tratamento curativo ou para prolongar a vida. Já no modelo integrado, tanto os cuidados paliativos quanto os cuidados para prolongar a vida são fornecidos durante todo o curso da doença¹¹. A necessidade de cuidados paliativos está presente em todos os níveis de atendimento: primário, secundário e serviços especializados e pode beneficiar todas as faixas etárias¹². Dessa forma, são realizados em cenários diversos, como enfermarias, *hospices*, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e em domicílio¹³.

Faz-se ainda necessário uma estratificação do plano de cuidados paliativos, como demonstrado por Mauriz *et al.* 2014, em quatro fases: cuidados paliativos precoces (em que o paciente apresenta um bom estado funcional, com prognóstico estimado em meses a anos e nesse cenário, a morte em decorrência por doença de base é improvável), cuidados paliativo complementar (paciente com estado intermediário, que responde de maneira insatisfatória ao tratamento curativo com prognóstico estimado em semanas a meses), cuidado paliativo predominante (paciente que apresenta baixo estado funcional, em que são identificados critérios de irreversibilidade da doença de base com prognósticos estimado em dias a semanas) e cuidado paliativo exclusivo, também conhecido como cuidado de fim de vida (o paciente, além do baixo estado funcional, apresenta declínio rápido e irreversível do estado geral, com prognóstico estimado em horas a poucos dias).

Mais do que uma modalidade de tratamento, o cuidado paliativo simboliza a manifestação da cultura de cuidado integral e humanizado em todas as fases vivenciadas pelos pacientes diagnosticados com câncer. Em virtude dos benefícios dessa abordagem, a ASCO (Sociedade Americana de Oncologia Clínica) recomenda que os pacientes recém-diagnosticados com câncer avançado comecem os primeiros cuidados paliativos dentro de oito semanas após o diagnóstico. Atualmente, a oncologia apropriou-se do cuidado de suporte precoce implementado desde o momento do diagnóstico e outras modalidades de cuidados também podem ser consideradas, como o cuidado paliativo complementar, predominante e exclusivo. Isso dependerá do status de performance do paciente, estadiamento da doença e do repertório da equipe de cuidados paliativos⁹.

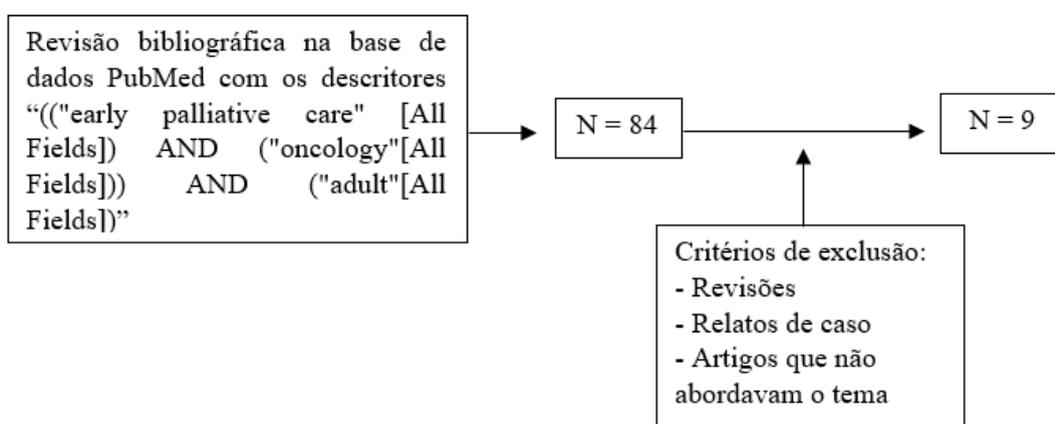
Apesar de pouco difundida no Brasil, a abordagem de cuidados paliativos vem ganhando cada vez mais espaço no país, principalmente nos grandes centros urbanos² por promover inúmeros benefícios, dentre eles: o controle da dor e dos sintomas associados, promoção da independência e autonomia, ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo do adoecimento e terminalidade, ativação de redes de suporte, apoio e orientação à família e cuidadores, bem como, conforto e qualidade de vida ao paciente¹⁴.

2 OBJETIVO:

Avaliar como o cuidado paliativo precoce (CPP) impacta no prognóstico, qualidade de vida e uso de recursos no paciente adulto oncológico.

3 METODOLOGIA:

Revisão narrativa realizada a partir de busca na base de dados PubMed utilizando os descritores “(("early palliative care" [All Fields]) AND ("oncology"[All Fields])) AND ("adult"[All Fields])”. Foram encontrados inicialmente 84 artigos dos quais, após a aplicação dos critérios de exclusão - revisões, relatos de caso, artigos que não abordavam o tema - foram selecionados 9 artigos para o presente estudo.



4 RESULTADOS:

Nome	Ano e desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Resultado	Conclusão
Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life.	2016 - Ensaio Clínico controlado randomizado	207 pacientes ambulatoriais com câncer pancreático metastático	Os CPP em oncologia têm mostrado evidências esparsas de um impacto positivo nos resultados dos pacientes, na qualidade dos resultados dos cuidados e nos custos.	Alguns índices de agressividade no fim da vida (EoL) tiveram um impacto favorável da CPP sistemática. Pacientes do braço intervencionista mostraram maior uso de serviços de CP. No braço experimental, a quimioterapia foi realizada nos últimos 30 dias de vida em uma taxa significativamente inferior	O CPP sistemático mostrou um impacto significativo em alguns indicadores de agressividade do tratamento EoL. Esses dados, reforçados por várias diferenças não significativas na maioria dos outros itens, sugerem que a qualidade do atendimento é

<p>Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes.</p>	<p>2018 - Ensaio clínico controlado randomizado</p>	<p>186 pacientes com câncer gástrico avançado</p>	<p>Os CPP têm mostrado um impacto positivo na qualidade de vida, na qualidade dos cuidados e nos custos com saúde, o que foi avaliado neste estudo.</p>	<p>em relação ao braço controle: 18,7% versus 27,8%. Outras diferenças não significativas foram observadas em favor do braço experimental.</p> <p>A mudança média nos escores TOI de T0 para T1 foi - 1,30 para pacientes do braço padrão e 1,65 para o grupo de intervenção, com uma diferença de 2,95. A mudança nos valores médios da subescala do câncer gástrico para o braço padrão foi de 0,91 e 3,19 para o grupo de intervenção, com uma diferença de 2,29. Quarenta e três por cento dos pacientes no braço padrão receberam CPP.</p>	<p>melhorada por essa abordagem</p> <p>Os resultados indicaram um ligeiro, embora não significativo, benefício da CPP. Os resultados dos estudos de CPP podem ser subestimados no caso de problemas administrados de forma subótima: tipo de intervenção, processo de tomada de decisão compartilhado entre oncologistas e médicos de CP, risco de contaminação do braço padrão, duração do estudo, oportunidade de avaliação dos resultados primários, oportunidade de início da coorte e recrutamento de pacientes com uma carga significativa de sintomas.</p>
<p>Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial</p>	<p>2016 - Ensaio Clínico prospectivo, randomizado e multicêntrico.</p>	<p>207 pacientes: 100 em CP sob demanda e 107 em CP sistemáticos.</p>	<p>Entender de que maneira os CPP podem ter um impacto positivo nos resultados, na qualidade do atendimento e nos custos dos tratamentos. Para isso foi comparado</p>	<p>Dos 207 pacientes selecionados inicialmente, 186 eram elegíveis (89 no seguimento padrão e 97 no seguimento intervencionista). A razão mais frequente para não administrar quimioterapia é a recusa do paciente ou rápida piora do quadro</p>	<p>Conclui-se com esse estudo que é necessário uma mudança na prática clínica no cuidado do paciente oncológico com câncer no pâncreas. Os dados recolhidos comprovam que, quando em</p>

o impacto do tratamento padrão do câncer + CPP sistemático com o tratamento padrão do câncer + CPP sob demanda, uso de serviços de saúde e qualidade dos cuidados de final de vida em pacientes com câncer gástrico ou pancreático.

clínico. Desde o início do trabalho até fevereiro de 2016, todos os pacientes receberam pelo menos uma consulta de CP. Os questionários (scores) FACT-Hep, HCS e TOI scale tiveram resultados melhores no seguimento intervencionista. HADS anxiety subscale se mostrou com um valor de 64% no seguimento intervencionista em comparação com 47% no seguimento padrão. A subescala de depressão apresentou 65,7% no braço intervencionista e 55,4% no braço padrão.

comparação, o CP precoce sob demanda adicionado ao padrão de atendimento oncológico apresenta vantagens em termos de mudança de qualidade de vida, principalmente fisicamente.

Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: an observational study

2019 -

Estudo de Coorte observacional e retrospectivo

292 pacientes com câncer avançado

Esse estudo teve como objetivo fornecer informações sobre o valor do CPP no integrado ao atendimento oncológico padrão em um ambiente de vida real.

Entre 2014 e 2017, 292 pacientes foram acompanhados. Destes, 200 receberam pelo menos três visitas e foram incluídos na análise. O tempo do diagnóstico do câncer avançado/metastático até o início do CP variou de 0 até 6,6 anos, com uma média de 0,4 anos. Na análise primária, 71% dos pacientes recebiam CPP, enquanto na análise secundária 53% eram pacientes iniciais de CP. No total, 173 pacientes morreram durante o acompanhamento, desses 59 recebiam CP precoce e 114 CP tardio. O tempo médio de acompanhamento foi de 1,8 anos no grupo de CP precoce e 1,2 anos no grupo de CP tardio. O tempo de encaminhamento para CP foi diferente em cada grupo de acordo com a dor intensa do câncer e a histologia, mas não por

O CPP foi associado a redução da agressividade na terapia em pacientes que recebem cuidados oncológicos e aumento da sobrevida. A quantidade de sintomas diminuiu nos pacientes que receberam CP precoces, independente do momento em que foi iniciado.

idade, sexo e pontuações nas escalas. O uso de quimioterapia nos últimos 60 dias de vida no grupo que realizou CP precoce foi de 3,4% e no grupo com CP tardio foi de 24,6%. Na análise secundária, essa diferença foi de 4,6% no primeiro grupo e 22% no segundo grupo. Na análise da probabilidade de sobrevivência, era estimado que em 1 ano fosse 74,5% e 45,5% nos grupos de início precoce e tardio, respectivamente.

Single early palliative care intervention added to usual oncology care for patients with advanced cancer: A randomized controlled trial (SENS Trial)

2021-

Ensaio Clínico randomizado

150 pacientes adultos oncológicos

Comparar uma estrutura de intervenção de CPP adicionada a um cuidado oncológico padrão em termos de sofrimento e qualidade de vida relacionada à saúde durante um período de seis meses.

Os resultados mostraram um efeito não significativo do CPP no paciente em sofrimento e na qualidade de vida relacionada à saúde.

A adição de CPP ao cuidado padrão do paciente oncológico avançado não promoveu melhoria no sofrimento ou qualidade de vida, por isso, os pacientes necessitam de CP mais intenso com suporte profissional contínuo para identificar e endereçar as necessidades paliativas mais precocemente.

Timing of palliative care needs reporting and aggressiveness of care near the end of life in metastatic lung cancer: A national registry-based study

2018

Estudo de Coorte retrospectivo

64.950 pacientes com câncer de pulmão metastático

Analisar a associação entre o momento de incorporação de CP e a agressividade de um cuidado de fim de vida.

Foram reportadas como corretas as abordagens paliativas (91 a 31 dias antes da morte) em 26,3% dos casos, tardias (30 a 8 dias antes da morte) em 31,5% dos casos e muito tardias (de 7 a 0 dias antes da morte) em 12,8% dos casos. Quando os CP foram reportados corretos houve a

Há uma clara associação entre o relato de CP a tempo e a agressividade do cuidado no fim de vida.

<p>Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial.</p>	<p>2017 - Ensaio Clínico multicêntrico randomizado</p>	<p>300</p>	<p>Investigar o efeito de CPP entre pacientes identificados com câncer avançado em departamentos de oncologia.</p>	<p>diminuição precoce e progressiva do uso de terapia anticâncer. O uso de ventilação aumentou conforme o cuidado paliativo tardou.</p>	<p>Foram selecionados 145 pacientes randomizados para CP especializados iniciais contra 152 para cuidados padrão. Os primeiros CP especializados não mostraram efeito sobre o resultado primário de mudança na necessidade primária. As análises dos desfechos secundários, incluindo sobrevida, também não mostraram diferenças, talvez com exceção de náuseas / vômitos, onde os primeiros CP especializados podem ter tido um efeito benéfico.</p>	<p>Não foram observados efeitos benéficos ou prejudiciais dos primeiros CP especializados, mas o benefício não pode ser excluído.</p>
<p>Improvements in Patient and Health System Outcomes Using an Integrated Oncology and Palliative Medicine Approach on a Solid Tumor Inpatient Service.</p>	<p>2017 - Estudo de Coorte retrospectivo</p>	<p>A análise pré e pós-intervenção incluíram 731 e 783 pacientes, respectivamente, representando um total de 1.514.</p>	<p>O objetivo foi avaliar o efeito da integração nos resultados do nível do paciente e do sistema de saúde, comparando uma série de medidas de resultados relacionadas à qualidade, incluindo tempo de internação (LOS), taxa de transferência de unidade de terapia intensiva (UTI), alta disposição, tempo para o</p>	<p>Os pacientes na coorte pós-intervenção tiveram uma tendência de retornos maiores de DE em 30 dias em comparação com o grupo pré-intervenção. Além disso, mais pacientes receberam alta para casa ou autocuidado, e menos pacientes necessitaram de serviços de saúde domiciliar na coorte pós-intervenção. As taxas de transferência para UTI diminuíram 16% e as referências ao hospício aumentaram 17%. Em relação aos profissionais 73% concordaram que o CP</p>	<p>A implementação de uma parceria nova e totalmente integrada entre oncologia médica e CP em um serviço de internação de tumor sólido em uma grande unidade de cuidados terciários, foi associada a melhorias estatisticamente significativas nos principais resultados relacionados ao sistema de saúde e indicadores de qualidade do tratamento do câncer,</p>	

<p>End-of-life outcomes with or without early palliative care: a propensity score matched, population-based cancer cohort study</p>	<p>2021 - Estudo de coorte retrospectivo</p>	<p>Análise de pessoas que morreram com câncer entre 2004 e 2014 em Ontário, Canadá, usando dados administrativos.</p>	<p>departamento de emergência (DE), tempo para readmissão e taxas de retorno e readmissão (RRs) de DE de 7 e 30 dias.</p>	<p>era um componente necessário do cuidado.</p>	<p>junto com maior satisfação do corpo docente e da equipe.</p>
		<p>O objetivo do estudo é investigar se os doentes com câncer que receberam CPP (ou seja, mais de 6 meses antes da morte) e os que não receberam, tiveram risco diferente de usar cuidados hospitalares e cuidados domiciliares de suporte no último mês de vida.</p>	<p>No estudo observou-se uma redução do risco absoluto de morrer no hospital em 10-13%, redução do risco absoluto de receber um tratamento agressivo no último mês de vida em 10% e um aumento do risco absoluto de ter um cuidado de suporte no último mês de vida 23-38%, quando comparado os pacientes que receberam CPP e os que não obtiveram esse cuidado precoce.</p>	<p>Concluiu-se que os pacientes que receberam CPP comparados aos que não receberam, eram mais propensos a receber suporte domiciliar de cuidado e menos propensos a receber cuidados hospitalares no último mês de vida. O estudo ainda traz a importância de políticas e estratégias de informação para apoiar o CPP, já que esse reduz o risco de o paciente morrer no hospital e, até mesmo, receber cuidados agressivos no fim de sua vida.</p>	

5 DISCUSSÃO:

Dos estudos analisados, três coortes retrospectivos relacionaram o uso de cuidados paliativos precoces com o uso de recursos e terapias contra o câncer durante o tratamento. No artigo de Hsien Seow *et al.*, eles compararam a chance de uso de cuidados hospitalares e domiciliares de suporte no último mês de vida entre pacientes que morreram em decorrência do câncer e receberam cuidados paliativos precoces (ou seja, mais de 6 meses antes da morte) e os que não receberam. No estudo observou-se uma redução do risco absoluto de morrer no hospital em 10%, redução do risco absoluto de receber um tratamento agressivo no último mês de vida em 10% e um aumento do risco absoluto de ter um cuidado de suporte no último mês de vida em 23,3%, quando comparado aos pacientes que receberam cuidado paliativo precoce e aos que não obtiveram esse cuidado¹⁵.

Da mesma forma, no estudo de François Goldwasser *et al.*, foi analisado a associação entre a incorporação de cuidados paliativos e a agressividade de terapias de fim de vida e foi evidenciado que 26,3% dos casos tiveram abordagens paliativas no momento certo, 31,5% em um momento tardio (30 a 8 dias antes da morte) e muito tardia em 12,8% dos casos (7 a 0 dias antes da morte). Assim, quando os cuidados paliativos são aplicados em um tempo indicado como correto (91 a 31 dias antes da morte) em pacientes com câncer de pulmão metastático, ocorre uma diminuição precoce e progressiva do uso de terapia contra o câncer. Junto a isso, houve uma maior necessidade de ventilação conforme o atraso do cuidado paliativo e foi identificada a falta de relatos de cuidados paliativos em 29,4% dos 64.950 pacientes analisados¹⁶.

A terceira coorte, de Elena Bandieri *et al.*, englobou 292 pacientes com câncer avançado e os comparou em relação aos cuidados paliativos precoce e tardio juntamente com a intervenção clínica. Os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com o tempo percorrido do diagnóstico até o início do CP e tiveram avaliações primárias e secundárias - 71% dos pacientes recebiam CP precoces e 53% eram pacientes iniciais de CP. O uso de quimioterapia nos últimos 60 dias de vida no grupo que realizou CP precoce foi de 3,4% e no grupo com CP tardio foi de 24,6%. Na análise secundária, essa diferença foi de 4,6% no primeiro grupo e 22% no segundo grupo. Nas análises houve diferenças na probabilidade de sobrevivência nos grupos após o início do CP, sendo a probabilidade estimada em 1 ano de 74,5% e 45,5% nos grupos de início precoce e tardio, respectivamente¹⁷.

Em relação a influência da CP precoce no tempo de internação e readmissão hospitalar, o estudo de coorte retrospectivo, realizado por Richard F Riedel *et al.*, fez uma análise com 1514 pacientes em um serviço de oncologia para pacientes com tumor sólido com intuito de comparar os pacientes que foram atendidos com o modelo antigo, no qual não tinha equipe de CP, e os pacientes que estavam inclusos no modelo novo, que já possuía essa equipe. Dessa amostra, 731 dos pacientes eram da pré-intervenção e 783 faziam parte da pós-intervenção. Os pacientes na coorte pós-intervenção tiveram menor chance de ter uma readmissão de 7 dias e também tiveram tempo de internação 0,30 dias mais curto do que a coorte pré-intervenção. Não houve diferença significativa na readmissão em 30 dias ou retorno ao departamento de emergência (DE) em 7 e 30 dias entre as duas coortes. Além disso, foi observado que mais pacientes receberam alta para casa ou autocuidado, e menos pacientes necessitaram de serviços de saúde domiciliar na coorte pós-intervenção. Nesse mesmo grupo, as taxas de transferência para UTI diminuíram 16% e as referências ao CP aumentaram 17%¹⁸.

Quanto aos cuidados paliativos precoces, duas intervenções foram analisadas em três estudos: CPP sob demanda e CPP sistemático. No primeiro, Marco Maltoni *et al.* em um

estudo com 207 pacientes ambulatoriais com câncer pancreático metastático foram escolhidos aleatoriamente e designados para receber tratamento padrão de câncer mais CPP sob demanda (braço padrão) ou tratamento padrão de câncer mais CPP sistemática (braço intervencionista). Alguns índices de agressividade no fim da vida tiveram um impacto favorável da CPP sistemática. No braço experimental, a quimioterapia foi realizada nos últimos 30 dias de vida em uma taxa significativamente inferior em relação ao braço controle. O CPP sistemático mostrou um impacto significativo em alguns indicadores de agressividade do tratamento e esses dados sugerem que a qualidade do atendimento é melhorada por essa abordagem¹⁹.

O segundo, de Emanuela Scarpi *et al.*, teve uma amostra composta por 186 pacientes ambulatoriais com câncer gástrico metastático ou localmente avançado não operável. Os pacientes foram randomizados 1 : 1 para receber tratamento padrão para câncer (SCC) em conjunto com CPP sob demanda (braço padrão) ou SCC mais CPP sistemático (braço intervencionista). O desfecho primário foi uma mudança na qualidade de vida (QV) nos escores do Trial Outcome Index (TOI) avaliados por meio do questionário Functional Assessment of Cancer Therapy-Gastric. Os desfechos secundários foram humor do paciente, sobrevida geral e satisfação da família com a saúde e agressividade no cuidado. Os resultados indicaram um ligeiro, embora não significativo, benefício da CPP²⁰.

No último estudo, um ensaio clínico prospectivo, randomizado e multicêntrico de Marco Maltoni *et al.*, incluiu pacientes oncológicos com câncer gástrico e pancreático em cuidados paliativos sob demanda e cuidados paliativos sistemáticos a fim de avaliar de que maneira os CPP poderiam ter um impacto positivo nos resultados, na qualidade e nos custos dos tratamentos dos pacientes oncológicos. Ambos os grupos foram randomizados e receberam o tratamento de câncer padrão mais o CP precoce proposto. As melhores pontuações nas escalas de qualidade de vida foram obtidas pelos pacientes do grupo que recebeu CP sob demanda associado ao tratamento oncológico padrão. As escalas de ansiedade e depressão também apresentaram melhores resultados neste mesmo grupo²¹.

Por fim, dois ensaios clínicos randomizados não obtiveram resultados significativos com a aplicação de CPP. O primeiro deles, desenvolvido por Steffen Eychmüller *et al.*, avaliou 150 pacientes oncológicos de forma a comparar com o tratamento padrão a abordagem de um cuidado associado à intervenção paliativa precoce em relação ao sofrimento e qualidade de vida desses pacientes em um período de seis meses, e não foi evidenciado resultados significativos de que os cuidados paliativos nos pacientes em sofrimento e na sua qualidade de vida²². Já o segundo, elaborado por Groenvold, *et al.*, buscou investigar o efeito de cuidados paliativos precoces especializados entre pacientes identificados com câncer avançado. Para tanto, selecionou 300 pacientes, dos quais 145 foram designados para cuidados paliativos especializados iniciais e os demais para cuidados padrão. Os resultados não mostraram diferença significativa em relação aos cuidados paliativos precoces sobre a qualidade de vida. As análises dos desfechos secundários, incluindo sobrevida, também não mostraram diferenças, com exceção de náuseas e vômitos, no qual os cuidados paliativos precoces especializados podem ter tido um efeito benéfico²³.

6 CONCLUSÃO:

De acordo com os estudos analisados, pode-se concluir que existe uma relação benéfica entre o cuidado paliativo precoce e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, envolvendo também a satisfação de seus familiares e a diminuição do uso de cuidados

agressivos no fim da vida. As principais vantagens observadas foram aumento da sobrevivência, redução na agressividade das terapias, na transferência para UTI e do risco absoluto de morrer no hospital. Apesar disso, para que os efeitos positivos sejam significativos, é necessário que esse cuidado seja aplicado no tempo indicado como correto (até três meses antes da morte), caso contrário o cuidado paliativo já se tornará tardio e não irá alcançar todos os benefícios propostos. Por fim, deve-se ressaltar que ainda é necessário mais estudos aprofundados sobre o tema, considerando que uma minoria dos artigos não encontraram nenhum resultado expressivo quando o tratamento padrão e o tratamento com cuidados paliativos precoces nos pacientes oncológicos.

7 REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Suíça; 2018 [citado em 2021 Jun 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf>.
2. Sousa LA, Souza TM, Junqueira LCFL. Cuidados paliativos [Internet]. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017 [citado em 2021 jun 25]. Disponível em: https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/07/CUIDADOS-PALIATIVO_S_LIVRO.pdf.
3. Organização Mundial da Saúde. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. Suíça; 2014 [citado em 2021 Jun 25]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
4. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [citado 2021 junho 25]; 21(2):e20170030. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1501.
5. Silva RCF, Hortele VA. Cuidados Paliativos Oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 2021 junho 25]; 22 (10): 2055-2066. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YDmZRGTwP3xDkyd7dGCmHxf/abstract/?lang=pt>.
6. Mendes TR, Boaventura RP, Castro MC, Mendonça MAO. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 [citado 2021 junho 25]; 27(4):356-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sPktsvSryRr5STLwb5XYqKj/?lang=pt>.
7. Rodrigues DMV, Abrahão AL, Lima FLT. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinerários no cuidado paliativo oncológico. Saúde Debate [Internet]. 2020 [citado 2021 junho 25]; 44(125): 349-361. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S4zWRQTW9jSDKRW5NtnLXpm/?lang=pt>.
8. Posicionamento da SBOC sobre Cuidados Paliativos e tratamento oncológico no paciente com Câncer Avançado [Internet]. Brasil: Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica; 2019. [Citado em 25 de Jun de 2021]. Disponível em:

<https://sboc.org.br/noticias/item/1661-posicionamento-da-sboc-sobre-cuidados-paliativos-e-tratamento-oncologico-no-paciente-com-cancer-avancado>

9. Vendrusculo-Fangel LM, Santos M, Silva SM, Colão AF, Vilela RA, Souza JR, Gontijo IBR, Custódio CSC, Irala CH, Furia CLB, Barbosa KP, Matheus LBG, Junqueira LZT, Marques RP, Ribeiro YHCP, Almeida AJH, Corrêa CA, Valadão DF. Cuidados Paliativos. In: Santos MA, Corrêa TS, Faria LDBB, Reis PED, Pinheiro RN. *Diretrizes Oncológicas*. 2ed. São Paulo: Doctorpress; 2018. P 755-802. [citado 2021 jun 25]. Disponível em: https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte48.pdf.
10. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care--translating data in oncology into practice. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2013 [citado 2021 junho 25];369(24):2347-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24328469/>.
11. Maiello APMV, Coelho FP, Messias AA, D'Alessandro MPS. *Manual de Cuidados Paliativos*. [São Paulo; Hospital Sírio Libanês]; 2020.
12. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care* [Internet]. 2013 [citado 2021 junho 25]; 20(3):140–145. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Core-competencies-in-palliative-care%3A-an-EAPC-white-Gamondi-Larkin/19ae0cb6f15fde949c2444abe2881083c334e92d>.
13. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados Paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Rev. Adm. Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2021 junho 25]; 18(70). Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/112>.
14. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. *Medicina* [Internet]. 2016 [citado 2021 junho 25]; 30(88). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?lang=pt>
15. Seow H, Sutradhar R, Burge F, McGrail K, Guthrie D, Lawson B, Oz UE, Chan K, Peacock S, Barbera L. End-of-life outcomes with or without early palliative care: a propensity score matched, population-based cancer cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado 2021 junho 25]; 11(2):e041432. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579764/>.
16. Goldwasser F, Vinant P, Aubry R, Rochigneux P, Beaussant Y, Huillard O, Morin L. Timing of palliative care needs reporting and aggressiveness of care near the end of life in metastatic lung cancer: A national registry-based study. *Cancer* [Internet]. 2018 [citado 2021 junho 25]; 124(14):3044-3051. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29742292/>.
17. Bandieri E, Banchelli F, Artioli F, Mucciarini C, Razzini G, Cruciani M, Potenza L, D'Amico R, Efficace F, Bruera E, Luppi M. Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: an observational study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2019 [citado 2021 junho 25]; 10(4):e32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31201152/>.

18. Riedel RF, Slusser K, Power S, Jones CA, LeBlanc TW, Kamal AH, Desai D, Allen D, Yu Y, Wolf S, Galanos A. Improvements in patient and health system outcomes using an integrated oncology and palliative medicine approach on a solid tumor inpatient service. *Journal of Oncology Practice*. [Internet]. 2017 [citado 2021 junho 25]; 13(9):738-748. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28796559/>.
19. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, Broglio CM, Sansoni E, Bortolussi R, Garetto F, Fioretto L, Cattaneo MT, Giacobino A, Luzzani M, Luchena G, Alquati S, Quadri S, Zagonel V, Cavanna L, Ferrari D, Pedrazzoli P, Frassinetti GL, Galiano A, Casadei Gardini A, Monti M, Nanni O. Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer* [Internet]. 2016 [citado 2021 junho 25]; 69:110-118. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27821313/>.
20. Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Gamucci T, Bertè R, Sansoni E, Amaducci E, Broglio CM, Alquati S, Garetto F, Schiavon S, Quadri S, Orlandi E, Casadei Gardini A, Ruscilli S, Ferrari D, Pino MS, Bortolussi R, Negri F, Stragliotto S, Narducci F, Valgiusti M, Farolfi A, Nanni O, Rossi R, Maltoni M. Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *Support Care Cancer* [Internet]. 2019 [citado 2021 junho 25]; 27(7):2425-2434. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30357555/>.
21. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Bertè R, Ferrari D, Broglio CM, Bortolussi R, Trentin L, Valgiusti M, Pini S, Farolfi A, Gardini AC, Nanni O, Amadori D. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *European Journal of Cancer* [Internet]. 2016 [citado 2021 junho 25]; 65:61-80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27472648/>.
22. Eychmüller S, Zwahlen S, Fliedner MC, Jüni P, Aebbersold DM, Aujesky D, Fey MF, Maessen M, Trelle S. Single early palliative care intervention added to usual oncology care for patients with advanced cancer: A randomized controlled trial (SENS Trial). *Palliative Medicine* [Internet]. 2021 [citado 2021 junho 25]; 35(6):1108-1117. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33908288/>.
23. Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, Neergaard MA, Nielsen J, Pedersen L, Sjøgren P, Strømgren AS, Vejlgård TB, Gluud C, Lindschou J, Fayers P, Higginson I, Johnsen A. Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: the danish palliative care trial. *Palliative Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2021 junho 25]; 31(9):814-824. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28494643/>.