

Directivas anticipadas y cáncer: prácticas oncológicas en Brasil

Eni Devay de Freitas¹, Rui Nunes²

1. Universidade do Estado da Bahia, Salvador/BA, Brasil. 2. Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Resumen

Dada la escasa información sobre directivas anticipadas en Brasil, este estudio analiza si los oncólogos conocen las directivas anticipadas y si discuten el tema con sus pacientes o realizan la planificación anticipada de atención. Este es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado con oncólogos clínicos afiliados a la Sociedad Brasileña de Oncología Clínica. Se aplicó un cuestionario elaborado por los autores. Participaron 72 médicos; el 73% tenían menos de 45 años y el 56% llevaban trabajando menos de diez años en oncología. Respecto a los límites de la intervención y los cuidados al final de la vida durante el tratamiento, el 54,2% de los participantes no trataban del tema. Aunque el 67% de ellos están familiarizados con el término, no lo comentan con sus pacientes, y el 57,2% no realizan una planificación anticipada de atención. La mayoría de los oncólogos no hacen la planificación anticipada de atención ni las directivas anticipadas.

Palabras clave: Directivas anticipadas. Planificación Anticipada de Atención. Cuidados paliativos.

Resumo

Diretivas antecipadas e câncer: práticas oncológicas no Brasil

Considerando a escassez de informações sobre diretivas antecipadas no Brasil, este estudo investiga a compreensão de oncologistas quanto a diretivas antecipadas e a frequência com que discutem sobre diretivas antecipadas e planejamento antecipado de cuidados com seus pacientes. Um estudo observacional, descritivo e transversal foi conduzido com oncologistas clínicos afiliados à Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Os participantes foram convidados a responder a um questionário preparado pelos autores. No total, 72 médicos responderam ao questionário, dos quais 73% tinham menos de 45 anos de idade e 56% trabalhavam em oncologia há menos de 10 anos. Com relação aos limites de intervenção e cuidados de fim de vida durante o tratamento, 54,2% dos entrevistados relataram não discutir o assunto. Embora 67% dos oncologistas conheçam o termo diretivas antecipadas, eles não as discutem com seus pacientes e 57,2% não realizam planejamento antecipado de cuidados. A maioria dos oncologistas deste estudo não estabelece planejamento de cuidados antecipados e diretivas antecipadas para a maioria dos pacientes.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Planejamento antecipado de cuidados. Cuidados paliativos.

Abstract

Advance directives and cancer: oncology practices in Brazil

Data on advance directives in Brazil are lacking. This study aims to assess the understanding of oncologists regarding advance directives and the frequency with which they discuss advance directives and advance care planning with their patients in Brazil. This is an observational, descriptive and cross-sectional study, conducted with clinical oncologists associated with the Brazilian Society of Clinical Oncology. Participants were invited to answer a questionnaire prepared by the authors. In total, 72 physicians answered the questionnaire, of which 73% were under 45 years old and 56% worked in oncology for less than 10 years. Regarding the limits of intervention and end-of-life care during treatment, 54.2% of respondents reported not discussing it. Although 67% of oncologists know the term advance directives, they do not develop them with their patients and 57.2% do not perform advance care planning. Most oncologists in this study do not set advance care planning and advance directives for most patients.

Keywords: Advance directives. Advance care planning. Palliative care.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.
Aprobación CEP-CAAE 99488718.4.0000.0057

Las directivas anticipadas de voluntad (DAV) se regularon en Brasil en 2012, por la Resolución 1.995¹ del Consejo Federal de Medicina (CFM). Este decreto prevé el registro de DAV en historiales médicos basado en la declaración del paciente sobre el tipo de atención y tratamiento que desea o no recibir cuando ya no pueda expresar su voluntad de forma libre y autónoma. La resolución consolidó discusiones que se desarrollaban en Brasil desde 2006, cuando CFM, mediante la Resolución 1.805², reconoció los cuidados paliativos y la restricción de intervenciones médicas en enfermedades incurables, progresivas y terminales como una práctica ética y humana.

Pacientes con cáncer que establecen DAV, discuten los cuidados para el fin de la vida, la calidad de la muerte y la planificación anticipada de atención (PAC) y que más se involucran en la toma de decisiones acerca de sus cuidados tienen más probabilidades de recibir intervenciones médicas de acuerdo con sus elecciones, experimentan menos internamientos en unidades de cuidados intensivos y medidas innecesarias para prolongar la vida, y presentan tasas más altas de cuidados paliativos y muerte en el hogar³⁻⁶.

Existe una gran diferencia entre países en la frecuencia de DAV en pacientes con cáncer. Mientras hay pocos datos acerca de las DAV para la población brasileña y pacientes con cáncer en el país, en Estados Unidos, donde las discusiones acerca de las DAV se desarrollan desde la década de 1970, la frecuencia del establecimiento de DAV en pacientes con cáncer puede llegar al 88%⁷ y, en Canadá, puede alcanzar valores entre 45% y 53%^{8,9}.

Sin embargo, estudios realizados en Estados Unidos con pacientes con cáncer enseñan que, desde la década de 1990, pocos pacientes discuten la PAC con sus oncólogos (solo el 9%)¹⁰, y solamente el 7% opta por rellenar el documento de las DAV¹¹. Un estudio canadiense realizado por McDonald y colaboradores⁹ demostró una participación aún menor por parte de los oncólogos: solo el 1% de estos médicos declaró preparar las DAV con sus pacientes con cáncer.

En 1998, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)¹² realizó una investigación acerca de la capacidad de los oncólogos para comunicar malas noticias a sus pacientes, y constató que el 45% de los participantes declararon tener dificultad para hablar sobre el fin del tratamiento y empezar los cuidados paliativos, el 58% sobre ser honestos sin quitar la esperanza, y el 42% no habían recibido capacitación específica para comunicar malas noticias¹².

Desde 2012, ASCO¹³ y la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO)¹⁴ defienden la integración de los cuidados paliativos para pacientes con cáncer por parte de los oncólogos, para que los pacientes expresen sus preferencias y deseos de atención lo antes posible. ESMO¹⁴ destaca la PAC, que implica la comunicación por parte del médico, los deseos del paciente y la comprensión de cómo el paciente quiere ser tratado si pierde la capacidad de tomar una decisión, ya sea en los últimos momentos de su vida, como en una orden de no reanimar (ONR), o durante el seguimiento oncológico. Las directrices de ASCO se enfocan en pacientes oncológicos con enfermedad metastásica y pronóstico entre 6 y 24 meses de vida, y resaltan la necesidad de rellenar el documento de las DAV y de discutir, preferiblemente en las primeras ocho semanas de seguimiento, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad con estos individuos, así como sus preferencias con respecto a la atención o intervención (recibirla o no)¹⁵.

El objetivo de este estudio es evaluar la comprensión de oncólogos acerca de las DAV y la frecuencia con la que discuten la PAC y las DAV con sus pacientes.

Método

Este es un estudio descriptivo y transversal, realizado con muestreo de conveniencia formada por oncólogos clínicos miembros de la Sociedad Brasileña de Oncología Clínica (SBOC), que actúan en Brasil atendiendo a pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer. La SBOC tiene 2290 oncólogos clínicos asociados. Las invitaciones para participar del estudio se hicieron por correo electrónico a través de SBOC, junto con el Formulario de Consentimiento Libre e Informado y del cuestionario.

Los autores desarrollaron el cuestionario basado en las recomendaciones de ASCO y ESMO acerca de los cuidados paliativos, DAV y PAC¹³⁻¹⁵ para pacientes con diagnóstico de cáncer en general y cáncer de pulmón, que es representativo del cáncer avanzado, porque normalmente se diagnostica en el estadio metastásico o localmente avanzado, con un pronóstico de 6 a 24 meses de supervivencia.

El cuestionario incluyó datos acerca de los médicos, tales como edad, sexo, años de experiencia en la práctica oncológica y el local de actuación (sistema de salud público o privado). El cuestionario

evaluó la frecuencia de la práctica médica oncológica en los siguientes factores: discusión precoz del pronóstico y tratamiento del cáncer, en las primeras ocho semanas de seguimiento, para más de la mitad (>50%) de los pacientes o para menos de la mitad (\leq 50%), y para los que tienen el diagnóstico general y avanzado de cáncer de pulmón (estadios III y IV); cuestionamiento de los pacientes con cáncer avanzado sobre sus preferencias de atención en el fin de su vida y su deseo o no de limitar las intervenciones médicas; discusión con los pacientes acerca de la expresión preferencias de atención; y preparación de la PAC para más de la mitad (>50%) de los pacientes en general o menos de la mitad (\leq 50%) de los pacientes con cáncer de pulmón.

Para evaluar la comprensión de los oncólogos sobre el término DAV y su utilidad en la práctica clínica, se les solicitó que eligieran una de las cuatro declaraciones que mejor expresara su comprensión y formas de aplicación:

1. No conozco el término DAV o no sé lo que significa.
2. Conozco el término DAV, pero no las aplico en mi práctica clínica.
3. Conozco el término DAV, pero elaboro las DAV solamente para un 25% de mis pacientes.
4. Conozco el término DAV y, según la voluntad de los pacientes, las aplico en mi práctica clínica.

Se recolectaron los datos entre enero y marzo de 2020, y luego se tabularon y analizaron utilizando la versión 2010 del *software* Microsoft Excel y de la versión R4.0.4 del *software* R para Windows. Primero, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables. Las variables médicas se correlacionaron con las variables de la práctica médica oncológica, la discusión del pronóstico y tratamiento, la provisión de cuidados paliativos, el enfoque sobre las preferencias de cuidados al fin de la vida y deseo o no de limitar intervenciones médicas, y la preparación de la PAC en casos de cáncer de pulmón.

Se utilizó la prueba exacta de Fisher cuando al menos una de las frecuencias era menor que 5. Para frecuencias mayores que 5, se aplicó la prueba de chi-cuadrado. El intervalo de confianza de las pruebas fue del 95%, es decir, se rechazó la hipótesis nula cuando $p \geq 5\%$.

La investigación se realizó según la *Declaración de Helsinki*¹⁶ y el Comité de Ética en Investigación de la Universidade do Estado da Bahia (UNEB) la aprobó.

Resultados

En total, 72 oncólogos contestaron el cuestionario, el 44% de ellos (n=32) del sexo masculino y el 56% (n=40) del sexo femenino. La mayoría de los oncólogos (el 73%, n=49) tenía menos de 45 años, el 55,6% (n=40) tenían menos de 10 años de actuación profesional en oncología, y el 44,4% (n=32) actuaban en esta especialidad hace más de 10 años. En total, el 96% (n=69) de los médicos actuaban en el sistema de salud privado y el 57% (n=41) en el sistema de salud público (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil demográfico y características clínicas de los médicos

Características	n	%
Sexo		
Masculino	32	44,4
Femenino	40	55,6
Edad*		
\leq 45 años	49	73,1
>45 años	18	26,9
Experiencia		
\leq 10 años	40	55,6
>10 años	32	44,4
Actuación en el SUS		
Sí	41	56,9
No	31	43,1
Actuación en el sector privado		
Sí	69	95,8
No	03	4,2

SUS: Sistema Único de Salud; n=66

En total, el 84% (n=61) de los oncólogos afirmaron discutir diagnóstico, pronóstico y tratamiento en las primeras 8 semanas de diagnóstico con más de la mitad de los pacientes con diagnóstico general. Ese factor se relaciona con la autonomía de los pacientes, que se basa en los procesos de toma de decisiones, la aclaración de las condiciones del tratamiento, y el intercambio de informaciones relacionadas con la enfermedad. En los casos de enfermedad avanzada, el 80,5% (n=58) de los oncólogos afirmaron discutir pronóstico, tratamiento y diagnóstico con más de la mitad de los pacientes en las primeras 8 semanas de tratamiento.

La mayoría de los oncólogos (el 70,4%, n=54) declaró ofrecer cuidados paliativos para más de la mitad de los pacientes en general, aunque reciban

tratamiento antineoplásico específico. Sin embargo, la mayoría (el 54,2%, n=39) también afirmó no discutir los límites de la intervención con la mayoría de los pacientes, en el contexto de la enfermedad avanzada y de los cuidados al final de la vida; y el 57,2% afirmaron no discutir las preferencias de atención con la mayoría de los pacientes y no preparar la PAC para pacientes con cáncer de pulmón.

Acerca del término DAV, el 66,7% (n=48) de los oncólogos conocían el término, pero declararon no aplicarlas en la práctica clínica, el 8% (n=6) no conocían o no sabían lo que significaba, y el 22,2% (n=16) conocían el término y, según el deseo de los pacientes, las aplicaban en la práctica clínica. Un oncólogo (el 1,4%) relató rellenar las DAV con un 25% de sus pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de oncólogos acerca del término directivas anticipadas de voluntad

Preguntas	n (%)
1. No conozco el término directivas anticipadas de voluntad o no sé lo que significa.	6 (8,3%)
2. Conozco el término directivas anticipadas de voluntad, pero no las aplico en mi práctica clínica.	48 (66,7%)
3. Conozco el término directivas anticipadas de voluntad, pero elaboro estas directivas solamente para un 25% de mis pacientes.	1 (1,4%)
4. Conozco el término directivas anticipadas de voluntad y, según la voluntad de los pacientes, las aplico en mi práctica clínica.	16 (22,2%)

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables de los médicos y la práctica médica oncológica, como diagnóstico, pronóstico y discusión del tratamiento con pacientes con cáncer en general o avanzado. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables de los médicos y

covariables como limitación de intervenciones y cuidados al final de la vida, cuidados paliativos y PAC en casos de cáncer de pulmón. La única asociación significativa se relacionó con las DAV: conocer el término DAV y no aplicarlo en la práctica clínica, para oncólogos que actúan en el sistema de salud público ($p=0,003$) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de frecuencia de la percepción de los oncólogos acerca de las directivas anticipadas de voluntad relacionadas con las siguientes variables: sexo, grupo de edad, años de experiencia, actuación en los sistemas de salud público o privado y valor de p en la prueba exacta de Fisher

Directivas anticipadas de voluntad	N	%	N	%	N	%	N	%	p valor**
Total	6	8,3	48	66,6	1	1,4	16	22,2	
Sexo									
Masculino	3	4,2	22	30,6	0	0	6	8,3	
Femenino	3	4,2	26	36,1	1	1,4	10	13,9	0,84
Edad*									
≤45 años	5	7,5	33	49,3	1	1,5	10	14,9	0,46
>45 años	5	7,5	33	49,3	1	1,5	10	14,9	
Experiencia									
≤10 años	5	6,9	26	36,1	0	0	9	12,5	0,32
>10 años	1	1,4	22	30,5	1	1,4	7	9,7	
Actuación en el SUS									
Sí	6	8,3	46	63,9	1	1,4	15	20,8	0,99
No	0	0	2	2,8	0	0	1	1,4	

SUS: Sistema Único de Salud; *n=66; **5% de significación

Discusión

La participación de los oncólogos en nuestro estudio fue extremadamente baja, una vez que, de los 2.290 médicos vinculados a la SBOC en Brasil, solamente 72 contestaron el cuestionario (3%). El número de participantes fue el factor que más limitó este estudio. Un estudio de 2007 realizado con oncólogos americanos también demostró cómo puede ser escasa la adhesión de los médicos a investigaciones acerca de este tema: en el intento de evaluar la frecuencia con la que los oncólogos establecen DAV a través de ASCO, se enviaron 7.590 cuestionarios y solamente 614 fueron respondidos (el 8,1%)¹⁷. El pequeño tamaño de esta muestra impactó el presente estudio, limitando la capacidad de establecer conclusiones asertivas. Sin embargo, el sesgo de selección de médicos dispuestos a discutir el tema puede significar que los datos generados en este estudio serán valiosos para continuar la discusión en futuros estudios.

La mayoría de los oncólogos de este estudio tenía menos de 45 años de edad y menos de 10 años de experiencia en la práctica oncológica. A pesar de que nuestros resultados no indiquen una asociación entre las variables grupo de edad y años de experiencia y las respuestas acerca de la discusión del pronóstico, preferencia de cuidados del paciente, provisión de cuidados paliativos y limitación de intervenciones, estudios con pacientes oncológicos enseñan que una edad más joven es una barrera para la provisión del establecimiento de DAV^{18,19}. Un estudio americano con oncólogos, realizado por Sharma y colaboradores¹⁷, también demostró que la experiencia de estos profesionales en el desarrollo de sus propias DAV hace que sea más fácil y habitual discutir y rellenar las DAV de sus pacientes.

Aunque la mayoría de los oncólogos de este estudio eran mujeres, no se encontró una asociación entre la variable sexo y las diferencias en la discusión de preferencias pronósticas y asistenciales. Un estudio realizado entre 2011 y 2013 por MD Anderson Cancer Center, en Estados Unidos, identificó que mujeres oncólogas registraban la ONR en un período de tiempo menor que los oncólogos del sexo masculino, y que cuando el seguimiento de las pacientes del sexo femenino se hacía por mujeres oncólogas, este registro se hacía incluso antes de la hospitalización¹⁹.

Entre los participantes de nuestro estudio, el 67% conocían el término DAV, pero solo el 24% declararon aplicarlas en la práctica clínica. Un estudio con oncólogos realizado en Austria encontró resultados parecidos: de 172 oncólogos, el 66% no discutían las DAV con sus pacientes, la mayoría creía que discutir las no sería beneficioso para los enfermos, y el 30% temían destruir la esperanza de los pacientes al discutir las DAV. El mismo estudio también encontró que, dependiendo de la progresión de la enfermedad, solo el 66% de los oncólogos informaban a sus pacientes sobre el pronóstico en cuanto se realizaba²⁰.

En este estudio, la asociación entre conocer el término DAV y no aplicarlas en la práctica clínica ha sido significativa solo para los oncólogos que actuaban en el sistema de salud público ($p=0,03$). Este factor es importante para plantear hipótesis en estudios futuros que exploren cómo aspectos sociales, económicos, raciales y culturales se reflejan en la práctica médica, sobre todo con respecto a la autonomía de los pacientes y la expresión de las preferencias de atención de los pacientes oncológicos.

Nuestra investigación demostró que el 70,4% de los oncólogos ofrecían cuidados paliativos para la mayoría de sus pacientes con cáncer en estadio avanzado, aunque recibieran tratamientos antineoplásicos específicos. Estudios actuales, sociedades y grupos de especialistas recomiendan y demuestran que se debe integrar los cuidados paliativos lo más pronto posible tras comunicar el diagnóstico oncológico^{13-15,21,22}, debido al impacto beneficioso que tiene en diferentes aspectos del tratamiento de los pacientes: la calidad de vida, el aumento de la supervivencia, las discusiones más frecuentes sobre la toma de decisiones, y la planificación precoz de atención y preferencias para definir las DAV.

A pesar de las recomendaciones, las directrices y la política de integración de equipos de cuidados paliativos en centro oncológicos, un estudio reciente realizado con especialistas en cuidados paliativos en Canadá demostró que la mayoría de los pacientes con cáncer aún se remiten de forma tardía para los cuidados paliativos —solo el 20% de las derivaciones son precoces, es decir, de pacientes con más de 6 meses de pronóstico²³.

Un estudio realizado con oncólogos de dos centros del National Cancer Institute, en Estados Unidos, identificó tres barreras que los médicos enfrentan para remitir los pacientes a los cuidados paliativos: la sensación persistente de que los cuidados

paliativos son cuidados alternativos, incompatibles con pacientes en tratamiento antineoplásico; la idea de que los cuidados paliativos forman parte de los cuidados proporcionados por los oncólogos; y la indisponibilidad o lejanía de los servicios locales de cuidados paliativos oncológicos²⁴.

Un metaanálisis que buscó evaluar barreras cognitivas y facilitadores para oncólogos y hematólogos sobre los cuidados paliativos identificó que una de las principales era la falta de comprensión acerca de estos cuidados y su aplicabilidad. Un facilitador identificado fue la cercanía de servicios (con estructura física o programas educativos comunes) para cuidados paliativos²⁵.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de capacitación y conciencia de profesionales de la salud con respecto a la importancia de los cuidados paliativos es una de las barreras más grandes para tener conversaciones sobre malas noticias con los pacientes y para su acceso a las DAV, la PAC y los cuidados paliativos²⁶. La OMS define cuidados paliativos como los cuidados activos que mejor estructuran la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a enfermedades potencialmente mortales. Estos cuidados tienen como objetivo retomar la propuesta de la medicina como una ciencia que debe rendirse a sus límites ante la vida y la muerte.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en los campos quirúrgico y clínico de la oncología, como realizar procedimientos cada día menos invasivos y disponer de medicamentos molecularmente dirigidos y de tratamientos agnósticos que permiten la curación o el aumento de la supervivencia, el cáncer puede progresar hacia un estado de refractariedad²⁷, lo que hace inútiles las intervenciones médicas que habían modificado previamente el curso de la enfermedad, promoviendo la obstinación terapéutica.

Estudios realizados con oncólogos señalan que lo más difícil de abordar al comunicar malas noticias son los diagnósticos de cáncer avanzado o incurable, el período de supervivencia de 6 a 24 meses, la respuesta terapéutica, la existencia de períodos de progresión, la refractariedad a tratamientos y la progresión hacia una condición terminal de enfermedad o un proceso de muerte activa⁹⁻¹².

El modelo actual de capacitación médica, que etiqueta la muerte como un sinónimo de fracaso o error, fortalecido por la idea contemporánea de que la muerte es una condición indeseable y que debe evitarse siempre que sea posible o, incluso, expulsarse de la vida²⁸, alimenta un ciclo de prohibición y silenciamiento de cuestiones relacionadas con las DAV, el testamento vital y la PAC²⁹.

Consideraciones finales

Incorporar DAV y PAC a la práctica médica, según las principales sociedades oncológicas del mundo —ESMO y ASCO—, corresponde a la acción precoz de un oncólogo para establecer una comunicación efectiva que incluye escuchar, comprender y aclarar todo lo necesario para que los pacientes expresen cómo desean ser tratados y cuidados en cualquier momento durante el curso de la enfermedad y cuando estén cerca de la muerte. Informaciones y capacitación para dicha práctica son fundamentales para que los médicos puedan ofrecer este tipo de cuidado y calidad de vida para los pacientes.

La pequeña, pero representativa, muestra de oncólogos presentada en nuestro estudio afecta la posibilidad de llegar a conclusiones asertivas. Sin embargo, el sesgo de selección de médicos dispuestos a discutir el tema significa que los datos generados pueden ser valiosos para continuar este debate. El cáncer tiene una alta carga mundial de morbilidad, y afecta una parte significativa de la población en muchos países, incluso en Brasil³⁰. La mayoría de los oncólogos de este estudio declaró ofrecer cuidados paliativos y discutir diagnóstico, pronóstico y tratamientos con sus pacientes, pero también declaró no discutir los límites de las intervenciones y cuidados al fin de la vida en el contexto de la enfermedad avanzada y no realizar la PAC o establecer las DAV con la mayoría de los pacientes.

Los resultados de este estudio demuestran que cuestiones tabúes como la muerte, las DAV y la PAC pueden y deben discutirse y proporcionan informaciones importantes acerca de las percepciones y prácticas de los oncólogos, lo que puede fomentar futuros estudios.

Referencias

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 24 abr 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3DFF5JY>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 28 nov 2006 [acesso 24 abr 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3vGsJR6>
3. Enzinger AC, Zhang B, Schrag D, Prigerson HG. Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2015 [acesso 24 abr 2023];33(32):3809-16. DOI: 10.1200/jco.2015.61.9239
4. Finlay E, Shreve S, Casarett D. Nationwide veterans affairs quality measure for cancer: the family assessment for treatment end of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2008 [acesso 24 abr 2023];26(23):3838-44. DOI: 10.1200/jco.2008.16.8534
5. Houben CH, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janseen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2014 [acesso 24 abr 2023];15(7):477-89. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.01.008
6. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2007 [acesso 24 abr 2023];55(2):189-94. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x
7. Garrido MM, Balboni TA, Maciejewski PK, Bao Y, Prigerson HG. Quality of life and cost of care at the end of life: the role of advance directives. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 24 abr 2023];49(5):828-35. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.09.015
8. Caissie A, Kevork N, Hannon BL, Le WL, Zimmermann C. Timing of code status documentation and end-of-life outcomes in patients admitted to an oncology ward. *Support Care Cancer* [Internet]. 2014 [acesso 24 abr 2023];22(2):375-81. DOI: 10.1007/s00520-013-1983-4
9. McDonald JC, du Manoir JM, Kevork N, Le WL, Zimmermann C. Advance directives in patients with advanced cancer receiving active treatment: attitudes, prevalence, and barriers. *Support Care Cancer* [Internet]. 2017 [acesso 24 abr 2023];25(2):523-31. DOI: 10.1007/s00520-016-3433-6
10. Lamont EB, Siegler M. Paradoxes in cancer patients' advance care planning. *J Palliat Med* [Internet]. 2000 [acesso 24 abr 2023];3(1):27-35. DOI: 10.1089/jpm.2000.3.27
11. Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V, Kuhn L, Lamont EB, Lyckholm L *et al.* Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. *J Clin Oncol* [Internet]. 2009 [acesso 24 abr 2023];28(2):299-304. DOI: 10.1200/JCO.2009.24.6397
12. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000 [acesso 24 abr 2023];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
13. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Ethan M *et al.* American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical opinion: the integration of palliative care into standard of oncology care. *J Clin Oncol* [Internet]. 2012 [acesso 24 abr 2023];30(8):880-7. DOI: 10.1200/jco.2011.38.5161
14. Schrijvers D, Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* [Internet]. 2014 [acesso 24 abr 2023];25(supl 3):138-42. DOI: 10.1093/annonc/mdu241
15. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Temin S, Alesi ER, Balboni TA *et al.* Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017 [acesso 24 abr 2023];35(1):96-112. DOI: 10.1200/jco.2016.70.1474
16. World Medical Association. WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. 2022 [acesso 12 jul 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3AITQj1>
17. Sharma UM, Schroeder JE, Al-Hamadani M, Mathiason MA, Meyer CM, Frisby KA *et al.* An exploratory study of the use of advance directives by us oncologists. *WMJ* [Internet]. 2013 [acesso 24 abr 2023];112(4):158-61. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24734404/>

18. Brown AJ, Shen MJ, Urbauer D, Taylor J, Parker PA, Carmack C *et al.* Room for improvement: an examination of advance care planning documentation among gynecologic oncology patients. *Gynecologic Oncol* [Internet]. 2016 [acceso 24 abr 2023];142(3):525-30. DOI: 10.1016/j.ygyno.2016.07.010
19. Crosby MA, Cheng L, DeJesus AY, Travis EL, Rodriguez MA. Provider and patient gender influence on timing of do-not-resuscitate orders in hospitalized patients with cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [acceso 24 abr 2023];19(7):728-33. DOI: 10.1089/jpm.2015.0388
20. Kierner KA, Gartner V, Bartsch R, Hladschik-Kermer B, Gruber A, Hassler M *et al.* Attitudes towards palliative care in primary metastatic cancer: a survey among oncologists. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2010 [acceso 24 abr 2023];122(1-2):45-9. DOI: 10.1007/s00508-009-1295-3
21. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R *et al.* Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 [acceso 24 abr 2023];19(3):394-404. DOI: 10.1016/s1470-2045(18)30060-3
22. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E *et al.* Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 [acceso 24 abr 2023];19(11):588-653. DOI: 10.1016/s1470-2045(18)30415-7
23. Sorensen A, Wentlandt K, Le LW, Swami N, Hannon B, Rodin G *et al.* Practices and opinions of specialized palliative care physicians regarding early palliative care in oncology. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020 [acceso 24 abr 2023];28(2):877-85. DOI: 10.1007/s00520-019-04876-0
24. Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, Rabow MW, Smith CB, White DB *et al.* Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract* [Internet]. 2014 [acceso 24 abr 2023];10(2):37-43. DOI: 10.1200/jop.2013.00113
25. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C *et al.* Palliative care utilization in oncology and ematol-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [acceso 24 abr 2023];19(1):47. DOI: 10.1186/s12904-020-00556-7
26. World Health Organization. Palliative care. WHO [Internet]; 2020 [acceso 24 abr 2023]. Disponible: <https://bit.ly/44m1c5T>
27. Olick R. Taking advance directives seriously-prospective autonomy and decision near end of life. Washington: Georgetown University Press; 2001.
28. Ariès P. A história da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
29. Wentlandt K, Krzyzanowska M, Swami N, Rodin GM, Le LW, Zimmermann C. Referral practices of oncologists to specialized palliative care. *J Clin Oncol* [Internet]. 2012 [acceso 24 abr 2023];30(35):4380-6. DOI: 10.1200/jco.2012.44.0248
30. Bray F, Ferlay YJ, Soerjomataram I, Siegel RL, Lindsey A, Jemal A *et al.* Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [acceso 24 abr 2023];68(6):394-424. DOI: 10.3322/caac.21492

Eni Devay de Freitas – Magíster – enifreitas@hotmail.com

 0000-0001-5142-9091

Rui Nunes – Doctor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondencia

Eni Devay de Freitas – Universidade do Estado da Bahia. Rua Silveira Martins, 2.555, Cabula CEP 41150-000. Salvador/BA, Brasil.

Participación de los autores

Los autores contribuyeron por igual durante todo el desarrollo del proyecto.

Recibido: 6.11.2022

Revisado: 19.3.2023

Aprobado: 21.3.2023