

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
RESIDÊNCIA MÉDICA – CLÍNICA MÉDICA



UFRJ

KALEC THIAGO SIMONEK DE MORAES
NICOLÁS DUENAS TRINDADE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA

**PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO SOB A ÓTICA DOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

RIO DE JANEIRO/RJ

2022

**KALEC THIAGO SIMONEK DE MORAES
NICOLÁS DUENAS TRINDADE**

PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO SOB A ÓTICA DOS
CUIDADOS PALIATIVOS

Relatório final apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro
como parte das exigências para obtenção de
conclusão de Residência Médica

Orientador: Raphael Sutter Ayres Pereira – Clínica Médica HUCFF - UFRJ

Rio de Janeiro
2022

SUMÁRIO

1.	Resumo	3
2.	Introdução.....	4
3.	Objetivo.....	9
4.	Metodologia.....	9
5.	Resultados	9
6.	Discussão	10
7.	Conclusão.....	12
8.	Referências bibliográfica.....	13

1. RESUMO

É notória a importância dos cuidados paliativos desde o início da doença oncológica, mais ainda sua participação naqueles localmente avançados ou metastáticos. Este trabalho avaliou o percentual de realização dos instrumentos disponíveis para manutenção da dignidade no fim de vida e do encaminhamento ao serviço especializado em cuidados paliativos, nos pacientes com câncer atendidos nos meses de maio e junho na emergência do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

A coleta de dados foi realizada por meio do prontuário digital ProntHU com cruzamento de dados com o prontuário físico. Somente foram avaliados pacientes com doença oncológica localmente avançada ou metastática, com pelo menos duas consultas ambulatoriais na instituição em questão.

Dos 48 pacientes elegíveis ao estudo, nenhum possuía diretiva antecipada de vontade e 01 havia testamento vital. Foram encontrados três registros de ordem de não-reanimação e intubação em prontuário físico o que discrepava de somente um em prontuário digital. Do total, apenas 8 pacientes eram acompanhados pelo Serviço de Cuidados Paliativos.

Ainda há amplo caminho para a plena integração Oncologia e Cuidados Paliativos e para que seus benefícios sejam concretizados na prática.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Oncologia; Diretivas Antecipadas de Vontade; Palição

2. INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) como conhecemos atualmente tem suas origens no movimento britânico dos Hospices, que surgiu no início da década de sessenta frente às necessidades de cuidados de fim de vida dos pacientes com câncer. Dame Cicely Saunders foi a pioneira deste movimento levantando questionamentos sobre controle de sintomas e moldando a visão mundial do processo de morte¹.

Paliativo tem sua origem etimológica do latim *Pallium*, que significa manto ou protegido pelo manto. O *pallium* era o manto utilizado pelos antigos romanos. Era um manto retangular, feito normalmente de algodão, linho ou seda, que era utilizado

tanto por homens quanto mulheres. Outra analogia se faz ao Palio do papa – manto colocado no pescoço do papa com símbolos referentes à religião católica, porém a origem greco-romana é mais aceita. Desta forma, por analogia, pacientes estariam protegidos ou reconfortados por essa abordagem de cuidado.

Constitui-se de uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes, adultos, crianças, e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais. Em sendo assim, apesar de erroneamente confundido com cuidados de fim de vida, tem sua extensão e importância desde o início do processo de doença.

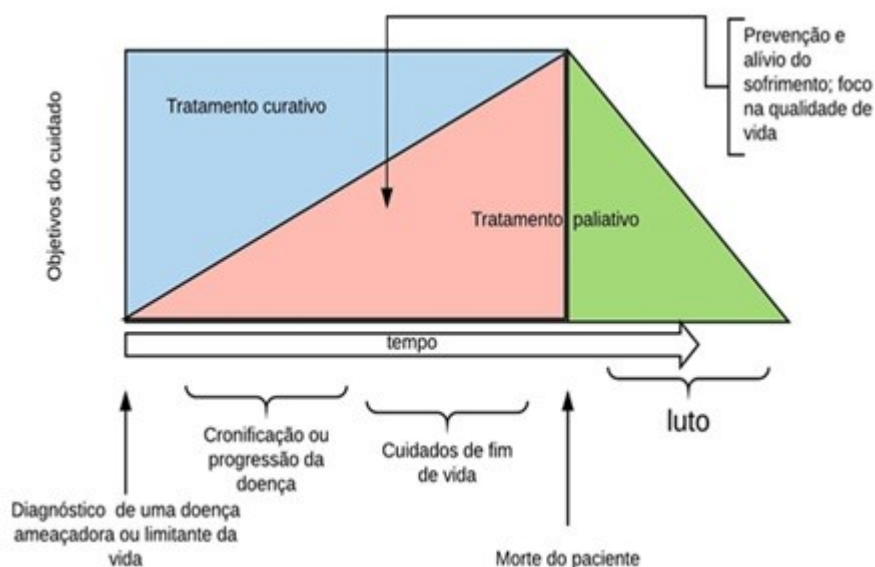


Figura 1 Curso dos Cuidados Paliativos ao longo da doença: Fonte: Adaptada do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012)

O Cuidado paliativo é uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, em todos os níveis de atendimento. Envolvendo uma equipe multidisciplinar, com seus profissionais desempenhando papéis igualmente importantes – incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, paramédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros — no apoio ao paciente e sua família.

A necessidade global de cuidados paliativos continuará a crescer como resultado do envelhecimento da população e da carga crescente de doenças crônicas. No

entanto, segundo a OMS, em todo o mundo, apenas cerca de 14% das pessoas que precisam de desses cuidados especializados os recebem.²

O câncer é uma doença que requer atenção especial aos pacientes acometidos e famílias desde o momento do diagnóstico. É uma das principais causas de morte no mundo e, portanto, provoca grande apreensão e preocupação. No Brasil, de acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, é a segunda causa mais comum de morte, superada apenas por doença cardiovascular.

Pacientes oncológicos desenvolvem características físicas, psicológicas, sociais e espirituais que requerem uma avaliação multidimensional para abordá-las (American Cancer Society 2013)³. Mesmo entre aqueles que alcançam a cura, muitos desenvolvem uma variedade de sintomas debilitantes relacionados ao tratamento e à doença que podem gerar sofrimento físico ou psíquico que prejudicam sua qualidade de vida. Portanto, é importante que a busca pela cura não exclua a percepção de tais necessidades especiais e o benefício de acompanhamento precoce.

Além disso, sabe-se que a obstinação terapêutica acarreta em superlotação de unidades de urgência e emergência, aumentando drasticamente o custo para as unidades de saúde⁴. Caso se relacionasse a melhores desfechos ou a melhora da qualidade de vida, talvez fosse pertinente, mas não é isso que se observa. Estudos de avaliação da saúde pública mostram que desfechos de tempo sobrevida são semelhantes entre unidades que se utilizam de setores de cuidados paliativos e unidades que promovem internações em leitos de terapia intensiva, sendo que no primeiro caso os custos podem ser até 30% menores⁵.

Globalmente são esperados 28,4 milhões de novos casos de Câncer em 2040, um aumento de aproximadamente 47% em relação a 2020. Esse aumento será ainda mais expressivo em países com IDH considerado baixo ou médio, estimado em 96% de crescimento na incidência de novos casos de câncer em relação a 2020⁶. Essa projeção reflete o crescimento e envelhecimento populacional, exacerbado por aumento de prevalência dos fatores de risco. É preciso se preparar para o impacto desta doença nos diversos sistemas de saúde, com adoção de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e alocação de recurso

para tratamento adequado, que ano após ano, assume maior complexidade e custo. Neste aspecto, torna-se imprescindível o avanço dos cuidados paliativos.

As principais preocupações na oncologia hoje são a complexidade crescente do tratamento e os custos dos cuidados, que ameaçam a sustentabilidade dos serviços atuais.

Embora tenha sido demonstrado que as intervenções de cuidados paliativos melhoram os resultados relatados pelos pacientes e reduzem os custos de terceiros pagadores e hospitais, a maioria dos estudos é pequena e é realizada a partir da perspectiva dos serviços de saúde, não da perspectiva social.⁷⁻⁹ Assim, eles geralmente não incluem os custos do paciente, do cuidador e da sociedade nos cálculos. Sabe-se, no entanto, que o encaminhamento ao serviço de cuidados paliativos de maneira precoce melhora os cuidados de fim de vida, gera menores taxas de reinternação em hospitais e menor tempo de internação, contribuindo para reduções substanciais nos custos¹⁰⁻¹³. Apesar de ser de conhecimento comum que os cuidados intensivos de fim de vida são caros, carecem estudos que avaliam neste aspecto os custos reduzidos pelos cuidados paliativos integrados à oncologia.

A prognosticação faz parte do processo de cuidado dos pacientes oncológicos em CP, pois permitem a elaboração de estratégias de assistência pela equipe. Entender a trajetória da doença possibilita fornecer a forma mais adequada de cuidado, evitando assim o sobretratamento e o subtratamento, e permite que paciente e família participem ativamente na estruturação do plano de cuidado e na transição da abordagem do tratamento objetivando melhora na qualidade de vida e manutenção da dignidade da pessoa humana. Com base nessa participação ativa, são alinhadas as diretivas antecipadas de vontade

O Planejamento de Cuidados Avançados (PCA), ou Advance Care Planning, deve ser parte integrante do processo de cuidado e comunicação e da revisão regular do plano de cuidados. Uma definição consensual, publicada em 2017¹⁴, descreve-o como “um processo que apoia adultos em qualquer idade ou estágio de saúde na compreensão e compartilhamento de seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação a cuidados médicos futuros. Seu objetivo é ajudar a garantir que as pessoas recebam cuidados médicos consistentes com seus valores, objetivos e preferências durante doenças graves e crônicas. A palavra processo enfatiza que o planejamento não é um evento único, mas evolui ao longo do tempo

por meio de uma série de conversas; portanto, os documentos do planejamento de cuidados avançados devem ser atualizados regularmente. Embora a definição não especifique quem deve participar do processo, as discussões deste planejamento geralmente envolvem o paciente, a família, os cuidadores informais e os profissionais de saúde. Essa discussão pode ser realizada pela equipe de atenção primária ou oncologia, ou pela equipe de cuidados paliativos, dependendo das habilidades e recursos disponíveis.

Ao planejar com antecedência, o paciente pode obter os cuidados médicos que deseja, evitar sofrimento desnecessário e aliviar os cuidadores dos fardos da tomada de decisões durante momentos de crise ou luto. Da mesma forma, diminuem-se confusões e desacordos familiares sobre as escolhas que o paciente gostaria que fizessem em seu nome quando este não puder fazê-las.

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem uma manifestação escrita da vontade da pessoa a respeito dos tratamentos médicos aos quais deseja ou não ser submetida em situação de fim de vida e em que esteja impossibilitada de expressar livremente a sua vontade. As DAV somente podem ser redigidas, alteradas ou revogadas pela própria pessoa. Trata-se de um documento constituído por dois elementos: o testamento vital (TV) e o mandato duradouro (MD).

Testamento vital é o documento no qual são registrados os valores, objetivos e preferências da pessoa, quase sempre, mas não necessariamente resultantes do processo do PAC. Neste, podem estar definidos os procedimentos médicos a serem utilizados na manutenção da vida, desde manejo de dor a doação de órgãos, decisões de não-reanimação, nutrição artificial e ventilação mecânica. Mandato duradouro é a determinação, pelo indivíduo, de pessoa de sua confiança que possa responder pelas decisões referentes à sua saúde no caso de sua incapacidade. Quando ambos os documentos são redigidos num só texto, o documento final passa a ser denominado diretivas antecipadas de vontade.

No entanto, não há a necessidade de existir uma diretiva antecipada ou testamento vital para uma decisão de não reanimação ou não intubação (DNR – Do not Resuscitate e Do Not Intubate - DNI), bastando apenas a comunicação médica escrevendo-a em prontuário.

No âmbito ético das discussões acerca dos cuidados paliativos, há o conceito de proporcionalidade terapêutica, que impõe a adoção de medidas que tenham o

equilíbrio entre medidas curativas, resposta à terminalidade e a avaliação da intensidade do sofrimento. Desta forma, podem ser estabelecidas em qual contexto tais medidas são ou não proporcionais.

Um crescente número de estudos vem levantando a importância e benefício do acompanhamento de pacientes com doenças oncológicas avançadas pelo serviço de cuidados paliativos. Em um destes, eram disponibilizados recursos como avaliação mensal pelo ambulatório de cuidados paliativos, assistência telefônica de rotina com enfermeira especializada em CP, serviço de plantão 24 horas por dia disponível para gestão de questões urgentes e outras intervenções a depender do estado de saúde do paciente, como atendimento e acompanhamento domiciliar. Ao final de 4 meses diversas escalas avaliaram a qualidade de vida, incluindo física, social e familiar, emocional e domínios funcional e espiritual (FACIT-Sp), a qualidade de vida no final de vida (QUAL-E) além da satisfação com a informação, disponibilidade de cuidados e apoio psicológico e físico (FAMCARE-P16). O controle de sintomas foi observado utilizando a escala ESAS e a para reabilitação CARES-MIS. A partir do 4º mês de acompanhamento, todas as escalas mostraram benefício do acompanhamento pelo serviço de CP⁷.

De acordo com a OMS, todos os pacientes oncológicos ou com doenças ameaçadoras à vida devem ser encaminhados precocemente ao programa de cuidados paliativos¹⁵. O pronto envolvimento dos CP vem sendo entendido como um padrão de qualidade dos cuidados, apesar de notoriamente subutilizado.

Apesar de mais estudos ainda serem demandados nessa área tem-se um modelo que impacta positivamente o curso da doença oncológica e potencialmente reduz custos e dessobrecarrega o serviço público de saúde.

3. OBJETIVO

Avaliar de maneira objetiva o encaminhamento ao serviço de cuidados paliativos e a estruturação de diretivas em diferentes graus em pacientes oncológicos atendidos na emergência do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

4. MÉTODO

Este trata-se de um estudo observacional transversal a partir de uma amostra de pacientes da emergência do HUCFF.

A coleta de dados foi feita a partir do prontuário virtual do sistema ProntHU com cruzamento dos dados obtidos com os respectivos prontuários físicos.

Os critérios de inclusão foram: Pacientes com doença oncológica sólida conhecidamente metastática ou localmente invasiva que tenham sido atendidos nos meses de maio e junho de 2022 e permanecido no serviço de emergência por pelo menos dois dias. Esses deveriam ter acompanhamento em no mínimo duas consultas ambulatoriais com o respectivo serviço oncológico previamente à internação.

O critério de exclusão foi não ser acompanhado pelo serviço do hospital em questão.

Os critérios avaliados foram: Diretivas antecipadas de vontade, Ordem de Não Ressuscitação ou de Intubação, definição de Proporcionalidade, Testamento Vital e encaminhamento para o serviço especializado de Cuidados Paliativos.

5. RESULTADO

Durante o mês de maio, dos 828 atendimentos de emergência, 68 pacientes com diagnóstico de câncer permaneceram durante dois dias, enquanto dos 832 atendimentos de junho, somente 63.

Destes, um total de 28 pacientes no primeiro mês e 20 no segundo eram elegíveis ao estudo, somando-se um total de 48 pacientes. Apenas 08 pacientes (16,6%) tinham acompanhamento pelo serviço de Cuidados Paliativos. Os Departamentos médicos envolvidos foram: Oncologia (35/48), Onco-Ortopedia (2/48), Onco-Pneumologia (3/48), Onco-Ginecologia (1/48), Onco-Tumor Neuro Endocrino (1/48), Mastologia (1/48), Endocrinologia (1/48), Cirurgia Fígado (1/48), Cirurgia Estômago (1/48), Neurocirurgia (1/48), Radioterapia (1/48).

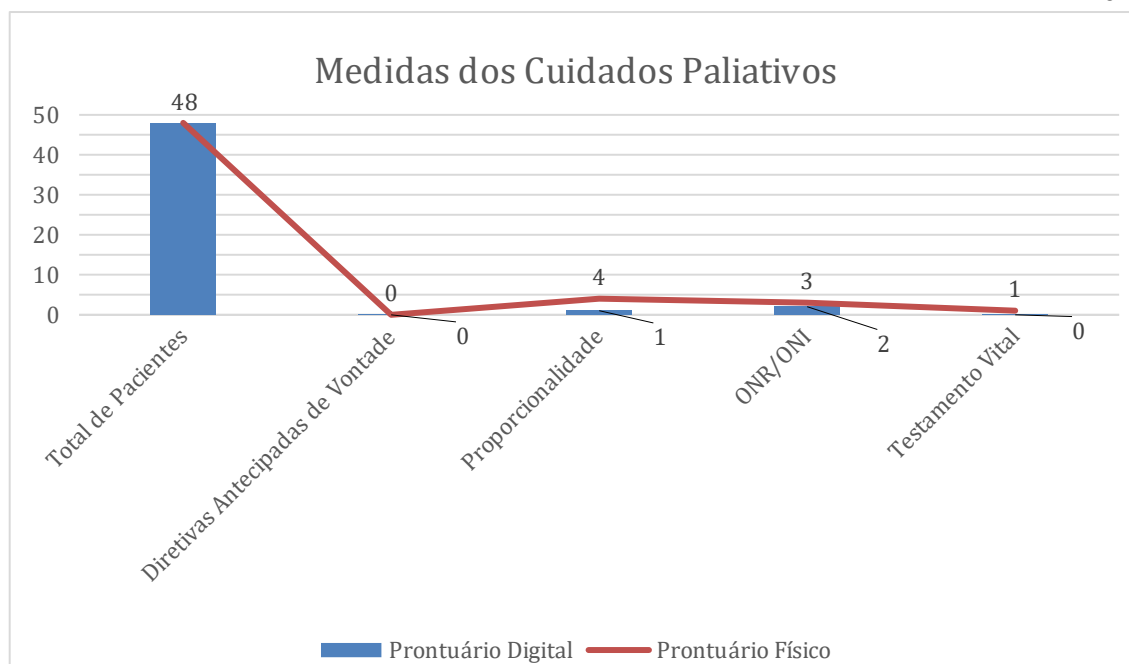


Figura 2 Número de pacientes que possuem cada tipo de avaliação tanto em prontuário digital quanto físico

Em prontuário digital, somente um paciente possuía registro de medidas proporcionais (2%), também registrado em prontuário físico. Outros três pacientes (6,25%) tinham somente documentado conversas sobre proporcionalidade em prontuário físico, mas nenhum escrito como cabeçalho da evolução médica. Os quatro pacientes descritos encontravam-se em acompanhamento no ambulatório de cuidados paliativos.

Os registros de ordens de não-reanimação e não intubação também foram discrepantes entre o digital e físico, tendo 2 e 3 pacientes respectivamente, assim como o testamento vital, o qual somente foi encontrado menção em prontuário físico de 1 paciente.

Nenhum paciente possuía Diretiva Antecipada de Vontade.

6. DISCUSSÃO

A medicina paliativa tem um papel extenso na oncologia. Se inicia quando os pacientes são diagnosticados, estendendo-se através tratamentos e concluindo com cuidados de sobrevivência ou de fim de vida. Os oncologistas são prestadores de cuidados paliativos primários que são responsáveis por maximizar a qualidade de vida do paciente, solicitando consultas de medicina paliativa no momento mais

benéfico na trajetória do câncer para evitar e aliviar o sofrimento do paciente. A integração dos cuidados paliativos tem seu benefício técnico amplamente demonstrado na literatura, sendo a indicação de sua implementação não mais questionável, otimizando o objetivo de um melhor cuidado centrado no paciente. Todos os pacientes merecem o ambiente e a oportunidade de considerar e comunicar seus desejos de planejamento antecipado de cuidados.¹⁶

Em nosso estudo, de 48 pacientes oncológicos com doença avançada atendidos, apenas 16,66% haviam sido encaminhados ao serviço de Cuidados Paliativos. Apesar de trabalhos publicados já terem relatado um percentual de encaminhamento entre 5 e 11%, novas pesquisas já mostram um percentual de quase 50% de encaminhamento. Isso evidencia uma lacuna a ser preenchida urgentemente.¹⁷

Para pacientes hospitalizados, como no caso dos doentes atendidos na emergência do HUCFF, um recente relatório de consenso¹⁸ sugeriu que as abordagens de checklists podem ser um método eficaz para identificar pacientes que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos tanto no momento da admissão quanto nos rounds diários. Como o hospital dispõe de serviço de cuidados paliativos este poderia ser acionado para controle de sintomas, internações frequentes, ausência de objetivos de cuidados traçados previamente, e se funcionalmente o paciente está em declínio.

No contexto ambulatorial, há uma ferramenta de triagem de cinco itens adaptada dos critérios de encaminhamento aos cuidados paliativos da National Cancer Care Network, que utiliza como base a presença ou complicações de câncer avançado, status de baixa performance, comorbidades ou sintomas e necessidades complexas¹⁹. No caso dos pacientes avaliados no estudo, todos deveriam estar sob acompanhamento.

Talvez a implementação destes recursos melhore a prestação de cuidados ofertada. Outrossim, deve ser considerada a informatização do atendimento ambulatorial, visto que como demonstrado na análise cruzada entre prontuário eletrônico e físico, existem perdas de informação gerando disparidade de registro, o que potencialmente pode prejudicar o atendimento desses pacientes na emergência do HUCFF, e prejudicar o cumprimento de diretivas e proporcionalidades previamente estabelecidas.

Os resultados encontrados evidenciam que não estamos conseguindo viabilizar que as decisões dos pacientes a respeito de preferências do local de morte, prolongamento artificial da vida, e de quem tomará as decisões quando o mesmo não estiver apto, sejam pré elaboradas e conseqüentemente a dignidade do paciente em fim de vida não está sendo valorizada.

Um componente crítico da comunicação com pacientes oncológicos é o processo de discussão e planejamento para cuidados médicos futuros ou planejamento de cuidados avançados. Apesar do baixo percentual de encaminhamento aos CP, oncologistas são a ponta inicial neste tipo de cuidado. Portanto, o planejamento de cuidado avançados deve se iniciar ambulatorialmente pela equipe de oncologia, sendo benéfico²⁰ e desejado²¹ pela maioria dos pacientes com câncer.

Neste contexto, sabe-se que oncologistas são treinados para terem um cuidado centralizado na condição clínica do paciente, porém esses comunicam más notícias em média, 35 vezes ao mês²². Esses fatos somados aos dados identificados neste trabalho mostram a necessidade e a importância de uma educação continuada em CP na formação do Oncologista.

Apesar de nosso estudo não englobar abordagem financeira, tendo em vista a literatura nacional e internacional como referência, o HUCFF potencialmente se beneficiaria em termos financeiros, com a adoção de terapêuticas proporcionais.

7. CONCLUSÕES

Novos trabalhos com maior N devem ser realizados para confirmar os achados anteriores, e geração de dados percentuais mais fidedignos, porém com base na grande defasagem entre marcadores de qualidade e os dados encontrados nesse estudo, podemos concluir que a unidade possui grande margem para melhora de fluxos de encaminhamento de pacientes oncológicos com indicações de cuidados paliativos, e estruturação adequada de diretivas antecipadas.

Em um país no qual a disciplina de Cuidados Paliativos somente foi integrada à grade curricular da graduação de medicina em Novembro de 2022, grande caminho ainda deve ser percorrido para que possamos atingir excelência de

cuidado dos nossos pacientes no HUCFF, e de formação de profissionais treinados quanto às indicações de cuidados paliativos, suas definições e benefícios.

Espera-se que apoiados por este trabalho, estratégias possam ser consideradas a afim de melhorar a avaliação e acompanhamento dos pacientes oncológicos com doença avançada ou metastática sob o âmbito dos Cuidados Paliativos no Hospital Clementino Fraga Filho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAINES M. **From pioneer days to implementation: lessons to be learnt.** Europ J Palliat Care. 2011;18(5):223-27.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Palliative Care Facts sheets.** <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acessado em: 07 de Novembro, 2022
3. American Cancer Society (2013) **Cancer Facts & Figures 2013.** American Cancer Society, Atlanta
4. CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012
5. De Vasconcelos T. **Economic Impact Of Hospital Palliative Care Units: A Systematic Review.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2019 Dec;11(5):1389-1396.
6. SUNG H, Ferlay J, Siegel R, et al. **Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA: A Cancer Journal for Clinicians, (2021)
7. ZIMMERMANN C Swami N Krzyzanowska M et al. **Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial.** Lancet. 2014; 383: 1721-1730
8. SCHNIPPER LE, Smith TJ, Raghavan D, et al. **American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology.** J Clin Oncol 2012; 30: 1715–24.
9. TEMEL JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.** N Engl J Med 2010; 363: 733–42.

10. SMITH S, Brick A, O'Hara S, Normand C. **Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review.** Palliat Med 2014; 28: 130–50.
11. BICKEL K, Ozanne E. **Importance of costs and cost effectiveness of palliative care.** J Oncol Pract 2017; 13: 287–89.
12. TANGEMAN JC, Rudra CB, Kerr CW, Grant PC. **A hospice-hospital partnership: reducing hospitalization costs and 30-day readmissions among seriously ill adults.** J Palliat Med 2014;17: 1005–10.
13. ENGUIDANOS S, Vesper E, Lorenz K. **30-day readmissions among seriously ill older adults.** J Palliat Med 2012; 15: 1356–61.
14. SUDORE R et al. **Defining advanced care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel.** J Pain Symptom Manage, 2017. 53(5): 821.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Definition of palliative care.** <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Acessado em: 07 de Novembro, 2022
16. FINN L, Green AR, Malhotra S. **Oncology and Palliative Medicine: Providing Comprehensive Care for Patients With Cancer.** Ochsner J. 2017;17(4):393-397.
17. Yang GM, Lim C, Zhuang Q, Ong WY. **Prevalence and timing of specialist palliative care access among advanced cancer patients and association with hospital death.** Proceedings of Singapore Healthcare. 2022;31
18. Weissman DE, Meier DE. **Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care.** J Palliat Med 2011; 14:17–23.
19. Glare PA, Semple D, Stabler SM, Saltz LB. **Palliative care in the outpatient oncology setting: evaluation of a practical set of referral criteria.** J Oncol Pract 2011; 7: 366–370.
20. Lundquist G, Rasmussen BH, Axelsson B. **Information of imminent death or not: does it make a difference?** J Clin Oncol 2011.
21. Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V et al. **Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their**

- physicians, and advance medical directives.** J Clin Oncol 2010; 28: 299–304.
22. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al: **Communication skills training in oncology: Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness.** Cancer 86:887-897, 1999
23. MORRISON RS, Dietrich J, Ladwig S, et al. **Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries.** Health Aff 2011; 30: 454–63.
24. CASSEL JB, Kerr K, Pantilat S, Smith TJ. **Palliative care consultation and hospital length of stay.** J Palliat Med 2010; 13: 761–67.
25. KAASA, S., Loge, J. H., Aapro, M., Albreht, T., Anderson, R., Bruera, E., ... Lundeby, T. (2018). **Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission.** The Lancet Oncology.
26. EPSTEIN, A. S., & Morrison, R. S. (2012). **Palliative oncology: identity, progress, and the path ahead.** Annals of Oncology, 23(suppl 3), 43–48.
27. SAUNDERS C. **The evolution of palliative care.** J R Soc Med. 2001 Sep;94(9):430-2.
28. NUNES, R. **Diretivas antecipadas de Vontade.** / Rui Nunes, - Brasília, DF: CFM / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016
29. JANSEN LA, Sulmasy DP. **Proportionality, terminal suffering and the restorative Goals of medicine.** Theor Med Bioeth. 2002;23(4-5):321-37
30. SILVA, E. P. da, & Sudigursky, D. (2008). **Conceptions about palliative care: literature review.** Acta Paulista de Enfermagem, 21(3), 504–508.
31. Vanbutsele G et al,. **The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial.** Eur J Cancer. 2020 Jan;124:186-193.
32. CASTRO, A. A. .; TAQUETTE, S. R. .; PEREIRA, C. A. R. . **Palliative care and Medical Education: Systematic review.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e50210111976, 2021.
33. Robbins JR, Kilari D, Johnston F. **Palliative care education for oncologists: how are we doing?** Ann Palliat Med. 2019 Sep;8(4):364-371.

34. Sedhom R, Gupta A, Von Roenn J, Smith TJ. **The Case for Focused Palliative Care Education in Oncology Training.** *J Clin Oncol.* 2020;38(21):2366-2368.