



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP



NATASHA POMPEU DE OLIVEIRA

**QUIMIOTERAPIA PALIATIVA NOS CUIDADOS DE FINAL DE VIDA –
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

RIBEIRÃO PRETO-SP

2015



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP



NATASHA POMPEU DE OLIVEIRA

**QUIMIOTERAPIA PALIATIVA NOS CUIDADOS DE FINAL DE VIDA –
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/USP.

Área de concentração: Terapia Ocupacional Hospitalar

Orientador(a): Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

RIBEIRÃO PRETO-SP

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FICHA CATALOGRÁFICA

OLIVEIRA, Natasha Pompeu

Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida –
revisão integrativa de literatura/ Profa. Dra. Marysia Mara
Rodrigues do Prado De Carlo, orientadora – Ribeirão Preto,
2015.

Monografia, apresentada ao Programa de Aprimoramento
em Terapia Ocupacional Hospitalar do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HC/USP.

1. Cuidados Paliativos.

2. Antineoplásicos.

3.Revisão

Dedico este trabalho;

A todos que diretamente e/ou indiretamente estiveram presente este ano. Construindo conhecimento com aprendizado e trocando intervisões quanto à trajetória da Terapeuta Ocupacional em contextos hospitalares.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a presença dos espíritos,

Aos meus pais (Wagner e Elisabete), os quais são minha estrutura e sou grata;

À orientadora e supervisora geral Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo, pelas oportunidades, paciência e conhecimento;

As minhas supervisoras locais Claudinéia, Juliana, Fernanda e Francine, pelas intervenções da Terapia Ocupacional e possibilidade de vivenciar a Terapia Ocupacional dos seus espaços de atuação;

Os serviços de Oncologia, Interconsulta, Cuidados Paliativos, Enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço e Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/USP, por ceder o meu convívio nos seus espaços;

Os pacientes pela confiança e compressão de usufruir da minha Terapia Ocupacional;

À minha companheira de aprimoramento que virou amiga Bianca, pelo cotidiano;

Aos profissionais dos serviços de Oncologia, Interconsulta, Cuidados Paliativos, Enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço e Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/USP, pela troca de experiência profissional;

E os demais profissionais e serviços do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/USP ao quais tive o privilégio de ter um mínimo contato, mais levo seus ensinamentos.

MEU MUITO OBRIGADA!!!!

“Por falar nisso, eu amaria dar uma olhada nas minhas fotos particulares, e o doutor, que tem um ar polido, se não se importar, dê um pulo na minha casa. Peça a minha mãe que lhe indique a escrivaninha barroca de jacarandá, cuja gaveta central é abarrotada de fotografias. Procure direito e me traga uma foto do tamanho de um cartão-postal, com um janeiro de 1929 escrito à mão no verso, que mostra uma pequena multidão no cais do porto, com um navio de três chaminés ao fundo.”

Chico Buarque em “Leite Derramado” – Cap. 5
pág. 24

OLIVEIRA, N. P.; DE CARLO, M.M.R.P., Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida – revisão integrativa de literatura. 2015. **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HC/USP**, Ribeirão preto, 2015.

RESUMO

O câncer é considerado atualmente como um importante problema de saúde pública, que envolve um conjunto de mais de 100 doenças, responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, o que representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Para garantir a qualidade de vida das pessoas acometidas, o tratamento oncológico deve contemplar diferentes tipos de tratamentos farmacológicos, como a radioterapia, cirurgia e quimioterapia, e não-farmacológicos. Descrever e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura, referentes ao uso da quimioterapia considerada “paliativa”, desde o ponto de vista dos Cuidados Paliativos, enfatizando aspectos psicossociais e espirituais associados à doença e seu tratamento nos cuidados de final de vida. Trata-se de um trabalho de revisão integrativa da literatura. A busca bibliográfica foi realizada, nas bases de dados *PubMed* e *LILACS*, referente ao período de 2000 a 2014, artigos publicados em inglês, português e espanhol, com humana maiores de 18 anos. Foram usados os descritores controlados (Decs): *antineoplastic agents, drug therapy combination, drug therapy, palliative care, terminal care, hospice care e supportive care*, em diferentes combinações. Foram identificados 2.128 artigos que compuseram o material inicial desta revisão. Após a aplicação de critérios de exclusão, foram selecionados 17 artigos, todos internacionais, e que foram categorizados em duas unidades temáticas: o contexto da quimioterapia paliativa (N=7) e quimioterapia paliativa nos cuidados finais de vida (N=10). Os estudos indicam que a utilização da quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida é mais agressiva aos pacientes, ocasionando maior frequência e duração das internações, procedimentos de caráter invasivos e efeitos colaterais. Porém pacientes estão dispostos a se submeter a este tratamento, mesmo que para pequenos benefícios como “controle” das células, inibições de algumas complicações e a sensação de estar se fazendo o possível em relação à doença, o que algumas vezes tardia a atuação conjunta de uma equipe de cuidados paliativos, com uma assistência integral e proporcionando uma qualidade de vida mais satisfatória a este paciente. As evidências disponíveis no campo da quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida oferecem subsídios para a construção e avanço de outros estudos para conhecimentos direcionados para a investigação e intervenção efetivas para um melhor cuidado a estes pacientes.

Descritores: Antineoplásicos; Cuidados Paliativos; Revisão

OLIVEIRA, N. P.; DE CARLO, M.M.R.P., Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida – revisão integrativa de literatura. 2015. **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HC/USP**, Ribeirão preto, 2015.

ABSTRACT

Cancer is now considered a major public health problem, which involves a set of more than 100 diseases, accounting for more than six million deaths each year, representing about 12% of all causes of death worldwide . To ensure the quality of life of affected people, the cancer treatment should include different types of pharmacological treatments, such as radiation, surgery and chemotherapy, and non-pharmacological. Describe and analyze the scientific evidence available in the literature regarding the use of chemotherapy considered "palliative", from the point of view of palliative care, emphasizing psychosocial and spiritual aspects associated with the disease and its treatment in end of life care. It is an integrative review of the literature work. The literature search was conducted in PubMed and LILACS, which covers the period 2000 to 2014, articles published in English, Portuguese and Spanish, with higher human 18. We used the controlled descriptors (Decs): antineoplastic agents, combination drug therapy, drug therapy, paliative care, terminal care, hospice care and supportive care, in different combinations. 2,128 articles that formed the starting material of this review were identified. After applying exclusion criteria, we selected 17 articles, all international, and were categorized into two thematic units: the context of palliative chemotherapy (N = 7) and palliative chemotherapy in end of life care (N = 10). Studies indicate that the use of palliative chemotherapy in late life care is aggressive patients, resulting in increased frequency and duration of hospitalization, character invasive procedures and side effects. But patients are willing to undergo this treatment, even for small benefits as "control" of cells, inhibition of some complications and the feeling of being is making it possible for the disease, which sometimes delayed the joint action of a team of palliative care, with comprehensive care and providing a more satisfactory quality of life for the patient. The evidence available in the field of palliative chemotherapy in end of life care provides subsidies for the construction and advancement of knowledge to other studies directed to the effective investigation and intervention to better care for these patients.

Keywords: antineoplastic agents; Palliative Care; Review

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Resultados dos cruzamentos dos descritores-----	17
Tabela 02- Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão-----	17
Tabela 03- Artigos selecionados: Unidades 1 e 2-----	18
Tabela 4 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 1: O contexto da qquimioterapia paliativa-----	20
Tabela 5 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 2: Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida-----	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Cuidados paliativos.....	12
1.2 Quimioterapia paliativa.....	14
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
4 RESULTADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, o que representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Evidencia-se ainda que as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, embora dos 10 milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento. (GUERRA, MOURA, MENDONCA, 2005).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) define câncer como sendo um conjunto de mais de 100 doenças que apresta o crescimento de células. Que quando maligno invadem os tecidos e órgãos com crescimento desordenadamente, podendo espalhar-se, na forma de metástase, para outras regiões do corpo (BONASSA, SANTANA, 2005; BRASIL, 2010) e, quando benigno, existe uma massa localizada de células que se multiplica vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original (PALM,2007).

Segundo o INCA as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo e estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, genericamente pré-determinadas, estão ligadas á capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações nas células normais.

O câncer, por ser uma doença com aspectos clínico-patológicos e localizações múltiplas e não possuir sinais ou sintomas patognomônicos, pode ser detectado em vários estágios de evolução clinica e histológica, tendo o diagnóstico, principalmente o diagnóstico precoce, um ponto de fundamental importância para o tratamento e resposta terapêutica efetiva.

A assistência oncológica esta entre as mais dispendiosas principalmente no âmbito social, pois inclui não somente custos com exames preventivos, testes, diagnósticos e tratamentos, mas também custos consequentes da incapacidade produtiva do doente e morbi mortalidade relacionada ao câncer e/ou tratamento (KLIGERMAN,2000; BITTENCOURT, 2004). Devem ser levados em considerações,

no processo de tratamento, o significado que a vida e a morte tem para o indivíduo, suas histórias, seus valores éticos, culturais, religiosos (PALM,2007).

A assistência clínica oncológica pode ser feita através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, podendo ser necessária, em muitos casos, uma combinação com mais de uma modalidade. A escolha do tratamento será definida em função do tipo celular e do grau de diferenciação, local e extensão do tumor primário; da presença de metástases linfonodais; das características macroscópicas do tumor; do envolvimento ósseo e muscular. (CURIONI, et al., 2002).

Um tumor cirurgicamente ressecável é aquele tecnicamente exequível de ser completamente retirado com margens cirúrgicas livres de células. Se o tumor for considerado ressecável, devemos saber se o paciente oncológico é operável ou não. Tendo a possibilidade da operabilidade definida genericamente como a capacidade que o paciente tem de se submeter com sucesso à cirurgia proposta, onde são levadas em conta fatores como idade, presença de outras doenças, condições clínicas do paciente entre outros fatores. Se o paciente oncológico tem um tumor ressecável e é operável, procede-se com a cirurgia.

A cirurgia em geral assume duas vertentes de percepção: de um lado é considerada uma ameaça à vida, já que podem ocorrer alterações de funções normais, perda progressiva da capacidade funcional e laboral, sequelas transitórias ou definitivas e, até mesmo a própria morte e de outro, a possibilidade de sua preservação, em que pode ocorrer a recuperação de funções e novas perceptivas de vida (PALM, 2007).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes eletromagnéticas ou corpusculares. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível as células normais circunvizinhas, a custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. (INCA, 2010)

A quimioterapia é um tratamento que utiliza vários tipos de medicamentos. Esses medicamentos na maioria utilizados de forma intravenosa, porém poder ser administrado por via oral, intramuscular, subcutânea, pela espinha dorsal e tópicos em regime de internação ou semi-internação, se misturam ao sangue e são

levadas a todos as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo (PALM, 2007).

O tratamento quimioterápico é planejado de acordo com o tipo de tumor e o estágio da doença, podendo ser administrado por aplicações diárias, semanais ou mensais, em quantidades e tipos de drogas definidos pelo médico a partir do protocolo de tratamento utilizado. Durante este período é feito um acompanhamento das condições clínicas do paciente por meio de exames de sangue. (PALM, 2007)

A quimioterapia pode ser indicada com diferentes objetivos:

- . Curativa, quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor;
- . Neoadjuvante ou prévia, antes de uma cirurgia ou radioterapia, quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia;
- . Adjuvante, após uma cirurgia, quando se segue à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância;
- . Paliativa, sem finalidade curativa, favorece o manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase de terminalidade da vida, o tratamento paliativo procura garantir a qualidade de vida do paciente.

1.1. Cuidados paliativos

Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes as diversas especialidades profissionais, possibilidade de intervenções clínicas e terapêuticas nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica (MACIEL, 2008) e de conhecimentos específicos. Tendo como princípios: Promover o alívio da dor e de

outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto, oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto e melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença (MATSUMOTO, 2009).

Os cuidados paliativos podem ser oferecidos durante a internação hospitalar, através de atendimentos ambulatoriais ou em atendimentos domiciliares. Destina-se ao cuidado de pacientes portadores de doença avançada, progressiva, ameaçadora da vida e sem possibilidades de cura, com o objetivo de proporcionar ao doente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a sua enfermidade e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais e atendimentos domiciliares que caracteriza-se por atividade destinada a portadores de doença avançada, em progressão e com necessidade continua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido (MACIEL, 2008).

Fornecer cuidados paliativos simultaneamente ao tratamento oncológico padrão tem sido a estratégia defendida pela Organização Mundial de Saúde, para que, pela somatória de esforços de uma equipe multidisciplinar, seja oferecido o máximo de bem estar físico, psíquico e social à pessoa com câncer (KURASHIMA, MOSCATELLO, 2007; WHO, 2002).

Trata-se de um tema de grande complexidade, pois, além dos desafios ligados ao tratamento das condições clínicas do ponto de vista biológico, implica em outros diferentes temas, relativos a dor, sintomas, limitações e recursos para enfrenta-los, restrições na vida ocupacional, como no autocuidado, e pela necessidade de compartilhamento das decisões sobre o curso do tratamento, tanto com o paciente como com sua família.

1.2. Quimioterapia paliativa

Quando o câncer se torna metastático, entende-se que a pessoa acometida não mais se beneficiará dos tratamentos modificadores da doença, cujo objetivo é a cura. Porém, com um bom tratamento, podem ter grande acréscimo em sua sobrevida (BAKITAS, et al., 2009).

A quimioterapia, quando é empregada com finalidade paliativa, deve considerar o estado de desempenho (performance), a toxicidade quimioterápica, o tamanho do tumor, os locais de metástases, a presença de comorbidades e a idade da pessoa, que influenciam na resposta à quimioterapia paliativa (FRAGER, COLLNS, 2006; TEMEL, et al., 2010).

O paciente em quimioterapia paliativa se beneficia pela redução do tamanho da massa tumoral com conseqüente melhora no metabolismo e redução dos sintomas, não repercutindo, obrigatoriamente, sobre sua sobrevida (BRASIL, 2010; BONASSA, SANTANA, 2005). Esse tratamento pode aumentar o intervalo livre de doença, corroborando não apenas para com o aumento da sobrevida, mas também com a melhora da qualidade de vida, com alívio de sintomas e possível retarda do progresso da doença. Independente da via de administração, a quimioterapia paliativa é de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade do tumor (estádio IV, doença recidivada ou metastática) que tende a tornar-se progressivo a despeito do tratamento aplicado (BRASIL, 2010; ARAUJO, 2006).

Portanto, o objetivo deste estudo é descrever e analisar as evidências científicas disponíveis, referentes ao uso da quimioterapia considerada “paliativa”, desde o ponto de vista dos Cuidados Paliativos, enfatizando aspectos psicossociais e espirituais associados à doença e seu tratamento nos cuidados de final de vida.

Para mudar o panorama atual do câncer, e imprescindível que haja estímulo a busca de informações precisas e de qualidade, sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, propiciando a implantação de políticas públicas que levem a realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, visando a redução de danos, as taxas de mortalidade e as despesas públicas (RODRIGUES, FERREIRA, 2010).

Conhecimentos sobre pacientes em tratamento quimioterápico são de grande utilidade para subsidiar de forma adequada os cuidados prestados a esta população. As pessoas em tratamento quimioterápico oncológico usufruir da assistência por um maior tempo e, além disso, vivenciam o processo de cuidado, por saberem, perceberem ou intuírem a condição muitas vezes prolongadas de sua doença (ARAÚJO, 2006).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura, que tem como intuito definir conceitos, rever teorias, analisar evidências e questões metodológicas de um tema específico e caracterizar a produção científica relacionada a uma temática, tornando os resultados da pesquisa mais acessível, com redução de alguns obstáculos, ou seja, e um método de revisão específico que sumariza literatura teórica ou empírica anterior para promover entendimento compreensivo de um fenômeno particular ou problema relacionado á saúde (BROOME, 2000).

Foram realizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura dos estudos, extração de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos estudos selecionados com apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

A questão norteadora é: quais as evidências disponíveis na literatura sobre a quimioterapia paliativa, com ênfase em aspectos não-farmacológicos e nos cuidados de final de vida?

As buscas do estudo foram realizadas nas bases de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de setembro 2014.

Para a realização da busca, foram delimitados e combinados os descritores controlados (Descritores em ciências da saúde-Decs): *antineoplastic agents, drug therapy combination, drug therapy, paliative care, terminal care, hospice care e supportive care*, em diferentes combinações (cruzamentos).

Foram identificados inicialmente 2.128 artigos que compuseram o material inicial desta revisão integrativa. A seleção do material, extração de dados, avaliação dos estudos e análise e síntese dos estudos selecionados ocorreram nos meses de setembro a dezembro de 2014.

Como não foram identificados estudos na base LILACS, na tabela 1, a seguir, constam apenas os dados resultantes da busca bibliográfica realizada no PubMed.

Tabela 1 – Resultados dos cruzamentos dos descritores

Cruzamentos	Pubmed
“antineoplastic agents” X “paliative care”	0
“antineoplastic agents” X “terminal care”	220
“antineoplastic agents” X “hospice care”	45
“drug therapy” X “paliative care”	0
“drug therapy” X “terminal care”	1294
“drug therapy” X “hospice care”	335
“drug therapy combination” X “paliative care”	0
“drug therapy combination” X “terminal care”	61
“drug therapy combination” X “hospice care”	9
“drug therapy combination” X “supportive care”	164
Total de artigos identificados	2.128

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão: Estudos publicados no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2014, estudos publicados em inglês, português e espanhol, estudo com espécie humana, estudo com população maiores de 18 anos e que abordava a quimioterapia paliativa e cuidados paliativos em final de vida.
- Critérios de exclusão: Artigos Reaplicados ou não relacionados ao tema do estudo, estudos farmacológicos, artigos não disponíveis integralmente.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, descritos na tabela 2 abaixo, foram selecionados 17 artigos, descritos na tabela 3, a seguir.

Tabela 2 – Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão/exclusão	Pubmed
	2.128
Fora do período de tempo estabelecido	1.279
Não relacionados à espécie humana	1.260
Outros idiomas	1.081
Com outras populações que não estão incluídas no escopo do estudo	1.030
Artigos Reaplicados	913
Artigos referentes a estudos farmacológicos	123
Artigos não disponíveis em sua íntegra	23
Artigos não relacionados ao tema da pesquisa	17
Total de artigos selecionados	17

Os artigos selecionados compuseram duas unidades de análises de conteúdo temático:

- Unidade 1: O contexto da quimioterapia paliativa (N=7)
- Unidade 2: Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida (N=10)

Tabela 3 – Artigos selecionados - Unidades 1 e 2 (N=17)

	n.	Ano	Autores	Periódico	Título	Idioma	País
UNIDADE I	1	2011	NAPPA, et al.	Annals of Oncology	Palliative chemotherapy during the last month of life	Inglês	EUA
	2	2004	BROWNER, CARDUCCI	Seminars in Oncology	Palliative Chemotherapy: Historical Perspective, Applications, and Controversies	Inglês	EUA
	3	2008	KIM, et al	Journal of Clinical Oncology	Palliative Chemotherapy Preferences and Factors that Influence Patient Choice in Incurable Advanced Cancer	Inglês	Corêia
	4	2006	SCHONWETTER, et al.	Journal of Palliative Medicine	Quality of Life and Symptom Control in Hospice Patients with Cancer Receiving Chemotherapy	Inglês	EUA
	5	2012	RESEARCHER, et al.	BMJ	Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study	Inglês	Amsterdã
	6	2012	LIU, et al.	Healthcare	Use of chemotherapy at the end of life among Taiwanese cancer decedents, 2001 – 2006	Inglês	China
	7	2006	MATSUYAMA, et al.	Journal of Clinical Oncology	Why Do Patients Choose Chemotherapy Near the End of Life? A Review of the Perspective of Those Facing Death From Cancer	Inglês	EUA
	8	2008	EARLE, et al.	Journal of Clinical Oncology	Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue?	Inglês	EUA
	9	2008	TEMEL, et al.	InterScience	Aggressiveness of Care in a Prospective Cohort of Patients With Advanced NSCLC	Inglês	EUA
	10	2014	WRIGHT, et al.	BMJ	Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study	Inglês	EUA
UNIDADE II	11	2011	GONSALVES, et al.	Journal of Palliative Medicine	Effect of Palliative Care Services on the Aggressiveness of End-of-Life Care in the Veteran's Affairs Cancer Population	Inglês	EUA
	12	2011	SHEFFIELD, et al.	Institutes Health of National	End-of-Life Care in Medicare Beneficiaries Dying with Pancreatic Cancer	Inglês	EUA
	13	2007	MINTZER, ZAGRABBE	American Journal of Hospice and Palliative Medicine	On How Increasing Numbers of Newer Cancer Therapies Further Delay Referral to Hospice: The Increasing Palliative Care Imperative	Inglês	EUA
	14	2011	MAGAROTTO, et al.		Reduced use of chemotherapy at the end of life in an integrated-care model of oncology and palliative care	Inglês	Itália
	15	2009	TANG, et al.	Annals of Oncology	Trends in quality of end-of-life care for Taiwanese cancer patients who died in 2000–2006	Inglês	China
	16	2004	EARLE, et al	Journal of Clinical Oncology	Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life	Inglês	EUA
	17	2012	NAKANO, et al.	Support Care Cancer	Quality of end-of-life care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer in general wards and palliative care units in Japan	Inglês	Japão

3. RESULTADOS

Com a definição dos 17 artigos que compõem esta amostra, verificou-se que todos foram escritos no idioma inglês, a grande maioria foi publicada nos Estados Unidos da América (E.U.A.) e o período entre 2008 e 2011 foi o de maior número de publicações.

3.1. Unidade 1: O contexto da quimioterapia paliativa (N=7)

Como o intuito de apresentar o contexto da quimioterapia, os estudos incluídos nesta unidade tiveram objetivos de explicar sobre o papel da quimioterapia, analisar os dados demográficos, as potências e características dos pacientes, bem como as características hospitalares e da doença (NAPPA, et al., 2011; BROWNER,CARDUCCI, 2004; LIU, et al., 2012) e as tomadas de decisões e preferências do tratamento, através das fontes disponíveis de conhecimento, escolhas e preocupações dos pacientes; ponderar a qualidade de vida e controle de sintomas, sem deixar também de olhar para as experiências dos profissionais com relação a atitudes de indicação da quimioterapia (KIM, et al., 2008; RESEARCHER, 2012; MATSUYAMA, et al., 2006; SCHONWETTER, et al., 2006).

Os artigos selecionados para esta unidade estão descritos na tabela 4.

Em 5 dos 7 artigos, foram incluídos na casuística pacientes já falecidos, que foram diagnosticados com câncer e tratados com pelo menos um ciclo de quimioterapia paliativa. Em três destes cinco estudos os dados foram registrados, por meio de entrevista estruturada ou semi-estruturada parâmetros demográficos, as preferências para a quimioterapia e ensaios clínicos randomizados, limiar de sobrevivência e dados de utilização de cuidados (NAPPA, et al., 2011; BROWNER,CARDUCCI, 2004; LIU, et al., 2012), que mostrava que pacientes tinham um tempo de sobrevida significativamente menor, foram admitidos mais frequentemente em hospital e morreram com menor frequência em casa. Mais com o uso da quimioterapia paliativa tinham o fornecimento de controle dos sintomas, prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida. Em alguns deles os dados foram analisados utilizando métodos não paramétricos.

Tabela 4 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 1: O contexto da quimioterapia paliativa (N:07 artigos).

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
NAPPA, et al.	Analisar as potenciais características discriminativas de pacientes com câncer incurável que receberam quimioterapia paliativa, durante o último mês de vida.	Incluídos todos os pacientes com câncer epitelial, tratados com quimioterapia paliativa e que morreram em 2008. Foram registrados parâmetros demográficos e dados de utilização de cuidados. Os dados foram analisados utilizando métodos não paramétricos.	Dos 374 pacientes incluídos, 87 receberam quimioterapia paliativa durante o último mês de vida. Estes pacientes tinham um tempo de sobrevida significativamente menor, foram admitidos mais frequentemente em hospital e morreram com menor frequência em casa. Os resultados indicaram covariações entre tratamentos de quimioterapia paliativa no último mês de vida e desfechos desfavoráveis dos pacientes.
BROWNER, CARDUCCI	Explanar sobre o papel da quimioterapia.	Descrever e relacionar os tipos de quimioterapia e suas possibilidades.	A maioria dos pacientes com o avançado metastático ou com recorrência da doença não se beneficia da quimioterapia. Recentes estudos têm documentado o papel da quimioterapia paliativa no fornecimento de controle dos sintomas, prevenção de complicações, o prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida. A quimioterapia paliativa não traz a cura e os que escolherem recebe-la não podem se beneficiar de serviços com objetivos paliativo, como o cuidados paliativos que traz maior benefícios.
KIM, et al	Determinar a extensão da tomada de decisão e preferência de tratamento informada por pacientes coreanos que receberam quimioterapia.	Foram avaliados e analisados de forma retrospectiva 138 pacientes com câncer avançado que receberam pelo menos um ciclo de quimioterapia, responderam por meio de entrevistas estruturadas informações demográficas. Geral, as preferência para a quimioterapia e ensaios clínicos randomizados. Foram investigados os limiar de sobrevivência para justificar a toxicidade, os fatores que influenciam a preferência individual para quimioterapia e a atitude dos pacientes no sentido de ensaios clínicos randomizados.	Antes da quimioterapia, para 72,1% dos pacientes foram dadas informações sobre adversos eventos do tratamento, mas apenas 39,5% foram informados de tratamentos alternativos. Há uma considerável a variabilidade inter-individual na vontade de aceitar a quimioterapia, bem como uma ampla gama de limiares. Os pacientes que relatam maior qualidade de vida eram mais propensos a julgar tratamento aceitável. Quando dada a escolha para a randomização para a quimioterapia convencional, sob investigação agentes ou cuidados de suporte, os pacientes geralmente recusavam a inscrição em ensaios clínicos randomizados. A qualidade de auto-avaliação da vida foi um preditor significativo de preferência mais forte para a quimioterapia. Mostrando que uma boa comunicação médico-paciente e consideração das preferências dos pacientes são necessários para a tomada de decisões sobre o uso apropriado tratamento.

Tabela 4 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 1 O contexto da quimioterapia paliativa (N:07 artigos) (continuação)

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
RESEARCHER, et al.	Analisar as experiências dos profissionais de saúde em relação a atitudes de indicação de quimioterapia para pacientes com câncer em fase terminal.	Participaram 14 médicos e 13 enfermeiros que cuidaram de pacientes com câncer metastático.	Médicos e enfermeiros relataram tentar informar pacientes sobre o seu mau prognóstico e tratamentos. Eles consideravam que cuidavam dos efeitos colaterais da quimioterapia e, às vezes duvidavam se o tratamento iria contribuir para a qualidade de vida dos pacientes. Ambos consideravam o bem-estar dos pacientes, e os médicos parecia muitas vezes inclinado com isso a oferecer mais quimioterapia. Os enfermeiros na visão dos pacientes foram os mais indicados para expressar suas dúvidas sobre a continuação do tratamento. Quando confrontado com um dilema de tratamento, os médicos preferiram fazer compromissos para uma dose e discutir morte ou morrer com pacientes. A tendência de maior uso de quimioterapia, no fim de vida poderia ser explicado e reforçado mais pelas atitudes de "não desistir" dos médicos, para não tirar a esperança dos pacientes, pois por retenção na fonte do tratamento é considerado prejudicial.
LIU, et al.	Avaliar a associação entre a continuação da quimioterapia no último mês de vida do paciente e seus dados demográficos, características da doença, características hospitalares e cuidados de saúde.	Estudo de coorte de base populacional retrospectivo utilizando dados administrativos de pacientes com câncer entre 2001 a 2006.	As taxas de quimioterapia foram continuo no último mês de vida dos anos de 2001 a 2006 e têm-se mantido estável. Os pacientes com câncer tiveram maiores chances de continuação da quimioterapia no último mês de vida, se eles eram do sexo masculino, mais adultos jovem, tinham menor comorbidade, foram diagnosticados com neoplasias e câncer de mama, tinha doença metastática. As probabilidades para quimioterapia continuam no último mês dos pacientes foi significativamente aumentada em sendo cuidado por um médico oncologista ou em um hospital de ensino e com a maior intensidade em leitos de internação.
MATSUYAMA, et al.	Determinar as fontes disponíveis de conhecimento, de escolhas, e as preocupações dos pacientes reais com a quimioterapia e como os mesmos equilibram estas questões concorrentes.	Revisão na literatura.	As fontes disponíveis forneceram pouca informação sobre o prognóstico, alternativas e consequências. Muitos pacientes escolheria quimioterapia para um pequeno benefício. Os efeitos adversos eram uma preocupação para os pacientes e não para os seus cuidados de saúde. Não há apoios de decisão para ajudar pacientes com doença metastática em fazer suas escolhas. Receber informações realistas sobre as diferentes opções de tratamento e as chances de sucesso do tratamento ou efeitos adversos, pode explicar parte do aumento do uso de quimioterapia perto do final da vida. São necessários decisão e fontes honestas, imparciais para informar os pacientes de seu prognóstico, escolhas e consequências.
SCHONWETTE R, et al.	Analisar a qualidade de vida e controle de sintoma em pacientes com quimioterapia.	Foi realizado um grupo de controle com pacientes de cuidados paliativos com câncer que não tinham recebido quimioterapia durante pelo menos 3 meses.	Correspondente por idade, sexo, raça e diagnóstico de câncer, os paciente em quimioterapia relataram semelhança de sintomas em comparação a pacientes fora quimioterapia. Pacientes de ambos os grupos relataram semelhança ao nível específico de sintomas, no entanto, os pacientes em quimioterapia tiveram melhor sintoma para problemas de micção, dormência, formigamento, fraqueza muscular e dor. Já os pacientes em quimioterapia tiveram o menor controle de sintoma envolvendo mudança no paladar e tosse. Os pacientes em quimioterapia eram mais propícios a relatar que estavam se sentindo melhor. Tomar a quimioterapia teve benefício mais subjetivo e os dois grupos não mostraram nenhuma diferença na taxa de sobrevivência.

Nos outros 2 estudos dos 7, utilizou-se grupo controle com pacientes e um deles foi de base populacional retrospectivo, que mostrou que os pacientes com câncer tiveram maiores chances de continuação da quimioterapia no último mês de vida, eram do sexo masculino, adultos jovens, tinham menor comorbidade, diagnosticados com neoplasias e/ou tinham doenças metastáticas (KIM, et al., 2008; SCHONWETTER, et al., 2006).

Por fim, um estudo de revisão de literatura (MATSUYAMA, et al., 2006) relatou que as fontes disponíveis forneceram pouca informação sobre o prognóstico, alternativas e consequências e outro uma pesquisa (RESEARCHER, 2012) com a utilização de entrevista semi-estruturada com médicos e enfermeiros que cuidavam de pacientes com câncer metastático, apontando a relação das informações entre pacientes/médicos e pacientes/enfermeiros, mostrando que na visão dos pacientes os enfermeiros foram os mais indicados para expressar suas dúvidas sobre a continuação do tratamento

3.2. Unidade 2: quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida (N=10)

Os estudos incluídos nesta unidade tiveram como intuito decorrer sobre a quimioterapia paliativa nos cuidados finais de vida, em que tiveram objetivos de revisar e analisar estudos da literatura (EARLE, et al., 2008) e pesquisas com relação à agressividade do tratamento do câncer, perto do fim da vida, com alguns artigos avaliando a viabilidade e a forma de evolver o serviço de cuidados paliativos, bem como o seu efeito sobre a agressividade do tratamento perto do final da vida (TEMEL, 2008; WRIGHT, et al., 2014; GONSALVES, et al., 2011; SHEFFIELD, et al., 2011; MAGAROTTO, et al., 2011; NAKANO et al., 2012; TANG et al., 2009; EARLE et al., 2004; MINTZER, ZAGRABBE, 2007).

Os artigos selecionados para a unidade 2 estão descritos na tabela 5.

Seis dos artigos que incluíram pacientes, os dados coletados foram obtidos de forma retrospectiva, tendo relacionado a agressividade do tratamento oferecido ao paciente em cuidados de final de vida pelas tendências e fatores responsáveis pela quimioterapia paliativa. Foram avaliadas as terapias antineoplástica, sobrevivência, tomada de decisão, internações, local da morte e a integração ou substituição para os serviços de cuidados paliativos, que podem oferecer um cuidado ideal, com maior integralidade no cuidado do paciente e intervenções com os familiares.

Tabela 5 –Unidade de Análise 2: Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida, (N= 10 artigos).

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
EARLE, <i>et al.</i>	Revisar e analisar os estudos da literatura referentes à atualização de agressividade do tratamento do câncer, perto do fim da vida.	Discute tendências e fatores responsáveis pela quimioterapia e a substituição para os serviços de cuidados paliativos.	Se o serviço de cuidados paliativos não esta disponível, tende a continuar com o segmento da quimioterapia, mais do que deveria. Tendo o uso dos cuidados paliativos de 14 a 3 dias antes da morte, o que leva a observar e levanta a questão se ele esta sendo simplesmente admitido para gerenciar a morte em vez de obter os benefícios e trazer uma satisfação para os familiares.
TEMEL, <i>et al.</i>	Foram incluídos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão recente (8 semanas) para avaliar a viabilidade de evolver o serviço de cuidados paliativos.	Os participantes receberam o tratamento oncológico e cuidados paliativos integrados. Todos os pacientes foram acompanhados prospectivamente para avaliar o uso de terapia antineoplásica, internações hospitalares, a utilização dos cuidados paliativos e localização de morte.	Os pacientes receberam tratamento oncológico mais invasivo principalmente no ultimo mês e apresentavam sintomas iniciais de humor alterado e ansiedade que faziam serem mais propício a receber a quimioterapia, tinham mais segmentos em unidades de emergência e não tinham segmento emocional, funcionais e espirituais e que nos cuidados paliativos os pacientes poderiam entender melhor o prognostico, de trabalhar a realidade.
WRIGHT, <i>et al.</i>	Determinar se a utilização da quimioterapia em pacientes com estado terminal de câncer meses antes da morte foi associada subsequente com tratamento intensivo do paciente e local da morte.	Participaram 386 pacientes adultos com câncer metastático de 8 clinicas de oncologia ambulatorial. Em que foram visto cuidados médicos intensivo e sobrevivência, utilização dos cuidados paliativos tardia e local da morte.	Observou que pacientes com a utilização da quimioterapia tiveram maior taxa de ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, ou ambos, tiveram suas mortes mais propícias em lugares como centro de terapia intensiva.
GONSALVES, <i>et al.</i>	Observar a agressividade do tratamento do câncer, perto do final de vida em pacientes com câncer antes e depois da instituição de uma equipe de cuidados paliativos. Também foi avaliado o tempo necessário antes da morte de lançar uma consulta com o cuidados paliativos e seus efeito sobre a agressividade do tratamento do câncer, perto do final de vida.	Trata-se de uma análise de estudo retrospectivo realizado em um hospital local, Veterans Affairs, olhando os últimos 100 pacientes em cada um dos anos, 2002 e 2008, que morreu com câncer ativo e somente os pacientes em 2008, teve acesso a uma equipe de cuidados paliativos.	Nos últimos 30 dias de vida, em comparação a 2002, os pacientes, em 2008, tiveram uma maior incidência de: quimioterapia, mais de uma internação e óbitos hospitalares. Pacientes em cuidados paliativos apareceram a ter uma menor incidência de administração de quimioterapia, visitaram mais do que um serviço de urgência, tiveram admiração em mais de um hospital e mortes no hospital. O tratamento do câncer, perto do final de vida tornou-se mais agressivo com o tempo, um serviço de cuidados paliativos não foi capaz de diminuir completamente esta tendência de aumento da agressividade do tratamento do câncer, perto do final de vida, no entanto podem ajudar a atenuar esta agressividade.

Tabela 5 –Unidade de Análise 2: Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida, (N= 10 artigos) (continuação)

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
SHEFFIELD, <i>et al.</i>	Caracterizar a inscrição do serviço de cuidados paliativos e a agressividade dos cuidados para doentes com câncer pancreático, no final da vida.	Foi usado a Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais e ligado Medicare créditos dados (1992-2006) para identificar pacientes com câncer pancreático que morreram (n = 22.818). Foram avaliados o uso do cuidados paliativos e suas inscrição maior que 4 semanas antes da morte, e da agressividade do cuidado como medido pelo recebimento de quimioterapia, internação de cuidados agudos, e unidade de terapia intensiva no último mês de vida.	O uso dos cuidados paliativos aumentou de 36,2% em 1992-1994 para 67,2% em 2004-2006. Admissão na unidade de terapia intensiva e recebimento de quimioterapia no último mês de vida aumentaram de 15,5% para 19,6% e de 8,1% a 16,4% respectivamente. Entre os pacientes com doença loco-regional, aqueles que foram submetidos à ressecção eram menos propensos a se inscrever nos cuidados paliativos antes da morte e muito menos propensos a se inscrever mais cedo. Eles também foram mais propensos a receber quimioterapia 14% vs. 9%, ser admitido para um hospital de cuidados agudos 61% vs. 53%, e ser admitido na UTI 27% vs. 15%, no último mês de vida. Embora o uso de cuidados paliativos aumentou ao longo do tempo, houve um aumento simultâneo nos cuidados agressivo no final de vida dos pacientes com câncer de pâncreas.
MINTZER, ZAGRABBE	Este artigo abordar como as terapias antitumorais mais recentes são susceptíveis de aumentar o atraso para os cuidados paliativos.	O atraso no encaminhamento para os cuidados paliativos pode negar para os pacientes e seus familiares um cuidado ideal, utilizando assim a quimioterapia mais recente, que traz melhores medicações.	O cuidados paliativos evita a perda da esperança, para o paciente e familiares, os mesmos tem o apoio que merece e necessitam e as drogas recentes podem atrasar o encaminhamento para o cuidados paliativos, não trazendo melhoras significativas e um período mais longo de tratamento.
MAGAROTTO, <i>et al.</i>	Avaliar as tendências ao longo do tempo da agressividade do tratamento do câncer perto do fim da vida em um departamento de oncologia, antes e após a integração de uma unidade de apoio e cuidados paliativos	Realizou uma revisão de pacientes falecidos neste departamento de janeiro de 2006 a dezembro de 2009 (atividades de cuidados paliativos começou no final de 2007. Foram analisadas as características dos pacientes perto do fim da vida e uso de quimioterapia no prazo de 30 dias da morte como uma agressividade do índice de cura.	A integração do Cuidados Paliativos faz uma diminuição do uso de quimioterapia nos últimos 30 dias de vida. A avaliação cuidadosa de fatores prognósticos de pacientes com câncer avançado e prestação de cuidados de suporte e paliativos adequados podem reduzir o uso de quimioterapia antineoplásica fútil e preservar um paciente de qualidade de vida.
TANG, <i>et al.</i>	Explorar a qualidade dos cuidados de fim de vida recebida por pacientes em todas as idades com câncer em um contexto asiático	Estudo de coorte retrospectivo para examinar as tendências da qualidade dos cuidados de fim de vida em uma coorte de 242 530 pacientes com câncer de Taiwan que morreram em 2000-2006.	No último mês de vida, o tratamento do câncer tendem a se tornar cada vez mais agressiva pelo uso intensivo de quimioterapia, atendimentos de emergência frequente com uso de ventilação mecânica, ressuscitação cardiopulmonar e intubação, dias de internação e óbitos. Isto tem diminuído e a assistência dos cuidados paliativos tem aumentado. A qualidade dos cuidados de fim de vida para pacientes com câncer era substancialmente inferior ao que relatado anteriormente e ao recomendado como referência para a prestação de cuidados não excessivamente agressivo perto do final da vida.

Tabela 5 –Unidade de Análise 2: Quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida, (N= 10 artigos) (continuação)

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
EARLE, <i>et al</i>	Caracterizar a agressividade do tratamento do câncer de fim de vida para os idosos no Medicare, e sua relação à disponibilidade de recursos de cuidados de saúde.	Analisaram reivindicações Medicare de 28.777 pacientes, com 65 anos e mais velhos que morreram dentro de 1 ano de um diagnóstico de pulmão, mama, colorretal, ou outro tipo de câncer gastrointestinal, entre 1993 e 1996, enquanto vivia em um dos 11 regiões dos Estados Unidos monitorados pela Vigilância, Epidemiologia do Programa.	As taxas de tratamento com quimioterapia aumentou de 27,9% em 1993 para 29,5% em 1996. Entre os que receberam quimioterapia, 15,7% ainda estavam a receber tratamento dentro de 2 semanas morte, passando de 13,8% em 1993 para 18,5% em 1996 De 1993 a 1996, aumentou a proporção de pacientes que tinham mais de uma internação na emergência ou foram internados em uma unidade de terapia intensiva no último mês de vida. Embora menos pacientes morresse em hospitais de cuidados agudos e os serviços de cuidados paliativos foram mais utilizados mais utilizadas, porém com a proporção crescente de pacientes que receberam cuidados paliativos iniciou este serviço apenas nos últimos 3 dias. Os pacientes negros eram mais propensos do que os pacientes brancos a experimentar intervenções agressivas nos hospitais, mas não em hospitais de ensino. Houve uma maior disponibilidade local dos cuidados paliativos que foi associada a um tratamento menos agressivo à beira da morte em análise multivariada.
NAKANO, <i>et al.</i>	Descrever as diferenças de cuidados de fim de vida em pacientes com câncer de pulmão não-pequenas células metastático internados entre enfermarias gerais e uma unidade de cuidados paliativos	Uma análise retrospectiva foi realizado utilizando dados a partir de pacientes que receberam pelo menos quimioterapia de segunda linha entre 2002 e 2007 em um único instituto. Entre os 72 pacientes elegíveis, dividimos os pacientes em dois grupos, aqueles que morreram em enfermarias gerais (n57) e aqueles que morreram em uma enfermaria de cuidados paliativos (n15), forma examinadas cuidados de fim de vida, incluindo quimioterapia, a tomada de decisões e o tratamento nas ultimas 48 horas	Os números de dias médio entre a última quimioterapia e a morte foi menor em enfermarias gerais do que na do cuidados paliativos. Além disso, 25% dos pacientes internados em enfermarias gerais recebendo quimioterapia nas últimas 2 semanas de vida e o preços de múltiplas hospitalizações no último mês de vida apareceu mais frequente em enfermarias gerais do que na de cuidados paliativos. Os pacientes em enfermarias gerais receberam um volume maior de hidratação do que aqueles em que na enfermaria de cuidados paliativos. Os pacientes em enfermarias geral receber cuidados inadequados perto do fim da vida.

As pesquisas incluídas nesta unidade de análise mostraram que o serviço de cuidados paliativos é aquele onde os pacientes poderiam entender melhor o prognóstico, evitar a perda da esperança, ter segmento nos aspectos emocional, funcional e espiritual e trabalhar a realidade de forma a atenuar a agressividade do tratamento. Se ele não estiver disponível ou não for oferecido para o paciente, tende-se a continuar ou aumentar com o segmento da quimioterapia principalmente no último mês de vida, mais do que deveria. Isso pode ocasionar, para alguns pacientes, humor alterado, ansiedade, maiores segmentos em unidades de emergência e dias de internação, procedimentos mais invasivos e óbitos hospitalares, além de não trazer uma melhora significativa e um período mais longo de tratamento.

4. DISCUSSÃO

Com a caracterização dos dados dos artigos incluídos nesta revisão e uma reflexão sobre os mesmos, percebe-se que a agressividade do tratamento nos cuidados finais de vida com pacientes oncológicos em uso de quimioterapia paliativa encontra-se presente, mesmo que para ganhos de pequenos benéficos. Seja pelos procedimentos invasivos, contexto de internações hospitalares e núcleo familiar entre outros itens que podem ser elencados, para em troca tem um “controle” das células tumorais e de alguns efeitos colaterais.

Quando se pensa na descoberta de uma doença, independente do órgão acometido e dos efeitos causados no organismo pela mesma, há um conjunto de sentimentos que se encontram diretamente associados (Rzeznik, Dall’Agnol, 2000). Desde o momento do diagnóstico de um câncer ao tratamento e a possível morte, tem se provocações de sentimentos que impõem, ao pacientes, equipe de profissionais e muitas vezes familiares, a tomada de decisões em todo o decorrer deste processo (Azevedo, Kantorski, 2003). Tanto a pessoa quanto seus familiares passam por estágios de adaptação à doença, e que são importantes para lidar-se com os mecanismos ao longo de uma doença crônica (KÜBLER, 1996).

Pensar neste processo de tomadas de decisões e escolhas, principalmente para um estado avançado da doença, faz se refletir sobre o melhor caminho a ser seguido já que fica evidenciado que muitas vezes a população oncológica vê o “tratamento” com a quimioterapia paliativa como uma possibilidade de cura ou de prolongar a vida, optando muitas vezes em realizá-lo mesmo com as reações adversas e os poucos benefícios.

Ficando evidente que os pacientes acabam sendo acolhidos de um ponto de vista mais clínico, pois se sabe que a quimioterapia paliativa não tem um objetivo de cura, mais sim de possível controle de células e efeitos colaterais para uma melhor qualidade de vida, mais vemos que muitas vezes pacientes em uso de quimioterapia paliativa, são submetidos a procedimentos invasivos, tem maiores frequências de período de internação principalmente em locais de urgência e emergência e complicações.

Segundo o INCA (2007) o término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que "muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo" e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente.

Com uma complementação ou substituição pode se englobar uma equipe ou grupo de cuidados paliativos, onde tem se uma intervenção com um olhar de forma mais holística por parte de uma equipe profissional com estes pacientes e seus familiares, atuando assim para um indivíduo e não uma doença.

De acordo com a literatura, os sujeitos em situação de adoecimento por câncer muitas vezes relatam necessitarem de muita ajuda, suporte e encorajamento nesse momento, com os avanços de tecnologias e principalmente do processo de saúde e doença, pensamos hoje na integralidade do sujeito com uma atuação em equipe multidisciplinar. Busca-se um "acompanhamento" em que os pacientes poderiam compreender melhor o seu prognóstico, manter uma esperança de forma saudável, terem segmento no contexto emocional, funcional e espiritual e trabalharem a realidade de forma a atenuar a agressividade do tratamento, seja ela não somente clínica, mas uma depressão, conflitos em núcleo familiares, seria muitas vezes mais indicados para os pacientes em estado de cuidado principalmente em cuidados finais de vida.

Articula-se com uma equipe ou grupo de cuidados paliativos nos traz esta visão, de poder não tratar uma doença, mais um indivíduo e seus familiares, de uma forma a englobar seus desejos, limites e capacidades, entendimento sobre o seu processo de saúde e doença.

Porém apesar dos esforços substanciais e significativos progressos alcançados no desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo o mundo na última década, ainda há lacunas importantes a serem superadas. Muitos países ainda não consideram a falta de serviços de cuidados paliativos como um

problema de saúde pública. Outros se destacam com programas de excelência, porém pouco integrados às políticas nacionais de saúde, resultando em pequeno impacto sobre as condições de saúde da população de pessoas necessitadas desses cuidados (WHO, 2007; SEPÚLVEDA, MARLIN, YOSHIDA, ULLRICH, 2002).

A maneira que temos para a realização das melhores articulações para os segmentos dos cuidados com o paciente é uma boa comunicação principalmente médico-paciente, onde tem se que considerar os aspectos do paciente, prognóstico e tratamento e as preferências dos pacientes para a tomada de decisões. Um estudo RESEARCHER, ET AL, 2012) mostra que os enfermeiros na visão dos pacientes eram os mais indicados para expressar suas dúvidas principalmente sobre a continuação do tratamento. Percebemos com isso que a equipe que realiza os cuidados mais diários e amplos no contexto do indivíduo, são os que os pacientes se expressão de forma mais abrangente, confiam o que nos reforça que uma equipe com atuação não somente clinica mais com intervenção no âmbito emocional, espiritual, familiar traz um melhor segmento e menos agressividade no “tratamento” a estes pacientes oncológico em cuidados finais de vida.

O que se percebe então, principalmente com os estudos levantados e pesquisa sobre a relação da quimioterapia paliativa e cuidados paliativos e que com a quimioterapia paliativa não se tem a cura e os que optam por recebê-la não se beneficiam ou acabam se beneficiando tardiamente de serviços com objetivos paliativos mais específicos, como o cuidados paliativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa teve como foco descrever e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre pacientes em quimioterapia paliativa nos cuidados de final de vida, do ponto não farmacológico e em um mapeamento de quinze anos. Que com os artigos desta revisão percebe-se que a agressividade do tratamento nos cuidados finais de vida com pacientes oncológicos em uso de quimioterapia paliativa encontra-se presente, mesmo que para ganhos de pequenos benéficos.

Este tipo de delineamento de produção, certamente contribui para a maior divulgação e entendimento sobre o contexto dos cuidados finais de vida com pacientes oncológicos em uso de quimioterapia paliativa, como também estimular novos estudos para complementação e busca de melhores atuações para uma melhor efetividade dos cuidados principalmente no final de vida, tendo ainda como importância da continuidade esta pesquisa trabalha com um tema amplo.

Pretende-se ampliar a concepção de saúde, levando em contas o contexto em que este paciente se encontra, tem-se com este trabalho ainda poder contribuir para o meio da literatura, bem como formação e intervenção de profissionais da saúde, que lidam com a população oncológica, principalmente em cuidados finais de vida.

Obtemos também que uma pesquisa de revisão contempla de forma a ajudar a ampliar o conhecimento influenciando na literatura, porém ela não consegue resolver problemas inerentes a concepção e execução dos estudos primários. Em uma pesquisa de revisão pode existir controversa em torno da interpretação dos resultados se não bem resumidos e analisados.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.M.T. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006.141f. Dissertação (mestrado em enfermagem na saúde de adulto) – **Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- AZEVEDO NA, KANTORSKI LP. A família e o cuidado prestado em domicílio ao paciente em tratamento quimioterápico. **Fam saúde desenv.** 2003; 5:51-6.
- BAKITAS, M.; LYONS, D. K.; HEGEL, M.T.; BALAN, S.; BROKW, F.C.SEVILLE, J.; et al. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. **JAMA**, New Hampshire, v. 302, n. 7, p. 741-749, aug. 2009.
- BONASSA A. M., SANTANA E. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3º Ed. São Paulo: **Atheneu**, 2005. 538 pg.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução -RDC Nº 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. **D.O.U.**, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 2010. 254 p.
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNALF, K. A. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: **Sounders Company**, 2000. p. 231-50.
- BROWNER, I., CARDUCCI, M.A., Palliative Chemotherapy: Historical Perspective, Applications, and Controversies, **Elsevier Inc**, 2005.
- CRAIG C. EARLE, M. B. L., JEFFREY M. S., BRIDGET A. N., JANE C. W, JOHN Z. A., Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue? **Journal of Clinical Oncology**, v. 26, n.23, 2008.
- CURIONI, O. A. et al. Resultados oncologicos da laringectomia parcial no carcinoma glotico inicial. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Sao Paulo, v.68, n.5, p.673- 677, set./out. 2002.
- EARLE,C.C, NEVILLE, B.A., LANDRUM, M.B., AYANIAN J.Z., BLOCK, S.D.,WEEKS, J.C., Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life, **Journal of Clinical Oncology**, V.22 , N. 2, 2004.

FRAGER, G.; COLLINS, J. J. Symptoms in life-threatening illness: overview and assessment. In: GOLDMAN, A.; HAIN, R.; LIBEN, S. **Oxford textbook of palliative care for children**. Oxford, 2006.

GONSALVES W.I., TASHI T., KRISHNAMURTHY J., DAVIES T., ORTMAN, S., THOTA R., ALDOSS I., GANTA A., KALAI AH M., DIDWANIYA N., EBERLE C., APAR K. G., PETER T. S., M.D., SUBBIAH S., Effect of Palliative Care Services on the Aggressiveness of End-of-Life Care in the Veteran's Affairs Cancer Population, **Journal of Palliative Medicine**, .V.14, N.11, 2011.

HILDE M BUITING, H.M., RURUP, M.L., ETHICIST, H.W., ZUYLEN, L. V., Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study, **BMJ**, 2011.

JENNIFER S. T., JESSICA M., JOSEPH A. G., VICKI A. J., PATRICIA O., WILLIAM F. P., THOMAS J. L, ANDREW J. B., Aggressiveness of Care in a Prospective Cohort of Patients With Advanced NSCLC, **American Cancer Society**, 2008.

KIKUO NAKANO, K., YOSHIDA, T., FURUTAMA, J., SUNADA, S., Quality of end-of-life care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer in general wards and palliative care units in Japan, **Support Care Cancer**, 20:883–888, 2012.

KIM, M.K., LEE, J.L., HYUN, M.S., ROK, Y., SONG, H.S, KIM, J.G., BAES, S.H., RYOO, H.M., PARK, K.U, LEE, K.H., Palliative Chemotherapy Preferences and Factors that Influence Patient Choice in Incurable Advanced Cancer, **Jpn J Clin Oncol**, 38(1)64–70, 2008.

KÜBLER E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: **Editora Martins Fontes**; 1996.

KURASHIMA A.Y., MOSCATELLO E.L.M., Paciente fora de possibilidade terapêutica. In: MOHALLEM A.G.C., RODRIGUES A.B. **Enfermagem Oncológica**. Barueri: Manole; 2007. p. 371-85.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo, **Cadernos CREMESP**, 1-I, p. 18-21, 2008.

MAGAROTTO R., LUNARDI G., COATI F., CASSANDRINI P., PICECE V., FERRIGHI S., OLIOSI L., VENTURINI, M., Reduced use of chemotherapy at the end of life in an integrated-care model of oncology and palliative care, **Oncology Department**, Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria, Negrar (VR), Italy, 2011.

MATSUMOTO, D. Y. Modelos de assistência em cuidados paliativos: hospedaria em cuidado paliativo. São Paulo: **Cadernos CREMESP**, 2008.

Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. - Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2010.

MINTZER, D.M., ZAGRABBE, K., On How Increasing Numbers of Newer Cancer Therapies Further Delay Referral to Hospice: The Increasing Palliative Care Imperative, **AM J HOSP PALLIAT CARE** 2007 24: 126.

NAPPA, N., LINDQVIST, O., RASMUSSEN, B.H., AXELSSON, B., Palliative chemotherapy during the last month of life, **Annals of Oncology** 22: 2375–2380, 2011.

PALM, R **Oncologia** IN: CALVANTI, A., GALVAO, C. – **Terapia Ocupacional - fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ROBIN MATSUYAMA, R., REDDY, S., SMITH, T.J., Why Do Patients Choose Chemotherapy Near the End of Life? A Review of the Perspective of Those Facing Death From Cancer, **Journal of clinical oncology**, V.24, N. 21, 2006.

RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA N.M.L. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Rer Bras Cancerologia**, v.56, n.4, p.431-441, 2010.

RZEZNIK C, DALL'AGNOL CM. (Re)descobrimo a vida apesar do câncer. **Rev Gaúcha Enferm.** 2000;21(n. esp):84-100.

S. T. TANG, S.T., WU, S.C., HUNG Y.N., HUANG, E.W., CHEN, J.S., LIU, T.W., Trends in quality of end-of-life care for Taiwanese cancer patients who died in 2000–2006, **Annals of Oncology** 20: 343–348, 2009.

SCHONWETTER, R.S., ROSCOE, L., MARTIN NWOSU, B.Z., KIM, S., Quality of Life and Symptom Control in Hospice Patients with Cancer Receiving Chemotherapy **Journal of Palliative Medicine**, V.9, N.3, 2006.

SEPÚLVEDA, C.; MARLIN, A.; YOSHIDA, T.; ULLRICH, A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*. New York, v.24, n.2, p. 91-96, aug. 2002.

SHEFFIELD M.S., BOYD C.A., BENARROCH-GAMPEL J., YONG-FANG KUO Y.F, CATHERINE C.D., TAYLOR S. RIAL, M.D., End-of-Life Care in Medicare Beneficiaries Dying with Pancreatic Cancer, **Cancer**, V.1, N.117(21), 2011.

TEMEL, J. S.; GREER, J. A.; MUZIKANSKY, A.; GALLAGHER, E. R.; ADMANE, S. JACKSON, V. A. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. **New England Journal of Medicine, England**, v. 363, p. 733-742, aug. 2010.

TSANG-WU LIU, T.W., CHANG, W.C., WANG, H.M., CHEN, J.S., KOONG, S.L., HSIAO, S.C., TANG, S.T., Use of chemotherapy at the end of life among Taiwanese cancer decedents, 2001 – 2006, **Acta Oncologica**, 51: 505–511, 2012.

WRIGHT A.A., ZHANG B, KEATING N. L., WEEKS J.C., PRIGERSON H.G., Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study, **BMJ**, 2014.