








REVISÃO

Tratamento paliativo no contexto clínico do câncer avançado: análise de conceito

Palliative treatment in the clinical context of advanced cancer: concept analysis

HIGHLIGHTS

1. Tratamento Paliativo não é sinônimo de Cuidados Paliativos e Suporte
2. Câncer avançado é o antecedente do conceito de Tratamento Paliativo
3. Os atributos do conceito são tratamentos sistêmicos e localizados
4. Os consequentes são qualidade de vida e a sobrevida

Leonel dos Santos Silva¹ 
Luciana de Alcântara Nogueira¹ 
Raquel de Castro Figueiredo Pereira Coelho² 
Julia Luriane Hermes de Oliveira¹ 
Nicole Cünegundes de Aguiar Briedis¹ 
Luciana Martins da Rosa³ 
Luciana Puchalski Kalinke¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito de Tratamento Paliativo no contexto clínico do câncer avançado. **Método:** Análise do conceito proposto por Walker & Avant, organizada em oito etapas e operacionalizada por revisão de escopo. Busca de artigos realizada de maio a outubro de 2024 em sete fontes de dados, com limitação de dez anos. Foram apresentados os casos modelo, *borderline* e contrário. **Resultados:** Principal antecedente foi câncer avançado. Atributos incluem intervenções como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, utilizadas com ou sem o adjetivo “paliativo”. Consequentes visam a melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida. **Conclusões:** Tratamento Paliativo está ancorado no conceito de Cuidados Paliativos de Suporte, mas se limita a tratamentos com intenção não curativa, sendo centrado mais na doença e não na pessoa. O uso correto do conceito é indispensável para comunicação entre pacientes, familiares e produção acadêmica, uma vez que o Tratamento Paliativo apresenta particularidades distintas de outras abordagens.

DESCRITORES: Tratamento Paliativo; Cuidados Paliativos; Formação de Conceito; Enfermagem Oncológica; Neoplasias.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, de Oliveira JLH, Briedis NCA, da Rosa LM, et al. Tratamento paliativo no contexto clínico do câncer avançado: análise de conceito. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited “insert year, month and day”];30:e98347pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98347pt>

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²Complexo Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

Globalmente, a transição social e epidemiológica resulta em disparidades nos dados de câncer, especialmente nos países de baixa e média renda, devido a elevada incidência, mortalidade, custo econômico e limitações na oferta de tratamentos e cuidados¹⁻².

Variavelmente, 50% ou mais dos diagnósticos são realizados no estágio avançado (III) ou metastático (IV) e o tratamento não responde a intenção curativa³. No contexto do Tratamento Paliativo (TP), as pessoas e seus familiares enfrentam objetivos terapêuticos, prognósticos e de cuidados diferentes, são desafios únicos em comparação as doenças em fase inicial ou final de vida⁴.

Embora novos tratamentos tragam esperanças promissoras, a exemplo da combinação de imunoterapia no tratamento das oligo metástases, com possibilidade curativa em alguns casos⁵⁻⁶. Mesmo assim, o prognóstico é desafiado não apenas pelo tratamento, mas também pelas multimorbidades, toxicidades e condição clínica limítrofe⁶.

Tanto o TP ou curativo são direcionados sinergicamente para melhorar a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) e prolongar a sobrevida⁷⁻⁸. É recomendado que os Cuidados Paliativos e Suporte (CPS) sejam fornecidos para todas as pessoas no momento do diagnóstico de câncer avançado, na prática, ambos são raramente ou tardiamente ofertados⁷.

Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados precocemente, independente do estágio da doença ou objetivos terapêuticos e prioritariamente no TP. É uma abordagem centrada na pessoa e familiares que não se limita à doença, mas integra uma proposta de cuidados das dimensões biopsicosocioespirituais, melhorar a QVRS e sobrevida global a curto prazo^{7,9}. Por outro lado, os Cuidados de Suporte visam a prevenção, o gerenciamento dos sintomas e efeitos adversos do tratamento no *continuum* da jornada do câncer, do diagnóstico até após o tratamento, incluindo-se a oferta de educação, prevenção secundária, informações compreensíveis, reabilitação, maior sobrevida e qualidade de morte¹⁰.

Existem diversos conceitos para reportar diferentes condições clínicas, tratamentos ou cuidados, mas uma definição clara pode facilitar a compreensão mútua da sua especificidade no contexto clínico. A comunicação de conceitos imprecisos, obscurece as razões pelas quais uma pessoa estaria disposta a suportar os potenciais efeitos e toxicidades do TP¹¹.

Diante do exposto, esta pesquisa justifica-se pela existência de incompreensões conceituais sobre as condições clínicas e abordagens terapêuticas, mais evidente em países de baixa e média renda¹²⁻¹³. Análises de conceito são fundamentais na construção de uma ciência, além de contribuírem na pesquisa, são passos iniciais para criar e testar teorias, podem resultar em evidências para questões e problemas da prática de Enfermagem¹⁴⁻¹⁵.

Para tanto, esta investigação requer a resposta das seguintes questões: Qual o conceito de TP em pacientes adultos com câncer avançado? Quais são os antecedentes, atributos e consequentes do TP? Este estudo tem como objetivo analisar o conceito de Tratamento Paliativo no contexto clínico do câncer avançado para melhor compreensão, favorecer a uniformização e adequação do uso por profissionais de saúde e demais envolvidos.

MÉTODO

Revisão de escopo

Inicialmente, foi desenvolvida uma revisão de escopo, conforme delineado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI)¹⁶: na primeira etapa, identificou-se da questão e objetivo. A pergunta de pesquisa estruturada pelo mnemônico PCC (População-Conceito-Contexto) foi: Qual a definição de tratamento paliativo em adultos com câncer avançado? No Quadro 1 são apresentados os elementos, o detalhamento das estratégias e registro do protocolo estão disponíveis no Open Science Framework (<https://osf.io/xwkzg/>).

Quadro 1. Elementos da questão norteadora e estratégia de busca. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Elemento	Variáveis	Descritores selecionados/filtros
<i>P</i> (population)	Adultos	Filtros aplicados na estratégia de busca: adultos e idosos
<i>C</i> (concept)	<i>Tratamento paliativo</i>	("Palliative Therapy" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Therapeutics" OR "Palliative Oncology" OR "Palliative Nursing") [DnC]
<i>C</i> (context)	Câncer	("Neoplasms") OR ("Oncology Nursing") OR ("Medical Oncology") [MeSH/DeCS]

Detalhamento da estratégia do PubMed

#1: "Neoplasms"[Mesh]
#2: (Tumors) OR (Neoplasia) OR (Neoplasias) OR (Neoplasm) OR (Tumor) OR (Cancer) OR (Cancers) OR (Malignant Neoplasm) OR (Malignancy) OR (Malignancies) OR (Malignant Neoplasms) OR (Benign Neoplasms)
#3: "Oncology Nursing"[Mesh]
#4: (Oncologic Nurs*) OR (Oncological Nurs*) OR (Cancer Nurs*)
#5: "Medical Oncology"[Mesh]
#6: (Medical Oncology) OR (Clinical Oncology)
#7: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
#8: Palliative Therapy"[Title] OR "Palliative Treatments"[Title] OR "Palliative Treatment"[Title] OR "Palliative Therapeutics"[Title] OR "Palliative Oncology"[Title] OR "Palliative Nursing"[Title]
#9: #7 AND #8

Legenda: MeSH (*Medical Subject Headings*); DeCS (Descritor em Ciências da Saúde); DnC (Descritor não Controlado)
Fonte: Os autores (2025).

A segunda etapa, busca por estudos relevantes, foi realizada em conjunto com um bibliotecário, de maio a outubro de 2024. A estratégia foi ajustada para seis bases de dados (PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus, *Web of Science* e BVS), combinados com os operadores booleanos e descritores em todos os campos do fenômeno de interesse no título (Quadro 1). A literatura cinzenta foi limitada a pesquisa no Google®, vinculada a *websites* de organizações que veiculam informações validadas.

Os critérios de inclusão foram: estudo original, publicados entre 2014 até abril/2024, após revisão por pares, nos idiomas inglês e português. As exclusões e justificativas foram: ensaios de tratamentos, procedimentos delimitados a único tipo de câncer (visando reduzir a generalização dos resultados ou delimitar especificidades de uma

doença ou tratamento); estudos de superioridade, equivalência e não-inferioridade (pois não é objetivo avaliar eficácia); temática exclusiva de CPS e não esclarece o uso de algum TP (onde não atenderiam o objeto de estudo); relatos de casos e publicações opinativas (pela alta probabilidade de vieses).

A terceira etapa, seleção de estudos, evidencia aqueles que atenderam os critérios de elegibilidade seguindo as diretrizes PRISMA-ScR¹⁷ apresentados na Figura 1. Os artigos recuperados foram exportados para o Rayyan[®], dois revisores avaliaram de forma independente e mascarada, as discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor. Após procedida a leitura, os artigos foram selecionados para identificação dos elementos do conceito.

Na quarta etapa, análise de dados, extraiu-se com base em um instrumento adaptado da recomendação JBI, as informações para a quinta e final etapa, síntese e apresentação dos dados, em congruência com a análise de conceito. Então, a síntese dos estudos mapeados na revisão de escopo foi disponibilizada no material suplementar (<https://osf.io/cqfbj>), visto que esse método subsidiou o desenvolvimento da análise de conceito, que é o objeto deste estudo.

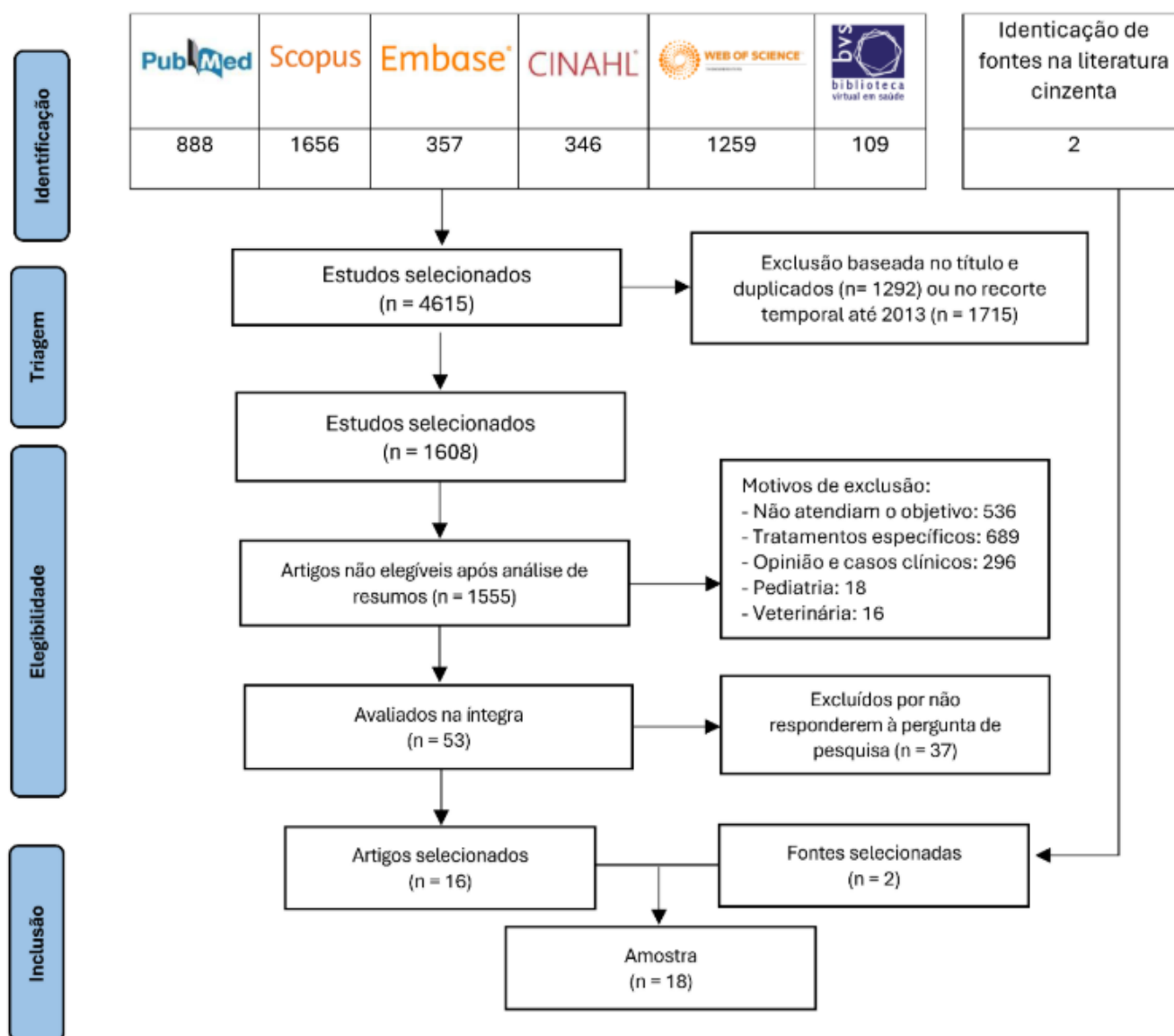


Figura 1. Fluxograma segundo critérios adaptado de PRISMA- ScR. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Fonte: Os autores (2025).

Análise de conceito

Trata-se de uma análise de conceito proposto por Walker e Avant¹⁵, um dos métodos amplamente utilizados¹⁴, composto por oito etapas com uma abordagem sistemática que possibilita a compreensão, o desenvolvimento de uma definição e a medição do fenômeno¹⁵.

Após a seleção do conceito (1ª etapa), determinou-se os objetivos da análise (2ª). Para identificar os diferentes usos do conceito (3ª) nas publicações identificadas na etapa de revisão de escopo, que subsidiou a identificação dos elementos centrais, como os atributos (4ª), construção de um caso modelo (5ª) e dos divergentes (6ª), a identificação dos antecedentes, consequentes (7ª) e dos referentes empíricos (8ª) foram localizados nos estudos que compuseram o *corpus* de análise¹⁵.

Conforme proposto no método¹⁵ é necessário identificar nos dicionários as definições do conceito, apenas nesta fase contamos com o apoio do modelo de linguagem ChatGPT (OpenAI, versão GPT-4)¹⁸, foi questionado qual a definição de tratamento, terapia, terapêutica e paliativo. Após as respostas do conteúdo gerado pela inteligência artificial¹⁸, foi rigorosamente revisado, sintetizado, parafraseado e validado pelos autores, com a finalidade de assegurar os princípios éticos em pesquisas, de acuraria e originalidade desta publicação científica.

Dispensada aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, por ser uma análise de dados secundários, sem envolvimento direto ou indireto com seres humanos.

RESULTADOS

Para clarificar a definição de TP os resultados foram apresentados de acordo com as etapas de análise de conceito de Walker e Avant¹⁵.

Seleção do conceito e determinação dos objetivos ou finalidades da análise

A escolha do conceito se deu pela frequente utilização no contexto clínico, sistemas de saúde, amplamente dialogado entre os profissionais, pacientes, familiares e pesquisas. Convém refletir sobre o adequado uso do conceito e a real disponibilização de TP ou sua utilização de modo intercambiável, como sinônimo de CPS.

A recomendação do método é que as definições de cada palavra sejam examinadas em dicionários para compreender sua real natureza¹⁵. Dada a oportuna relevância da inteligência artificial, ao se questionar a OpenAI (ChatGPT) sobre diferenças entre os termos, explica: **"tratamento"** (são ações e intervenções para curar ou aliviar uma doença, pode incluir medicamentos, cirurgias, terapias, hábitos, entre outros); **"terapia"** (intervenção específica para tratar condições físicas, emocionais, mentais ou comportamentais); e, **"terapêutica"** (campo de estudo que investiga tratamentos eficazes). **"Paliativo"** se refere a medidas, intervenções e terapias não modificadoras da doença, visam ao bem-estar biopsicossocioespiritual, a QVRS e sobrevida¹⁸.

Identificação dos possíveis usos do conceito

Nas primeiras publicações (1948) o TP foi definido como diferentes modalidades sistêmicas, direcionados e invasivas para o câncer avançado e "incurável", sem

mencionar os conceitos de CP (1960) ou CPS (1980) que surgiram posteriormente^{10,19-20}. Diferentes interpretações passaram a ser publicados, com o objetivo de dialogar com prestadores, profissionais, pacientes e familiares (Quadro 2).

Quadro 2. Exemplos de definições e usos do conceito. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Fontes/Autor (ano)		Conceito	Definição
Website	NIH/NCI ²¹	Terapia Paliativa	Tratamento administrado para ajudar a aliviar os sintomas e reduzir o sofrimento causado pelo câncer..., mas não trata e nem cura. Por exemplo, cirurgia, radioterapia ou quimioterapia podem ser administradas para remover, diminuir ou retardar o crescimento de um tumor ... pode ser administrada com outros tratamentos desde o diagnóstico até o fim da vida.
Artigos	MacManus, 2015 ²²	Tratamento e Terapias Paliativas	Tratamento paliativo é dado sem a intenção de fornecer uma cura. Terapias paliativas para câncer são, portanto, dadas sem nenhuma expectativa real de erradicar permanentemente o processo da doença causando os sintomas, embora muito raramente, sobrevivência a longo prazo e até mesmo cura ...
	Maduka et. al, 2024 ²³	Tratamento Paliativo	Subconjunto dos CP gerais, pode se concentrar especificamente na terapia ... que diminuam a carga do tumor (cirurgia, radiação e terapia sistêmica) ... associado à melhoria da QVRS e sobrevivência para uma ampla variedade de cânceres metastáticos.

Fonte: Os autores (2024).

Determinação dos atributos definidores

A definição dos atributos é uma etapa fundamental, são as características essenciais para reconhecer, diferenciar e validar sua aplicabilidade¹⁵. Foram identificadas as que responderam à questão: Quais terapias são frequentemente utilizadas no TP de pessoas com câncer avançado? Os atributos que emergiram da leitura dos estudos que compuseram o *corpus* de análise foram: as terapias sistêmicas como quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e terapia direcionada; as localizadas como a radioterapia e cirurgia; todas elas sucedidas ou não do adjetivo paliativo, indicadas individualmente ou combinadas (Quadro 3).

Cenário de Casos

A proposição dos casos é essencial para clarificar o conceito¹⁵. Foi selecionado um caso²⁴, adaptado por diferentes fases, com base na vivência dos pesquisadores, nos resultados desta análise de conceito e nas recomendações de tratamentos dos cânceres incuráveis⁷.

No **caso modelo**, uma mulher de 53 anos, tabagista, infecção por HIV 1 com adesão ao antirretroviral e enfisema pulmonar. Diagnóstico (abril/2023) de câncer de mama HER-2 +, receptores de estrogênio e progesterona positivos, estágio IV (**metástases:**

linfonodos, pele e ossos), ECOG 0, inicia primeira linha de TP (**hormonioterapia e quimioterapia paliativa**), manejado pela oncologia clínica e enfermagem. No seguimento, apresentou descontrole de dor, fadiga e medo. Trata-se de uma situação típica do mundo real e distante do ideal.

No **borderline**, devido a **progressão da doença** e ausência de resposta em diferentes linhas de TP, apresentou piora clínica (dezembro/2024), com linfedema doloroso, lesões cutâneas e ferida oncológica associada a **dor intensa** (10/10) e **sangramento**. A paciente questiona a suspensão da quimioterapia e **recusa os CPS**. Embora o conceito de TP parece ser implícito, a comunicação sobre a intenção de tratamento não foi clara, com descontrole de sintomas, piora na QVRS, relutância ou início tardio de CPS.

Já no **caso relacionado**, configura a **inserção dos CPS** desde o diagnóstico (caso modelo) até a progressão (**borderline**), assistidos por equipes transdisciplinares: **CPS**, atua no **controle sintomático** e diretivas antecipadas; **Oncologia**, indicou a **radioterapia paliativa** para **controle da dor e sangramento**; Psicologia, abordagem existencial; Enfermagem, gestão de cuidados, **QVRS** e terapia da esperança; Assistência Social, **apoio familiar**; Capelania, **suporte espiritual**. Após piora clínica e sofrimento, a transição de cuidados ambulatoriais é realizada para enfermagem, evolui a óbito, com acolhimento durante e após o luto.

Em oposição, o **caso contrário** retrata o oposto do conceito¹³. No cenário ideal, a condição clínica seria modificada com estratégias de prevenção, redução de riscos, rastreio e **diagnóstico inicial**; iniciado o **tratamento local ou sistêmico com intenção curativa, manejo dos sintomas**, a sobrevivente faria transição de cuidados e vigilância de recorrência da doença.

Identificação de antecedentes e consequentes

Os antecedentes são as causas, circunstâncias, eventos ou incidentes anteriores a existência do conceito¹⁵. Os quais responderam à pergunta: Quais antecedentes do TP no câncer? Foram identificados termos utilizadas para comunicar a progressão da doença, câncer avançado, incurável, metastático, paliativo e disseminado. Os consequentes são eventos, incidentes que resultam da existência do conceito¹⁵. Respondidos pela pergunta: Quais são os objetivos do TP em pacientes com câncer avançado? Eles foram relacionados com QVRS; sobrevivência; controle sintomas físicos e sofrimentos psicoemocionais, entre outros interdependentes com intervenções de CPS (Quadro 3).

A análise de conceito é representada no diagrama (Figura 2), de modo a abstrair os elementos centrais que a integram, baseados no *continuum* de cuidados agudos e crônicos às pessoas com câncer, composto por diferentes fases, recursos e ações^{20,40}. O câncer avançado (diagnosticado na fase metastática ou progressão de estágios iniciais) é o antecedente¹ do TP; com atributos² definidos por terapêuticas sistêmicas e locais; como consequentes³, manter a QVRS e prolongar a sobrevida. A seta azul representa os CPS que, para obtenção de melhores resultados, devem permear diferentes fases (do diagnóstico até após a morte), dependentes da integração (cone) de diferentes equipes e serviços transdisciplinares.

Quadro 3. Antecedentes, atributos e consequentes do conceito de TP. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Variáveis e identificação nos estudos	n (%)
Conceito	
Tratamento Paliativo* ^{6,22-34}	13(65)
Terapia Paliativa* ^{21-22,35-36}	4(20)
Terapêutica Paliativa* ³⁷⁻³⁸	2(10)
Tratamento Sistêmico Paliativo ³⁴	1(5)
1 Antecedentes	
Câncer avançado ^{6,25-38}	15(54)
Câncer incurável ^{6,27,29,31,34,36}	6(21)
Câncer metastático ^{6,23,27}	3(11)
Câncer paliativo ^{23,28}	2(7)
Câncer disseminado ^{23,36}	2(7)
2 Atributos	
Quimioterapia ^{6,21,23,25-27,29,31-34,36-38}	14(21)
Quimioterapia paliativa ^{22,28,30,32,34,37-38}	7(10)
Radioterapia ^{6,21,23, 25-27, 29,31,33-34,38}	11(16)
Radioterapia paliativa ^{22,31,37}	3(4)
Cirurgia ^{6,21,23,25-26,29,31,33,38}	9(13)
Cirurgia paliativa ³¹	1(1)
Hormonioterapia ^{22-23, 25,27,29,38}	6(9)
Imunoterapia ^{6,23,27,33,34,38}	6(9)
Terapia direcionada ^{6,25,27,29}	4(6)
Nenhum tratamento ^{27,29,31,33}	4(6)
Ablação e Crioterapia ²⁵	2(3)
3 Consequentes	
Qualidade de vida ^{6,21-36,38}	18(32)
Controle de sintomas físicos ^{6,21-23, 25-31,34-35,38}	14(25)
Sobrevivência ^{22-23, 26-31, 33-38}	14(25)
Sofrimento psicoemocional ^{6,27,29-30,34-35} ; (des)esperança ^{26,30} ; incerteza existencial ²⁶ e imagem corporal distorcida ³⁰	10(18)
Planejamento antecipado de cuidados/Diretivas antecipadas ³⁵⁻³⁶	2(4)
Comunicação centrada na pessoa ²⁸	1(2)
Fim da vida ^{33,36} e Qualidade de morte ³⁴	3(5)

Legenda: *Publicações em que TP é ancorado nos conceitos de CPS

Fonte: Os autores (2024).

Em resumo, uma possível definição operacional do conceito de TP refere-se a “tratamentos sistêmicos e/ou locais sem a intenção curativa, direcionado no controle da progressão da doença avançada/metastática, com objetivo de melhorar a QVRS, mitigar uma miríade de sintomas e prolongar a sobrevivência. São tratamentos complexos e gerenciados por uma equipe transdisciplinar, implementados precocemente e concomitante com o CPS”.

Definição de referenciais empíricos

São as ferramentas de medição que demonstram a ocorrência do conceito¹⁵. Baseado no modelo conceitual de QVRS, é possível mensurar seu constructo na pesquisa e na prática clínica, visto que envolve múltiplas dimensões, as quais podem ser direcionados para pessoas com câncer avançado e são afetados pelo TP.

Diferentes ferramentas são usadas no monitoramento sistemático³⁹, avaliação de sintomas físicos^{6,27,29}, psicoemocionais e cognitivos²⁹⁻³⁰, adesão ao tratamento, satisfação e autoeficácia, QVRS^{6,27,30-31}, custo-efetividade, sobrevida global³⁶, atendimento em serviços de emergência e internações hospitalares.

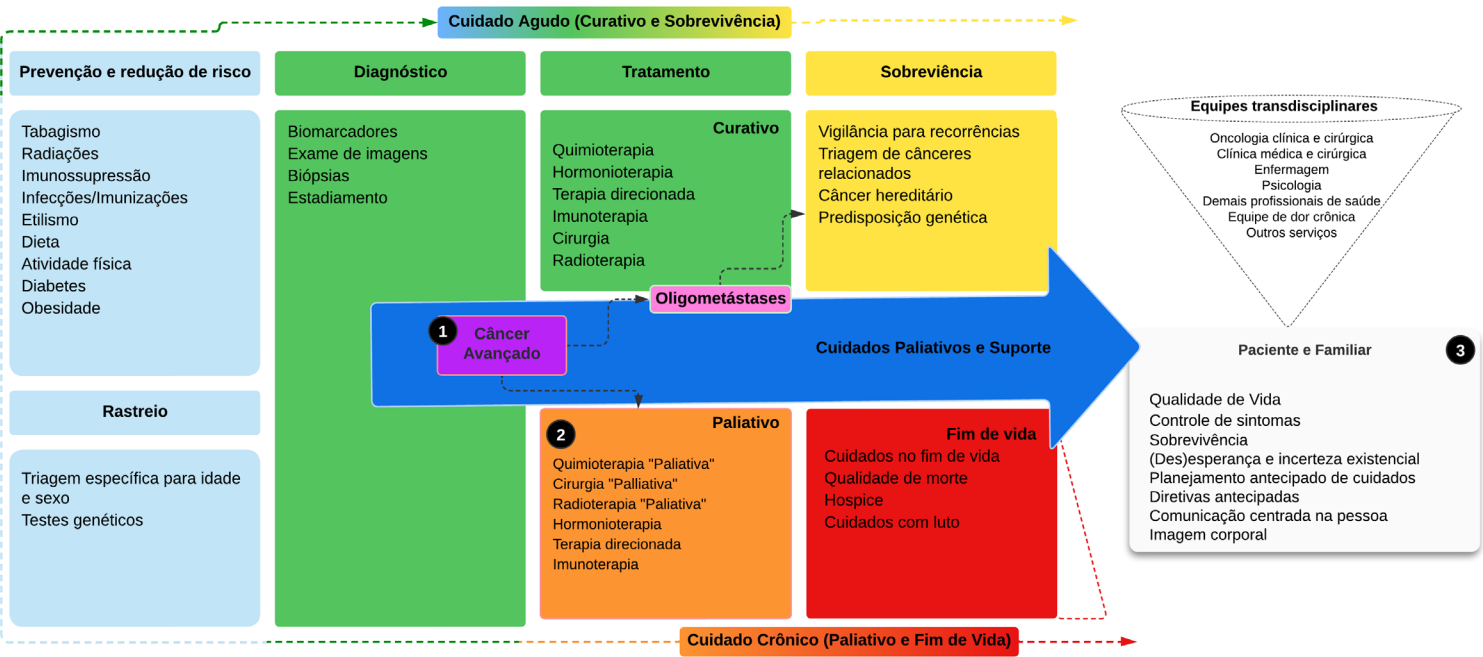


Figura 2. Antecedentes¹, atributos² e consequentes³ do conceito de Tratamento Paliativo. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Fonte: Adaptado de Scotté, Taylor, Davies (2023)²⁰; Levit et al. (2013)³⁹.

DISCUSSÃO

Na Oncologia, as modalidades de TP e CPS são relacionais, sem uma linha rígida entre elas. Uma integração coerente desses conceitos é fundamental, visto que novos tratamentos têm potencial para beneficiar pacientes elegíveis em condições clínicas limítrofes⁶. Mesmo em pessoas com câncer avançado, revisões sistemáticas¹²⁻¹³ destacam a existência de múltiplas barreiras no acesso a CPS, que incluem desde limitações na oferta, até incompreensões conceituais sobre a doença e tratamentos, principalmente nos países de baixa e média renda.

A integração precoce dos CPS no TP é amplamente recomendada, ambos compartilham objetivos de melhorar a QVRS, nem sempre implementada na prática clínica. Tal problemática é agravada pelas percepções divergentes dos pacientes e seus oncologistas quanto aos objetivos do tratamento e a comunicação de prognóstico⁴⁰⁻⁴¹. A incompreensão do conceito de TP vai além da ausência de uma definição clara de seus limites, assim como acontece com o CPS, o conceito de TP nem sempre é plenamente compreendido pelas equipes de saúde¹²⁻¹³.

Os conceitos de intensão curativa e paliativa não são antitéticos, é imperativo focar na multidimensionalidade da pessoa com câncer. Apesar do uso intercambiável, uma revisão de análises do conceito de CPS o define como “uma abordagem para aliviar o sofrimento de doenças incuráveis ou sintomas”, para melhorar a QVRS do paciente e da família⁴², prolongar a sobrevivência e ofertar apoio psicossocial e existencial⁶.

Nesta análise, TP é frequentemente ancorado no conceito de CPS, visto que a maioria das publicações são provenientes de países europeus e norte-americanos, com clarificação na integração de diferentes abordagens e serviços. É inferente afirmar que nas demais realidades, a integração é heterogênea e altamente contextual, com possibilidade de uso do conceito de CPS para reportar pacientes em TP, resultando em interpretações equivocadas⁴³.

Embora seja recomendável o uso de terminologias padronizadas, persiste entre os profissionais divergências sobre o entendimento das linhas e intenção de tratamento⁴⁴. Faz-se necessário abordar o TP com uma definição clara, seja para comunicar com os pacientes ou reportar pesquisas, elucidar se é uma abordagem de TP ou CPS, embora possam ser concomitantes⁴⁵.

Em relação aos atributos, diferentes modalidades de TP podem ser combinadas ou não com os CPS. A quimioterapia paliativa é a modalidade sistêmica mais utilizada no controle de sintomas, melhorar a QVRS e sobrevida⁷. A radioterapia paliativa auxilia na sobrevida global, no controle da dor, sangramento, sintomas e complicações metastáticas⁴⁶. Já a cirurgia paliativa, na ressecção do tumor residual *in situ*, produz alívio sintomático com objetivo terapêutico definido⁴⁵. Tratamentos com e sem o adjetivo paliativo podem resultar em terminologias ambíguas⁴⁵. Já os consequentes, evidenciam os desfechos do TP, os quais se aproxima do CPS dada as similitudes, o descontrole sintomático e a piora na QVRS são indicativos e/ou concomitante de CPS⁴⁷.

Frequentemente, três meses após o TP são evidentes as toxicidades (19%), suspensão (59%), ajustes de doses e/ou atraso do ciclo (87%) devido ao risco de morte⁴⁸, além do declínio na QVRS nos domínios físicos, emocionais, cognitivos, sociais, sofrimento psicológico e satisfação com a vida⁴⁹. Tais medidas devem ser avaliadas no *continuum* de tratamento, para que a equipe desenvolva um plano de cuidados centrados na pessoa, adaptados às necessidades individuais e ancorados em relacionamentos qualitativos, conjuntamente com os CPS⁵⁰.

Na Índia, pessoas com câncer avançado apresentaram maior escore de QVRS no seguimento ambulatorial, piora com a progressão da doença e uso de quimioterapia⁵¹. Na Europa, um estudo multicêntrico aponta que a QVRS foi significativamente associada com *performance* clínica, fadiga, dor, caquexia, anorexia, dispneia e função física⁴⁷.

Avaliar a QVRS no TP é essencial para tomada de decisão, fornecer subsídios sobre as necessidades de cuidados (atendidas ou não), desde que sejam claramente comunicados com terminologias precisas e instrumentos validados⁴. Pessoas com menor QVRS, percepções prognósticas equivocadas ou tardias, podem não receber CPS⁵².

Como limitações, há o desenvolvimento de uma análise teórica sem a constatação empírica; as limitações de bases de dados, dos estudos disponíveis e do recorte temporal que pode ter excluído pesquisas relevantes; a não inclusão de diferentes bases de literatura cinzenta; a análise de conceito, que foi embasada em estudos secundários de múltiplos delineamentos e tipos de cânceres, não se limitando a um tipo específico de câncer ou tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta análise de conceito, é possível identificar que o TP está ancorado no conceito de CPS, mas se limita a tratamentos com intenção não curativa, mais centrado na doença do que na pessoa. Os antecedentes identificados são o câncer avançado ou incurável; os atributos consistem em diferentes tratamentos sistêmicos (quimioterapia) ou locais (radioterapia e cirurgia), preferencialmente sucedido pelo adjetivo paliativo; e os consequentes visam a QVRS e prolongar a sobrevida.

As contribuições para a prática clínica, pesquisas ou educação em Oncologia decorrentes dessa análise conceitual elucidam as interrelações e sobreposições entre os conceitos de TP e CPS, esta pesquisa facilita uma compreensão clarificada do uso do conceito na complexa dinâmica do contexto clínico, para auxiliar na comunicação compreensiva com pacientes e familiares, reportar pesquisas com abordagens de tratamentos e cuidados precisos ou ensinar novos profissionais no entendimento das temáticas.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência vinculada ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI), mediante bolsa produtividade em pesquisa Chamada CNPq N° 09/2022.

REFERÊNCIAS

1. Deo SVS, Sharma J, & Kumar S. GLOBOCAN 2020 report on global cancer burden: challenges and opportunities for surgical oncologists. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];29(11):6497-500. Available from: <https://doi.org/10.1245/s10434-022-12151-6>
2. Chen S, Cao Z, Prettnner K, Kuhn M, Yang J, Jiao L, et al. estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];9(4):465-72. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826>
3. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, Coussens LM, Dive C, Emberton M, et al. Early detection of cancer. *Science* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];375:eaay9040. Available from: <https://doi.org/10.1126/science.aay9040>
4. Hart NH, Nekhlyudov L, Smith TJ, Yee J, Fitch MI, Crawford GB, et al. Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC-ASCO standards and practice recommendations. *Support Care Cancer* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];32:313. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08465-8>
5. Lim AR, Rim CH. Oligometastasis: expansion of curative treatments in the field of oncology. *Medicina* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];59(11):1934. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59111934>
6. Strang P. Palliative oncology and palliative care. *Mol Oncol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];16(19):3399-409. Available from: <https://doi.org/10.1002/1878-0261.13278>
7. Geijteman ECT, Kuip EJM, Oskam J, Lees D, Bruera E. Illness trajectories of incurable solid cancers. *BMJ* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];384:e076625. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023->

076625

8. Akoo C, McMillan K. An evolutionary concept analysis of palliative care in oncology care. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];46(2):199-209. Available from: <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000444>
9. Huo B, Song Y, Chang L, Tan B. Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: a meta-analysis and systematic review. *Eur J Cancer Care* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];31(6):e13620. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.13620>
10. Miniotti M, Botto R, Soro G, Olivero A, Leombruni P. A critical overview of the construct of supportive care need in the cancer literature: definitions, measures, interventions and future directions for research. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];21(2):215. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph21020215>
11. Kolsteren EEM, Deuning-Smit E, Chu AK, van der Hoeven YCW, Prins JB, van der Graaf WTA, et al. Psychosocial aspects of living long term with advanced cancer and ongoing systemic treatment: a scoping review. *Cancers* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];14(16):3889. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers14163889>
12. Pitzer S, Kutschar P, Paal P, Mülleder P, Lorenzl S, Wosko P, et al. Barriers for adult patients to access palliative care in hospitals: a mixed methods systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];67(1):e16-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.012>
13. Ooko F, Mothiba T, Van Bogaert P, Wens J. Access to palliative care in patients with advanced cancer of the uterine cervix in the low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];22:140 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01263-9>
14. Hellman AN. the concept analysis: an effective and important starting point in nursing research. *J Radiol Nurs* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];43(1):11–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2023.12.001>
15. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6th ed. New York: Pearson; 2019. 274 p.
16. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];18(10):2119-26. Available from: <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 4];169(7):467-73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
18. OpenAI. ChatGPT conversation with user [Internet]. San Francisco (CA): OpenAI; 2024 [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://chatgpt.com/share/481aee95-ba1b-45d4-8827-abe361616686>
19. Daland EM. Palliative treatment of the patient with advanced cancer. *JAMA* [Internet]. 1948 [cited 2025 Jan 4];136(6):391-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1948.72890230001007>
20. Scotté F, Taylor A, Davies A. Supportive care: the “keystone” of modern oncology practice. *Cancers* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];15(15):3860. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers15153860>
21. National Cancer Institute (US). NCI dictionary of cancer terms [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024 [cited 2024 Aug 4]. Palliative therapy;[about 1 screen]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/palliative-therapy>
22. MacManus M. Palliative Therapy. In: Schwab M, editor. *Encyclopedia of Cancer* [Internet]. Belim: Springer Verlag; 2016 [cited 2025 Jan 4]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-27841-9_4352-2
23. Maduka RC, Canavan ME, Walters SL, Ermer T, Zhan PL, Kaminski MF, et al. Association of patient

- socioeconomic status with outcomes after palliative treatment for disseminated cancer. *Cancer Med* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];13(9):e7028. Available from: <https://doi.org/10.1002/cam4.7028>
24. Faria C, Branco V, Ferreira P, Gouveia C, Trevas S. Total pain management and a malignant wound: the importance of early palliative care referral. *Cureus* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];13(12):e20678. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.20678>
 25. Cancer Research UK [Internet]. London: Cancer Research UK; [2024] Palliative therapy; [cited 2025 Jan 4];[about 3 screens]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment/palliative>
 26. Karlsson M, Friberg F, Wallengren C, Öhlén J. Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 4];13:28. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-28>
 27. Peters MEWJ, Goedendorp MM, Verhagen CAHHVM, van der Graaf WTA, Bleijenberg G. Severe fatigue during the palliative treatment phase of cancer an exploratory study. *Cancer Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 4];37(2):139-45. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e318291bd2d>
 28. Öhlén J, Carlsson G, Jepsen A, Lindberg I, Friberg F. Enabling sense-making for patients receiving outpatient palliative treatment: a participatory action research driven model for person-centered communication. *Palliat Support Care* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 04];14(3):212-24. Available from: <https://doi.org/10.1017/s1478951515000814>
 29. Peters MEWJ, Goedendorp MM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G, van der Graaf WTA. Fatigue and its associated psychosocial factors in cancer patients on active palliative treatment measured over time. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 4];24(3):1349-55. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2909-0>
 30. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 4];25(4):608-15. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.12521>
 31. Pilz MJ, Aaronson NK, Arraras JI, Caocci G, Efficace F, Groenvold M, et al. evaluating the thresholds for clinical importance of the EORTC QLQ-C15-PAL in patients receiving palliative treatment. *J Palliat Med* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];24(3):397-404. Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0159>
 32. Mohamed MR, Kyi K, Mohile SG, Xu H, Culakova E, Loh KP, et al. Prevalence of and factors associated with treatment modification at first cycle in older adults with advanced cancer receiving palliative treatment. *J Geriatr Oncol* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];12(8):1208-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.06.007>
 33. Kitta A, Hagin A, Unseld M, Adamidis F, Diendorfer T, Masel E, et al. The silent transition from curative to palliative treatment: a qualitative study about cancer patients' perceptions of end-of-life discussions with oncologists. *Support Care Cancer* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];29:2405-13. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05750-0>
 34. Edwards M, Holland-Hart D, Mann M, Seddon K, Buckle P, Longo M, et al. Understanding how shared decision-making approaches and patient aids influence patients with advanced cancer when deciding on palliative treatments and care: a realist review. *Health Expect* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];26(6):2109-26. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.13822>
 35. Gopichandran L, Garg R, Chalgá MS, Joshi P, Dhandapani M, Bhatnagar S. Development of mobile application-based system for improving medication adherence among cancer patients receiving palliative therapy. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];29(1):51-6. Available from: https://doi.org/10.25259/IJPC_12_2021
 36. Golombek T, Hegewald N, Schnabel A, Fries H, Lordick F. Stability of end-of-life care wishes and gender-specific characteristics of outpatients with advanced cancer under palliative therapy: a prospective observational study. *Oncol Res Treat* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];47(5):189-97. Available from:

<https://doi.org/10.1159/000538112>

37. Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 4];71(2):252-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>
38. Silva LS, Lenhane BE, Tomim DH, Guimarães PRB, Puchalski L. Quality of life of patients with advanced cancer in palliative therapy and in palliative care. *Aquichan* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 4];19(3):e1937. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.7>
39. Institute of Medicine. Levit LA, Balogh EP, Nass SJ, Ganz PA, editors. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis [Internet]. Washington (DC): The National Academies Press.; 2013[cited 2025 Jan 4]. Available from: <https://doi.org/10.17226/18359>
40. Lai-kwon J, Thorner E, Rutherford C, Crossnohere N, Brundage M. Integrating patient-reported outcomes into the care of people with advanced cancer - a practical guide. 2024 [cited 2025 Jan 4];44(3):e438512. Available from: https://doi.org/10.1200/edbk_438512
41. Paiva CE, Teixeira AC, Lourenço BM, Preto DD'A, Valentino TCO, Mingardi M, et al. Anticancer treatment goals and prognostic misperceptions among advanced cancer outpatients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];19(10):6972. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19106272>
42. Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen T Van. Palliative care: a concept analysis review. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2022 Aug 8 [cited 2025 Jan 4];8(63). Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608221117379>
43. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating palliative care into oncology care worldwide: the right care in the right place at the right time. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];24:353–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11864-023-01060-9>
44. Falchetto L, Bender B, Erhard I, Zeiner KN, Stratmann JA, Koll FJ, et al. Concepts of lines of therapy in cancer treatment: findings from an expert interview-based study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2024 May 15 [cited 2025 Jan 4];17:137. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06789-6>
45. Kopecky KE, Monton O, Arbaugh C, Purchla J, Rosman L, Seal S, et al. The language of palliative surgery: a scoping review. *Surg Oncol Insight* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];192:100053. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soi.2024.100053>
46. Williams GR, Manjunath SH, Butala AA, Jones JA. Palliative radiotherapy for advanced cancers: indications and outcomes. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];30(3):563-80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soc.2021.02.007>
47. Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 4];126(12):2872-82. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.32824>
48. Rodríguez-Gonzalez A, Carmona-Bayonas A, Hernandez San Gil R, Cruz-Castellanos P, Antoñanzas-Basa M, Lorente-Estelles D, et al. Impact of systemic cancer treatment on quality of life and mental well-being: a comparative analysis of patients with localized and advanced cancer. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];25:3492-500. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03214-5>
49. Lee EM, Jiménez-Fonseca P, Galán-Moral R, Coca-Membribes S, Fernández-Montes A, Sorribes E, et al. Toxicities and quality of life during cancer treatment in advanced solid tumors. *Curr Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];30(10):9205-16. Available from: <https://doi.org/10.3390/curroncol30100665>
50. Nolzco JI, Chang SL. The role of health-related quality of life in improving cancer outcomes. *J Clin Transl Res* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];9(2):110-4. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10171319/>
51. Dixit J, Gupta N, Katakia A, Roy P, Mehra N, Kumar L, et al. Health-related quality of life and its

determinants among cancer patients: evidence from 12,148 patients of Indian database. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2024 Mar 13 [cited cited 2025 Jan 4];22:26. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-024-02227-0>

52. Ng S, Ozdemir S. The associations between prognostic awareness and health-related quality of life among patients with advanced cancer: a systematic review. Palliat Medicine [Internet]. 2023 [cited cited 2025 Jan 4];37(6):808-23. Available from: <https://doi.org/10.1177/02692163231165325>

Palliative treatment in the clinical context of advanced cancer: concept analysis

ABSTRACT

Objective: Analyze the concept of palliative treatment in the clinical context of advanced cancer. **Method:** Analysis of the concept proposed by Walker & Avant, organized in eight stages and operationalized by scope review. Search for articles conducted from May to October 2024 in seven data sources, with a ten-year limit. The borderline and opposite model cases were presented. **Results:** The main antecedent was advanced cancer. Attributes include interventions such as chemotherapy, radiotherapy, and surgery, used with or without the adjective "palliative". Consequences aim to improve the quality of life and prolong survival. **Conclusions:** Palliative Care is anchored in the concept of Palliative Care of Support, but is limited to treatments with non-curative intent, being more focused on the disease rather than the person. The correct use of the concept is indispensable for communication between patients, family members, and academic production, since palliative treatment presents particularities distinct from other approaches.

KEYWORDS: Palliative Treatment; Palliative Care; Concept Formation; Oncology Nursing; Neoplasias.

Tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado: análisis de concepto

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto de tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado. **Método:** Análisis del concepto propuesto por Walker & Avant, organizado en ocho etapas y puesto en práctica mediante una revisión del alcance. Búsqueda de artículos realizada entre mayo y octubre de 2024 en siete fuentes de datos, con una limitación de diez años. Se presentaron los casos modelo, borderline y contrario. **Resultados:** El antecedente principal fue un cáncer avanzado. Los atributos incluyen intervenciones como la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, utilizadas con o sin el adjetivo "paliativo". Las consecuencias tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia. **Conclusiones:** El tratamiento paliativo se basa en el concepto de cuidados paliativos de apoyo, pero se limita a tratamientos sin intención curativa, centrándose más en la enfermedad que en la persona. El uso correcto del concepto es indispensable para la comunicación entre pacientes, familiares y producción académica, ya que el tratamiento paliativo presenta particularidades distintas de otros enfoques.

DESCRIPTORES: Tratamiento paliativo; Cuidados paliativos; Formación de conceptos; Enfermería oncológica; Neoplasias.

Recebido em: 04/02/2025

Aprovado em: 30/03/2025

Editor associado: Dra. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

Autor Correspondente:

Leonel dos Santos Silva

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, nº632, Curitiba, Paraná

E-mail: leoneldss@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, de Oliveira JLH, Briedis NCA, Kalinke LP. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, da Rosa LM, Kalinke LP.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Silva LS, Kalinke LP.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).