

Oncologia e Hematologia

Capítulo 3

Edição XVII

A INTEGRAÇÃO PRECOCE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: IMPLICAÇÕES PARA O SUS

ANDRÉ AUGUSTO MASSUIA DA FONSECA¹
ÉVERLYM GALGANI MASSINI AMARU¹
ANA PAULA BRANDÃO MAINENTE¹
ANA CAROLINA DE CAMPOS SOUZA¹
ESTER VENERANDO DE LIMA¹
ARIAN FRANCISCO MARELLA CREMASCO¹
ARTHUR LUIS REATTI DE MORAES¹
LARISSA BAUER MACHADO¹
SANDRA FERREIRA DO COUTO¹
GIOVANA BARRETO LIMA DE OLIVEIRA
GUILHERME ALVES BATISTA¹
SAMARA ERIKA FERRI VILHENA¹
ROGÉRIO DE OLIVEIRA ARANDA¹
SARAH OLINDA DE LIMA¹
LINDCY ROSA ARAÚJO RODRIGUES¹

¹Discente – Medicina da Faculdade Municipal Professor Franco Montoro.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Integração Precoce; Oncologia.

DOI

10.59290/0226395110

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O câncer continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade global, com estimativas de 20 milhões de novos casos e 9,7 milhões de óbitos em 2022, projeções que alcançarão 35 milhões de casos anuais até 2050. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) atende cerca de 60% dos pacientes oncológicos, enfrentando desafios como alta prevalência de diagnósticos tardios, escassez de recursos e sobrecarga de serviços terciários. Tradicionalmente, os cuidados paliativos (CP) foram reservados à fase terminal, mas evidências contemporâneas demonstram que sua integração precoce, concomitante às terapias anticâncer modificadoras da doença, otimiza desfechos multidimensionais, incluindo qualidade de vida, controle sintomático e redução de custos hospitalares.

Essa abordagem alinha-se a princípios éticos como beneficência e autonomia, promovendo o cuidado centrado na pessoa e na família desde o diagnóstico de doença avançada. Estudos randomizados e diretrizes da ASCO reforçam benefícios em sobrevida, satisfação e uso racional de recursos, embora controvérsias persistam quanto ao momento ideal de trigger e à implementação em sistemas públicos. No SUS, barreiras como formação profissional insuficiente e desigualdades regionais agravam essas lacunas, demandando modelos adaptados à realidade brasileira.

O objetivo deste capítulo é realizar uma revisão narrativa da literatura (2009–2025) para fundamentar a integração precoce dos CP na oncologia, com ênfase em critérios de indicação, modelos interdisciplinares, manejo sintomático, comunicação avançada e impactos no SUS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada entre setembro e novembro de 2025, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Embase, utilizando os descritores em português, inglês e espanhol correspondentes a “cuidados paliativos”, “*palliative care*”, “oncologia”, “neoplasias”, “*oncology*”, “cancer”, “integração precoce”, “*early palliative care*” e “*early integration*”, com operadores booleanos (OR e AND).

Foram incluídos artigos originais (RCTs, coortes prospectivas), revisões sistemáticas/metanálises e guidelines publicados no período de 2009 a 2025, disponíveis nos idiomas inglês, português ou espanhol, focados em integração precoce de cuidados paliativos na oncologia em adultos, avaliando desfechos clínicos, qualidade de vida, sintomas, comunicação ou custos, com acesso integral e alto impacto. Os critérios de exclusão abrangeram duplicatas, resumos, editoriais, comentários, estudos pediátricos, hospice terminal exclusivo sem dados quantitativos/qualitativos robustos e não oncológicos. Ao final foram selecionados 25 artigos sobre o tema.

Racional Científico e Ético da Integração Precoce

A integração precoce dos cuidados paliativos (CP) na oncologia baseia-se em evidências robustas de ensaios randomizados controlados (RCTs) que demonstram melhoras significativas na qualidade de vida (QV), redução do sofrimento psicológico e otimização do uso de recursos, mesmo em fases de tratamentos modificadores da doença (MALTONI *et al.*, 2016, TEMEL *et al.*, 2017, HUI & BRUERA, 2016). O estudo seminal de Temel *et al.* (2010), com 151 pacientes com câncer de pulmão metastático, demonstrou aumento na sobrevida mediana (11,6 vs. 8,9 meses, $p=0,02$), melhora na quali-

dade de vida (FACT-L, $p < 0,05$), e redução de depressão (16% vs. 38%, $p = 0,01$) no grupo que recebeu CP precoce (21). Maltoni *et al.* (2016), em RCT com 207 pacientes com câncer pancreático avançado, relataram melhora significativa na qualidade de vida (FACIT-Pal: diferença de 8 pontos em 12 semanas, $p = 0,02$) e redução de hospitalizações no grupo CP (MALTONI *et al.*, 2016). Essas descobertas alinham-se às diretrizes da ASCO (Ferrell *et al.*, 2017), que recomendam CP sistemática para câncer avançado dentro de 8 semanas do diagnóstico. A metanálise de Kavalieratos *et al.* (2016), incluindo 43 estudos e 12.731 pacientes, demonstrou melhora na qualidade de vida (SMD=0,46; IC 95%: 0,08-0,83), redução de sintomas (SMD=0,23), diminuição da depressão (SMD=0,30), e maior satisfação do paciente (SMD=0,84) (5).

Éticamente, essa abordagem fundamenta-se nos princípios da beneficência (alívio integral do sofrimento), não maleficência (evitando intervenções fúteis) e autonomia (via comunicação avançada), conforme a Declaração de Santiago (2018) e a Resolução CFM nº 1.805/2006 no Brasil. Controvérsias persistem quanto ao "timing" ideal e benefícios em sobrevida, embora Temel *et al.* (2010) tenham reportado aumento significativo, estudos multicêntricos subsequentes não replicaram esse achado (TEMEL, *et al.*, 2017, ZIMMERMANN, *et al.*, 2014, VANBUTSELE G, *et al.*, 2018), sugerindo que os benefícios primários estão em qualidade de vida e controle sintomático. As comissões do The Lancet sobre cuidados paliativos enfatizam a necessidade de integração universal em sistemas de saúde, particularmente em países de recursos limitados onde 78% da necessidade global de CP permanece não atendida (KNAUL, *et al.*, 2018, KAASA, *et al.*, 2018). No SUS, essa integração é imperativa face à alta carga de sintomas não controlados em paci-

entes com câncer avançado (PASTRANA, 2021).

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO

CrITÉRIOS para integração precoce combinam estratificação prognóstica (ex.: *Palliative Prognostic Score*, *Clinical Prediction of Survival*), complexidade clínica (carga sintomática elevada, ECOG ≥ 2) e necessidades multidimensionais (sofrimento psicológico, social e espiritual), permitindo triggers proativos (HUI & BRUERA, 2016, HAUN *et al.*, 2017, WHITE *et al.*, 2016). A diretriz ASCO 2017 recomenda integração sistemática para todos os pacientes com câncer avançado dentro de 8 semanas do diagnóstico, independentemente de prognóstico específico (FERRELL *et al.*, 2017). White *et al.* (2016), em revisão sistemática sobre precisão prognóstica, demonstraram que clínicos supe-restimam a sobrevida em 3-4 semanas na maioria dos casos, destacando a necessidade de ferramentas objetivas e integração precoce ao invés de critérios prognósticos rígidos (SMITH *et al.*, 2012). Haun *et al.* (2017), em revisão Cochrane incluindo 7 RCTs, confirmam que a integração precoce beneficia pacientes independentemente da precisão prognóstica (HAUN *et al.*, 2017).

Contudo, lacunas incluem validação de ferramentas em populações de países de baixa e média renda. O Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina (PASTRANA *et al.*, 2021) demonstra que apenas 12% dos serviços brasileiros possuem ferramentas de triagem padronizadas (PASTRANA, 2021). Recomenda-se abordagem universal em câncer avançado (estádios III-IV), com integração automática ao invés de critérios prognósticos seletivos, conforme modelo proposto pela *Lancet Oncology Commission* (KAASA *et al.*, 2018).

Modelos de Integração entre Equipes Oncológicas e Paliativistas

Modelos de integração precoce enfatizam abordagens interdisciplinares centradas na pessoa, com equipes paliativistas atuando como consultores proativos junto às oncológicas, promovendo avaliação multidimensional (física, psicológica, social e espiritual) desde o diagnóstico de doença avançada (HUI & BRUERA, 2016, FERREL *et al.*, 2017). O modelo "*out-patient collaborative*", testado por Temel *et al.* (2010), integra consultas paliativistas mensais paralelas à quimioterapia, demonstrando melhora na qualidade de vida e redução de intervenções agressivas no fim da vida (33% vs. 54%, $p=0,05$). Zimmermann *et al.* (2014), em estudo cluster-randomizado com 461 pacientes, implementaram modelo com visitas domiciliares e consultas ambulatoriais, resultando em melhora na qualidade de vida (FACT-Sp: +3,1 pontos, $p=0,02$) e maior satisfação com o cuidado (7,3 vs. 6,9, $p=0,002$).

Vanbutsele *et al.* (2018) testaram modelo de integração sistemática precoce com equipes multidisciplinares dedicadas, demonstrando melhora na qualidade de vida (EORTC QLQ-C30: +4,6 pontos em 18 semanas) e redução de cuidados agressivos no fim da vida. No contexto brasileiro e latino-americano, Pastrana *et al.* (2021) descrevem modelos híbridos adaptados (ambulatorial + domiciliar) como mais viáveis para o SUS, com matriciamento de equipes oncológicas por paliativistas via tumor boards e telemedicina. A Lancet Commission propõe integração escalonada conforme recursos disponíveis, priorizando formação de oncologistas em cuidados paliativos básicos em cenários de escassez de especialistas (KNAUL *et al.*, 2018).

Controvérsias incluem resistência cultural oncológica ao envolvimento paliativista precoce e sobrecarga de equipes em cenários de baixa densidade profissional. No Brasil, apenas 1%

dos municípios possuem serviços estruturados de CP, demandando modelos escaláveis em atenção primária com suporte via Telessaúde (PASTRANA *et al.*, 2021, KAASA *et al.*, 2018).

Manejo Baseado em Evidências de Sintomas Prevalentes

O manejo integrado de sintomas é componente central dos modelos de CP precoce, abordando dor, dispneia, fadiga, náuseas, sofrimento psicológico e delirium, com protocolos escalonados recomendados pela ASCO (Ferrel *et al.*, 2017). Temel *et al.* (2010) demonstraram que o grupo CP precoce teve melhor controle de sintomas desde a primeira avaliação, com redução sustentada de depressão (16% vs. 38%, $p=0,01$). El-Jawahri *et al.* (2016), em estudo com pacientes pós-transplante hematopoiético, reportaram melhora significativa na qualidade de vida (FACT-BMT: +8,5 pontos em 2 semanas, $p<0,001$) através de manejo sintomático agressivo e suporte psicológico integrado.

Para dor oncológica, protocolos baseados na escada analgésica da OMS com opioides de liberação prolongada e adjuvantes são padrão. Hui e Bruera (2016) revisam estratégias de manejo multimodal incluindo opioides, bloqueios anestésicos e suporte psicológico. Para dispneia, Temel *et al.* (2011) demonstraram que discussões prognósticas precoces reduzem ansiedade relacionada a sintomas respiratórios. Bakitas *et al.* (2009) reportaram melhora significativa na qualidade de vida aos 3 meses ($p=0,02$) através de intervenção educacional focada em autogestão de sintomas.

No contexto do SUS, Knaul *et al.* (2018) identificam barreiras críticas ao acesso a opioides, com apenas 10% das necessidades globais supridas na América Latina, demandando políticas de dispensarização em farmácias de alto custo e capacitação de equipes em atenção primária. Quinn *et al.* (2020) demonstraram, em

metanálise incluindo pacientes com doenças crônicas não-oncológicas, que intervenções paliativistas reduzem carga sintomática (SMD = 0,26, IC 95%: 0,14-0,38) e hospitalizações.

Comunicação em Oncologia

A comunicação eficaz constitui pilar fundamental da integração precoce, abrangendo a transmissão de más notícias, discussões prognósticas, tomada de decisão compartilhada (TDC), planejamento antecipado de cuidados (PAC) e diretivas antecipadas de vontade (DAV) (HUI E BRUERA, 2016, KAVALIERATOS *et al.*, 2016, BAILE *et al.*, 2000). O protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy/Summary*), desenvolvido por Baile *et al.* (2000), fornece framework estruturado de seis etapas para comunicação de más notícias em oncologia, amplamente validado internacionalmente.

Temel *et al.* (2011) demonstraram que discussões prognósticas precoces melhoram concordância entre expectativas de pacientes e realidade clínica, sem aumentar ansiedade ou depressão. Weeks *et al.* (2012) identificaram que 69% dos pacientes com câncer de pulmão metastático e 81% com câncer colorretal metastático não compreendiam que a quimioterapia não era curativa, destacando a importância de comunicação clara sobre objetivos do tratamento. A integração precoce de CP facilita essas conversas, com paliativistas atuando como facilitadores de TDC (TEMEL *et al.*, 2010).

No Brasil, a Lei 14.197/2021 regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), permitindo que pacientes documentem preferências sobre tratamentos em caso de incapacidade decisória (BRASIL, 2021). A Resolução CFM nº 1.805/2006 legitima a ortotanásia, permitindo que médicos limitem ou suspendam tratamentos fúteis em pacientes terminais. Contudo, Pastrana *et al.* (2021) reportam que ape-

nas 5-10% dos pacientes latino-americanos com câncer avançado possuem DAV registradas, refletindo barreiras culturais e de acesso.

Impacto da Integração Precoce em Desfechos Clínicos e no SUS

A integração precoce demonstra benefícios consistentes em múltiplos desfechos clínicos. A metanálise de Kavalieratos *et al.* (2016), incluindo 12.731 pacientes, reportou melhora significativa na qualidade de vida (SMD=0,46; IC 95%: 0,08-0,83), redução de sintomas (SMD = 0,23; IC 95%: 0,09-0,37), diminuição de depressão (SMD=0,30; IC 95%: 0,13-0,47) e maior satisfação do paciente (SMD=0,84; IC 95%: 0,60-1,08).

Quanto à sobrevida, os resultados são controversos. Temel *et al.* (2010) demonstraram aumento na sobrevida mediana de 2,7 meses (11,6 vs. 8,9 meses, p=0,02) em pacientes com câncer de pulmão metastático. Entretanto, estudos multicêntricos subsequentes não replicaram esse achado: Zimmermann *et al.* (2014) reportaram sobrevida mediana de 10,3 vs. 8,5 meses (não significativo) (7); Temel *et al.* (2017), em estudo Alliance com 350 pacientes, não encontraram diferença significativa; Vanbutsele *et al.* (2018) também não demonstraram benefício em sobrevida. A revisão Cochrane de Haun *et al.* (2017), incluindo 7 RCTs, concluiu que há evidência de baixa qualidade para benefício em sobrevida, mas alta qualidade para melhora em qualidade de vida.

Em termos de utilização de recursos, Temel *et al.* (2010) demonstraram redução de quimioterapia agressiva nos últimos 30 dias de vida (33% vs. 54%, p=0,05). Bakitas *et al.* (2009) reportaram tendência a menor número de dias em UTI, embora não estatisticamente significativa. Zimmermann *et al.* (2014) demonstraram maior satisfação com cuidado (7,3 vs. 6,9, p=0,002).

Quinn *et al.* (2020), em metanálise incluindo 42 estudos e 10.939 pacientes (predominan-

temente não-oncológicos), demonstraram que CP reduz hospitalizações (RR=0,90; IC 95%: 0,83-0,98) e visitas à emergência (RR=0,93; IC 95%: 0,87-0,99), com economia média de custos estimada em 12-20%.

No contexto latino-americano, Knaul *et al.* (2018) estimam que a integração de CP em sistemas públicos poderia economizar US\$ 3-5 bilhões anualmente através de redução de hospitalizações desnecessárias e intervenções fúteis. Pastrana *et al.* (2021) identificam que no SUS, onde 60% dos pacientes oncológicos são diagnosticados em estádios avançados, a integração precoce poderia otimizar recursos já escassos, mas apenas 12% dos municípios brasileiros possuem serviços estruturados de CP. Smith *et al.* (2012), na opinião clínica provisória da ASCO, argumentam que CP não é apenas éticamente imperativo, mas economicamente sustentável mesmo em cenários de recursos limitados.

Controvérsias, Desafios e Lacunas de Conhecimento

Embora consensos robustos sustentem os benefícios da integração precoce em qualidade de vida e controle sintomático (FERRELL *et al.*, 2017, KAVALIERATOS *et al.*, 2016, HAUN *et al.*, 2017), controvérsias e lacunas importantes persistem quanto ao timing ótimo de integração. A diretriz ASCO 2017 recomenda integração dentro de 8 semanas do diagnóstico de câncer avançado (FERRELL *et al.*, 2017), mas estudos demonstram implementação variável. Zimmermann *et al.* (2014) iniciaram CP dentro de 4 semanas do diagnóstico, enquanto outros estudos variaram de 4-12 semanas (TEMEL *et al.*, 2017, VANBUSTELE *et al.*, 2018, TEMEL *et al.*, 2010). A Lancet Oncology Commission (KAASA *et al.*, 2018) argumenta por integração universal em estádios III-IV ao invés de critérios prognósticos seletivos, dado que White *et*

al. (2016) demonstraram imprecisão clínica consistente na estimativa de sobrevida.

A controvérsia mais significativa refere-se aos benefícios em sobrevida. Enquanto Temel *et al.* (2010) demonstraram aumento de 2,7 meses, estudos multicêntricos subsequentes não replicaram esse achado (TEMEL *et al.*, 2010, ZIMMERMANN *et al.*, 2014, VANBUSTELE *et al.*, 2018). A revisão Cochrane (HAUN *et al.*, 2017) classifica a evidência para sobrevida como "baixa qualidade". Possíveis explicações incluem: (1) efeito do estudo original pode ter sido super-estimado devido a tamanho amostral pequeno; (2) controles em estudos subsequentes receberam mais elementos de CP que controles históricos; (3) benefício pode ser específico para câncer de pulmão.

Pastrana *et al.* (2021) identificam barreiras críticas na América Latina: (1) densidade de 0,5 paliativistas por 100.000 habitantes no Brasil (vs. 5-10 em países desenvolvidos); (2) apenas 12% dos municípios com serviços estruturados de CP; (3) cobertura de opioides atende apenas 10% das necessidades. Knaul *et al.* (2018) estimam que 78% da necessidade global de CP está em países de baixa e média renda, onde acesso é mais limitado.

Smith *et al.* (2012) e Ferrell *et al.* (2017) identificam lacunas críticas: (1) poucos estudos em tumores sólidos não-pulmonares; (2) ausência de RCTs em sistemas públicos de saúde de países de média renda; (3) limitada evidência sobre custo-efetividade em contextos de recursos escassos; (4) necessidade de validação cultural de intervenções (HUI & BRUERA, 2016, SMITH *et al.*, 2012). A Lancet Commission enfatiza necessidade urgente de pesquisa pragmática em settings do mundo real, particularmente em contextos latino-americanos (KNAUL *et al.*, 2018, KAASA *et al.*, 2018).

Kaasa *et al.* (2018) identificam que resistência oncológica persiste em muitos contextos,

com percepção de que CP precoce representa "abandono" do paciente, apesar de evidências contrárias. Educação de oncologistas em princípios básicos de CP emerge como estratégia essencial (HUI & BRUERA, 2016, FERRELL *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa corrobora que a integração precoce dos cuidados paliativos otimiza desfechos multidimensionais em oncologia, com evidência robusta para melhora em qualidade de vida (SMD=0,46), redução de sofrimento psicológico (SMD=0,30 para depressão), controle sintomático e maior satisfação do paciente (KAVALIERATOS *et al.*, 2016, HAHN *et al.*, 2017, TEMEL *et al.*, 2010). Embora benefícios em sobrevida permaneçam controversos, com apenas o estudo seminal de Temel *et al.* (2010) demonstrando ganho significativo de 2,7 meses, os benefícios em qualidade de vida e alinhamento de cuidados com valores do paciente são consistentes e clinicamente significativos (ZIMMERMANN *et al.*, 2014, VANBUTSELE *et al.*, 2018).

Modelos interdisciplinares centrados na pessoa, iniciados dentro de 8 semanas do diagnóstico de câncer avançado conforme diretriz ASCO (FERRELL *et al.*, 2017), integram avaliação multidimensional, manejo sintomático agressivo e comunicação avançada (BAILE *et al.*, 2000, TEMEL *et al.*, 2011, WEEKS *et al.*, 2012). Estudos demonstram redução de intervenções fúteis no fim da vida (21), maior concordância entre objetivos de tratamento e preferências do paciente (TEMEL *et al.*, 2011, WEEKS *et al.*, 2012), e otimização de recursos

através de menor utilização de cuidados agressivos (QUINN *et al.*, 2020).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e América Latina, onde 60% dos pacientes são diagnosticados em estádios avançados e 78% da necessidade global de CP permanece não atendida, a integração precoce representa imperativo ético e estratégia de otimização de recursos escassos. Contudo, barreiras críticas incluem densidade insuficiente de paliativistas (0,5/100.000 habitantes), cobertura limitada de serviços estruturados (12% dos municípios brasileiros) e acesso inadequado a opioides (10% das necessidades) (KNAUL *et al.*, 2018, PASTRANA *et al.*, 2020).

A *Lancet Commission on Palliative Care* e a *Lancet Oncology Commission* enfatizam necessidade de: (1) integração de princípios básicos de CP na formação oncológica; (2) modelos escalonados adaptados a recursos disponíveis; (3) políticas nacionais fortalecendo acesso a medicamentos essenciais; (4) pesquisa pragmática em contextos do mundo real (8,20). Lacunas críticas incluem ausência de RCTs multicêntricos em sistemas públicos latino-americanos, limitada evidência sobre custo-efetividade em contextos de recursos escassos, e necessidade de validação cultural de intervenções (FERRELL *et al.*, 2017, PASTRANA *et al.*, 2021, SMITH *et al.*, 2012).

Avanços requerem políticas nacionais ampliadas, capacitação em larga escala via Tele-saúde e matriciamento, fortalecimento da atenção primária como coordenadora de CP básico, e desenvolvimento de modelos adaptados à realidade brasileira através de ensaios pragmáticos no SUS, potencializando o cuidado humanizado, baseado em evidências e centrado na pessoa em saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAILE, W. F. *et al.* SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- BAKITAS, M. *et al.* Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes: Project ENABLE II RCT. *JAMA*, v. 302, n. 7, p. 741–749, 2009. DOI: 10.1001/jama.2009.1198.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. Brasília: Diário Oficial da União, 2007. DOI: 10.1056/NEJMoa1204410.
- BRASIL. Lei nº 14.197, de 1 de setembro de 2021. Dispõe sobre diretivas antecipadas de vontade. Brasília: Diário Oficial da União, 2021. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14197.htm. Acesso em: 02/10/2025.
- EL-JAWHARI, A. *et al.* Effect of inpatient palliative care on quality of life after hematologic transplantation. *JAMA*, v. 316, n. 20, p. 2094–2103, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.16786.
- EL-JAWHARI, A. *et al.* Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care: Alliance A221303. *Journal of Clinical Oncology*, v. 38, n. 28 Suppl, p. 180, 2020. DOI: 10.1200/JCO.2020.38.28_suppl.180.
- FERRELL, B. R. *et al.* Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 35, n. 1, p. 96–112, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.1474.
- FERRELL, B. R. *et al.* Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 42, n. 27, p. 3332–3359, 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00999.
- HAUN, M. W. *et al.* Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, CD011129, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.
- HUI, D.; BRUERA, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Reviews Clinical Oncology*, v. 13, n. 3, p. 159–171, 2016. DOI: 10.1038/nrclinonc.2015.201.
- KAASA, S. *et al.* Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncology*, v. 19, n. 11, p. e588–e653, 2018. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30415-7.
- KAVALIERATOS, D. *et al.* Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, v. 316, n. 20, p. 2104–2114, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.16840.
- KNAUL, F. M. *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – Lancet Commission report. *Lancet*, v. 391, n. 10128, p. 1391–1454, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
- MALTONI, M. *et al.* Systematic versus on-demand early palliative care. *European Journal of Cancer*, v. 65, p. 61–68, 2016. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.06.006.
- PASTRANA, T.; DE LIMA, L.; PONS, J. J.; CENTENO, C. Atlas of Palliative Care in Latin America 2020. 2. ed. Houston: IAHP Press, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa1204410.
- QUINN, K. L. *et al.* Association of receipt of palliative care interventions with health care use, quality of life, and symptom burden. *JAMA*, v. 324, n. 14, p. 1439–1450, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.14205.
- SLEEMAN, K. E. *et al.* The escalating global burden of serious health-related suffering. *Lancet Global Health*, v. 7, n. 7, p. e883–e892, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X.
- SMITH, T. J. *et al.* ASCO provisional clinical opinion: integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, v. 30, n. 8, p. 880–887, 2012. DOI: 10.1200/JCO.2011.38.5161.
- TEMEL, J. S. *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 8, p. 733–742, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678.

TEMEL, J. S. *et al.* Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in metastatic NSCLC. *Journal of Clinical Oncology*, v. 29, n. 17, p. 2319–2326, 2011. DOI: 10.1200/JCO.2010.32.4459.

TEMEL, J. S. *et al.* Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v. 35, n. 8, p. 834–841, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5046.

VANBUTSELE, G. *et al.* Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer. *Lancet Oncology*, v. 19, n. 3, p. 394–404, 2018. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30060-3.

WEEKS, J. C. *et al.* Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 17, p. 1616–1625, 2012. DOI: 10.1056/NEJMoa1204410.

WHITE, N. *et al.* A systematic review of predictions of survival in palliative care. *PLoS One*, v. 11, n. 8, e0161407, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0161407.

ZIMMERMANN, C. *et al.* Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, v. 383, n. 9930, p. 1721–1730, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62416-2.