



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos



PRÁTICAS INTEGRADAS E HUMANIZADAS EM CUIDADOS PALIATIVOS



Ciência, dignidade, acolhimento e atuação
multiprofissional para **transformar o cuidado.**



Comunicação
sensível



Cuidado
integral



Qualidade
de vida



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos



SOBRE A OBRA



Esta obra reúne reflexões e evidências sobre práticas integradas e humanizadas em cuidados paliativos, com enfoque na dignidade, na qualidade de vida, no acolhimento e na atuação multiprofissional.

Vinculado ao I Congresso Regional de Práticas e Cuidados Paliativos (CORPAL), o e-book apresenta capítulos que discutem a integração precoce dos cuidados paliativos na oncologia, a humanização no fim de vida e a contribuição da oncogenética para o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade por câncer.



Comunicação
sensível



Cuidado
integral



Qualidade
de vida

Editora
Cognitus

Volume 1 • 1ª edição • 2026



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Palliativos

EXPEDIENTE EDITORIAL

Título:	Práticas integradas e humanizadas em cuidados paliativos: ciência, dignidade, acolhimento e atuação multiprofissional para transformar o cuidado
Vinculação institucional:	I Congresso Regional de Práticas e Cuidados Palliativos (CORPAL)
Editora:	Editora Cognitus
Edição:	1º edição
Volume:	1
Ano:	2026
Idioma:	Português
Formato:	E-book

P912

Práticas integradas e humanizadas em cuidados paliativos : ciência, dignidade, acolhimento e atuação multiprofissional para transformar o cuidado / I Congresso Regional de Práticas e Cuidados Palliativos (CORPAL). — 1. ed. — Teresina, PI : Editora Cognitus, 2026.

1 recurso digital : il. color.

Inclui referências bibliográficas.

ISBN: 978-65-83818-36-2

1. Cuidados paliativos. 2. Humanização da assistência. 3. Oncologia. 4. Saúde pública. 1. Congresso Regional de Práticas e Cuidados Palliativos (CORPAL). 11. Título.

CDD 362.1756



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Pallativos

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO CIENTÍFICA

A presente obra contou com a colaboração
dos seguintes avaliadores:

1



Igor Domingos dos Anjos

2



Elayne JeYssa Alves Lima

3



Mateus Henrique Dias Guimarães

4



Celso Chaves Adão Filho

Ciência

Dignidade

Acolhimento

Transformação

Editora

Cognitus



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

Apresentação



Este e-book reúne produções vinculadas ao I Congresso Regional de Práticas e Cuidados Paliativos (CORPAL), evento dedicado à valorização da ciência, da dignidade, do acolhimento e da atuação multiprofissional no cuidado a pessoas com condições ameaçadoras da vida. A obra foi concebida para ampliar o debate acadêmico e profissional sobre os cuidados paliativos, oferecendo reflexões atuais e socialmente relevantes.

Os capítulos aqui apresentados abordam temas estratégicos, como a integração precoce dos cuidados paliativos na oncologia, as práticas humanizadas no processo de fim de vida e a oncogenética como instrumento para o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade por câncer. Espera-se que esta publicação contribua para fortalecer o cuidado centrado na pessoa, qualificar decisões em saúde e inspirar práticas mais sensíveis, integrais e transformadoras.





CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

SUMÁRIO



Capítulo 1 — Integração precoce dos cuidados paliativos na oncologia: impactos na qualidade de vida de pacientes com câncer avançado 1



Capítulo 2 — Práticas humanizadas em cuidados paliativos: contribuições para a dignidade no processo de fim de vida 14



Capítulo 3 — Oncogenética e saúde pública: estratégias para o diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer 30

Volume 1 • 1ª edição 2026

Editora
Cognitus



INTEGRAÇÃO PRECOCE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO

Maurino Bertoldo Silva¹

¹ Graduado em Psicologia, UNIVALE. maurino bertoldo@yahoo.com.br

RESUMO

A integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico tem sido proposta como estratégia para qualificar o cuidado de pessoas com câncer avançado. Este estudo objetivou analisar os impactos dessa integração na qualidade de vida, no controle de sintomas, no suporte emocional e na tomada de decisões. Trata-se de revisão integrativa elaborada a partir de 129 registros bibliográficos disponibilizados pelos autores. Após triagem, 16 publicações compuseram a síntese principal. Predominaram ensaios clínicos randomizados realizados em adultos com neoplasias avançadas. Os achados apontaram que modelos estruturados, multiprofissionais e iniciados desde o diagnóstico de incurabilidade ou no começo do tratamento paliativo podem melhorar a qualidade de vida, reduzir dor, fadiga e sofrimento psicossocial, ampliar o planejamento antecipado do cuidado e diminuir a utilização de serviços de urgência e hospitalizações. Entretanto, os efeitos foram heterogêneos e dependeram da intensidade da intervenção, do contexto assistencial e da articulação com os serviços de oncologia. Conclui-se que a integração precoce constitui componente estratégico do cuidado oncológico centrado na pessoa, desde que vinculada à triagem sistemática de necessidades, comunicação qualificada e coordenação interdisciplinar.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Neoplasias; Qualidade de Vida; Saúde Oncológica; Tomada de Decisões.

ABSTRACT

Early integration of palliative care into oncology has been proposed as a strategy to improve the care of people with advanced cancer. This study aimed to analyse its effects on quality of life, symptom control, emotional support, and decision-making. This integrative review was developed from 129 bibliographic records provided by the authors. After screening, 16 publications comprised the main synthesis. Randomized controlled

trials in adults with advanced malignancies predominated. Findings indicated that structured, multidisciplinary models initiated at the diagnosis of incurability or at the beginning of palliative treatment may improve quality of life, reduce pain, fatigue, and psychosocial distress, enhance advance care planning, and decrease emergency visits and hospitalizations. However, effects were heterogeneous and depended on intervention intensity, care setting, and integration with oncology services. Early palliative care should be considered a strategic component of person-centred oncology, supported by systematic needs screening, qualified communication, and interdisciplinary care coordination.

Keywords: Decision Making; Neoplasms; Palliative Care; Quality of Life; Supportive Care.

1 INTRODUÇÃO

O câncer avançado costuma ser acompanhado por sintomas físicos, sofrimento emocional, mudanças funcionais e necessidades sociais que se modificam ao longo da trajetória terapêutica. Em estudo multicêntrico com pessoas diagnosticadas com câncer incurável, Vogt *et al.* (2021) identificaram elevada frequência de sofrimento emocional, sintomas e necessidades de suporte já no momento do diagnóstico, o que evidencia a insuficiência de restringir a abordagem paliativa aos últimos dias de vida.

Os cuidados paliativos compreendem uma abordagem voltada ao alívio do sofrimento e à preservação da qualidade de vida, devendo atuar de modo concomitante ao tratamento oncológico quando há necessidades complexas. Apesar de a expressão “integração precoce” ser amplamente utilizada, seus componentes variam entre estudos quanto ao momento de início, profissionais envolvidos, frequência das consultas e serviços acionados, o que dificulta comparações diretas entre modelos de intervenção (Nadolny *et al.*, 2023; Blair *et al.*, 2026).

Na prática clínica, a integração precoce pode abranger avaliação de sintomas, apoio psicossocial, reabilitação, comunicação sobre prognóstico, planejamento antecipado do cuidado, suporte à família e articulação entre atenção hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Modelos intersetoriais descritos na literatura indicam que coordenação, definição de responsabilidades, capacitação profissional e rastreamento

longitudinal de necessidades são elementos decisivos para viabilizar essa integração (Swenne *et al.*, 2024).

A expectativa de benefícios não elimina desafios importantes. A associação dos cuidados paliativos exclusivamente à terminalidade, o receio de reduzir expectativas terapêuticas, a comunicação insuficiente e a fragmentação dos serviços podem retardar encaminhamentos e limitar o acesso oportuno. Pacientes e familiares frequentemente relatam percepções iniciais negativas sobre a abordagem paliativa, enquanto profissionais apontam barreiras organizacionais e culturais para sua implementação rotineira (Zimmermann *et al.*, 2016; Zhi; Smith, 2015).

Diante da heterogeneidade dos programas existentes e da necessidade de qualificar decisões clínicas e organizacionais, torna-se necessário sintetizar evidências que relacionem a integração precoce aos resultados valorizados por pacientes com câncer avançado. Assim, este capítulo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: quais são os impactos da integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico na qualidade de vida, no controle de sintomas, no suporte emocional e na tomada de decisões de pacientes com câncer avançado?

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a integração precoce dos cuidados paliativos na oncologia, considerando seus impactos na qualidade de vida, no manejo de sintomas, no suporte emocional e na tomada de decisões de pacientes com câncer avançado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e síntese narrativa, desenvolvida para reunir e interpretar evidências sobre a integração precoce dos cuidados paliativos na assistência oncológica de pessoas com câncer avançado. A questão de pesquisa foi: quais são os impactos da integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico na qualidade de vida, no controle de sintomas, no suporte emocional e na tomada de decisões de pacientes com câncer avançado?

A estratégia de busca informada para a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi: (“Cuidados Paliativos” OR “Palliative Care” OR “Early Palliative Care” OR “Cuidados

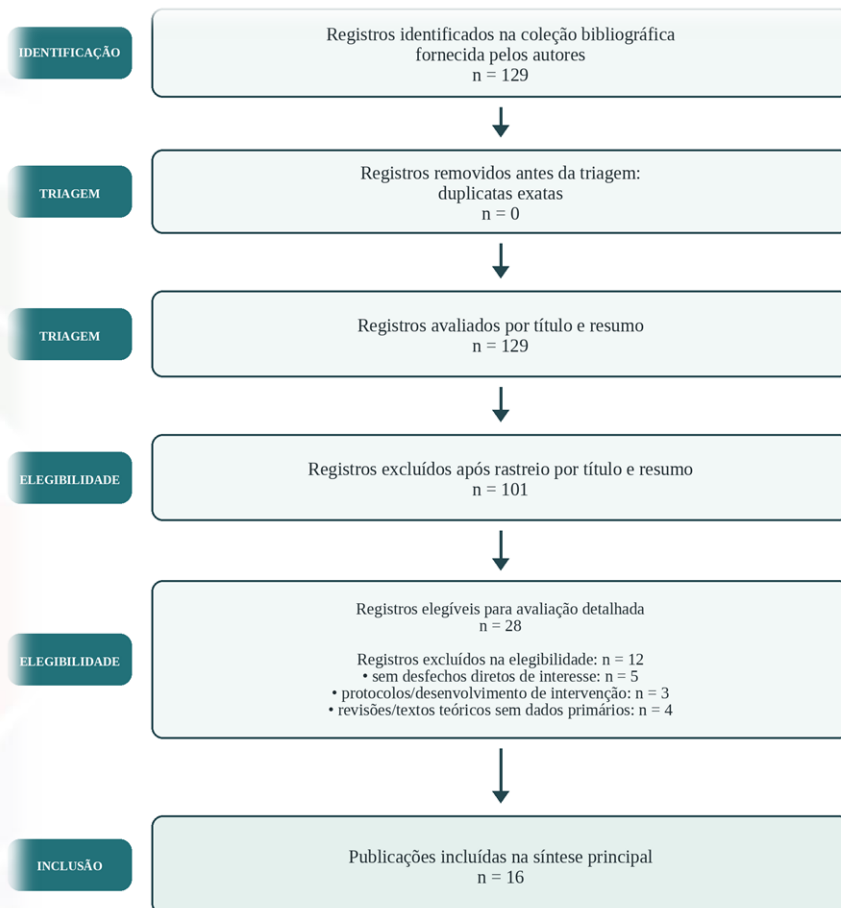
de Fim de Vida”) AND (“Neoplasias” OR “Câncer” OR “Neoplasms” OR “Advanced Cancer”) AND (“Qualidade de Vida” OR “Quality of Life” OR “Controle de Sintomas” OR “Symptom Management” OR “Apoio Emocional” OR “Emotional Support” OR “Tomada de Decisão” OR “Decision Making”). O protocolo contemplou a BVS, MEDLINE/PubMed, LILACS, BDNF, SciELO e Cochrane Library. Entretanto, na exportação bibliográfica disponibilizada, predominavam registros classificados como MEDLINE; portanto, não foi possível reconstruir a distribuição original de resultados por cada base.

A seleção foi realizada em julho de 2026, exclusivamente sobre os 129 registros bibliográficos fornecidos, sem atualização independente das buscas. Foram incluídas publicações entre 2014 e 2026, em inglês, que apresentaram adultos com câncer avançado, integração precoce de cuidados paliativos ou suporte multiprofissional associado à oncologia e resultados diretamente relacionados à qualidade de vida, sintomas, sofrimento emocional, comunicação, planejamento antecipado ou intensidade do cuidado. Foram excluídos estudos pediátricos, protocolos sem resultados, revisões, editoriais, textos teóricos, estudos sem relação direta com a integração precoce e registros sem dados suficientes para responder à questão de pesquisa.

A triagem foi conduzida por títulos, resumos e metadados disponíveis. Não foram identificadas duplicatas exatas por título ou DOI. Após o rastreamento, 28 registros foram avaliados quanto à aderência metodológica e aos desfechos, dos quais 16 publicações foram incluídas na síntese narrativa. Dois relatórios do estudo ALLAN descreveram desfechos distintos da mesma coorte randomizada; por isso, a amostra correspondeu a 15 estudos independentes.

Os dados extraídos abrangeram autor, ano, tipo de estudo, população, intervenção e principais resultados. A síntese foi organizada nas categorias: qualidade de vida e controle de sintomas; suporte emocional e enfrentamento; comunicação e tomada de decisões; e implicações organizacionais para a integração do cuidado.

Fluxograma 1 - Seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese principal incluiu 16 publicações. As pesquisas foram publicadas entre 2014 e 2026 e envolveram diferentes neoplasias e cenários assistenciais. Predominaram ensaios clínicos randomizados, acompanhados de estudos de viabilidade, métodos mistos, análise retrospectiva e estudos prospectivos. A maioria avaliou intervenções iniciadas no diagnóstico de doença incurável, no começo da quimioterapia paliativa ou nas primeiras semanas de tratamento oncológico.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra principal. Observa-se diversidade de modelos de cuidado, incluindo consulta especializada periódica,



reabilitação paliativa, atenção domiciliar, navegação de pacientes, intervenções psicossociais e planejamento antecipado do cuidado. A heterogeneidade de populações, instrumentos e momentos de avaliação inviabilizou a combinação quantitativa dos resultados, justificando a síntese narrativa.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na síntese principal

Autor/Ano e contexto	Delineamento, população e intervenção	Principais achados, limitações e contribuição
Bojesson <i>et al.</i> (2024; 2026) Suécia n=118	Ensaio clínico randomizado; câncer gastrointestinal avançado. Cuidados paliativos especializados domiciliares precoces associados ao tratamento tumoral.	Aos 24 semanas, a qualidade de vida foi maior no grupo intervenção. Houve menos visitas à emergência, hospitalizações e dias de internação. Dois artigos relataram a mesma coorte; resultados aplicáveis sobretudo a câncer gastrointestinal.
Varshney <i>et al.</i> (2026) Índia n=110	Ensaio clínico randomizado; mulheres com câncer de mama. Suporte precoce com manejo de sintomas, aconselhamento psicossocial e educação.	Maior redução da carga sintomática, com menos fadiga e dor, além de menor estresse financeiro e maior satisfação. Seguimento de três meses e centro único limitam generalização.
Casellas-Grau <i>et al.</i> (2026) Espanha n=186	Ensaio clínico randomizado; participantes de estudos clínicos fase I. Encaminhamento estruturado para psicologia, serviço social e cuidados paliativos.	Menor escore de sintomas e menor necessidade psicossocial no grupo intervenção. Benefício sociofamiliar foi mais restrito a itens de distância e orientação.
Siegle <i>et al.</i> (2022) Alemanha n=171	Avaliação de métodos mistos com ensaio pragmático; câncer de pulmão e prognóstico limitado. Abordagem longitudinal de comunicação por marcos clínicos.	A comunicação sobre prognóstico e planejamento antecipado exigiu respeito à prontidão do paciente. Não foram observadas diferenças claras em sofrimento, humor ou qualidade de vida.
Chen <i>et al.</i> (2022) China n=120	Ensaio clínico randomizado; câncer de pulmão não pequenas células recém-diagnosticado. Cuidados paliativos interdisciplinares precoces pelo modelo WARM.	Melhor qualidade de vida, menor frequência de sintomas depressivos e melhor estado nutricional. Houve perdas de seguimento em ambos os grupos.
Nottelmann <i>et al.</i> (2021) Dinamarca n=279	Ensaio clínico randomizado; câncer avançado recém-diagnosticado. Reabilitação paliativa precoce com consultas especializadas e programa interdisciplinar.	Melhora estatisticamente significativa no problema prioritário de qualidade de vida. O efeito foi de pequena magnitude, porém clinicamente direcionado à necessidade individual.
Brandes <i>et al.</i> (2021) Alemanha n=34	Análise retrospectiva; sarcoma de partes moles avançado. Internação em unidade de cuidados paliativos especializados.	Redução de dor, escore global de sintomas e estresse. Estudo não controlado e realizado em centro único, mas reforça a necessidade de identificação precoce de alto risco sintomático.
Soto-Perez-de-Celis <i>et al.</i> (2021) México n=134	Ensaio clínico randomizado; tumores metastáticos até seis semanas do diagnóstico. Navegação do paciente e equipe multidisciplinar de suporte.	Mais intervenções de suporte, mais diretas antecipadas e menos dor moderada/grave. Não houve diferença na qualidade de vida em 12 semanas.



Autor/Ano e contexto	Delineamento, população e intervenção	Principais achados, limitações e contribuição
Dhollander <i>et al.</i> (2020) Bélgica n=30	Estudo fase II de métodos mistos; câncer avançado. Atenção paliativa domiciliar precoce integrada ao tratamento oncológico.	Pacientes relataram maior segurança, controle e qualidade de vida. Cuidadores apontaram necessidade de maior atenção; delineamento pré-pós sem grupo controle.
Slama <i>et al.</i> (2020) República Tcheca n=126	Ensaio clínico randomizado; tumores sólidos avançados. Consulta com médico paliativista a cada seis a oito semanas.	Não houve diferença significativa em qualidade de vida, ansiedade, depressão ou sobrevida. A intensidade isolada da intervenção pode ter sido insuficiente em centro com suporte já amplo.
Park <i>et al.</i> (2019) Coreia do Sul n=64 elegíveis	Estudo prospectivo; pacientes iniciando quimioterapia paliativa de primeira linha. Aplicação precoce de diretiva antecipada.	A adesão foi viável e não piorou ansiedade, depressão, qualidade de vida ou atitude frente à quimioterapia. Evidência focada em aceitabilidade.
Vanbutsele <i>et al.</i> (2018) Bélgica n=186	Ensaio clínico randomizado; tumores sólidos avançados. Integração precoce e sistemática de cuidados paliativos ao tratamento oncológico.	Qualidade de vida global superior em 12 semanas, inclusive em cenário com atenção psicossocial oncológica já disponível. Perdas de seguimento são inerentes ao contexto avançado.
Greer <i>et al.</i> (2018) Estados Unidos n=350	Análise secundária de ensaio clínico; câncer de pulmão ou gastrointestinal incurável. Integração precoce de oncologia e cuidados paliativos.	Maior enfrentamento orientado à aproximação mediou melhores resultados de qualidade de vida e menos sintomas depressivos. Análise mecanística secundária.
Costantini <i>et al.</i> (2018) Itália n=40 com primeira visita	Estudo fase II de métodos mistos; câncer respiratório ou gastrointestinal metastático. Cuidados paliativos especializados precoces em ambulatório.	Alta aceitação por pacientes e familiares; utilidade percebida para sintomas, informação e enfrentamento. Oncologistas relataram desafios na comunicação e coordenação.
Rugno <i>et al.</i> (2014) Brasil n=87	Estudo prospectivo comparativo; câncer de mama ou ginecológico avançado. Modelo integrado versus cuidado tradicional antes da suspensão do tratamento antineoplásico.	Melhor qualidade de vida, menos depressão e comunicação mais fluida no modelo integrado. Também houve menor quimioterapia nas últimas seis semanas de vida.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos estudos incluídos (2026).

Qualidade de vida e controle de sintomas

Os estudos randomizados indicaram benefício mais consistente quando a intervenção foi estruturada, multiprofissional e incorporada de modo contínuo ao cuidado oncológico. No estudo ALLAN, a integração precoce de cuidados paliativos domiciliares a pacientes com câncer gastrointestinal avançado associou-se a melhora significativa da qualidade de vida em 24 semanas e a redução de atendimentos de urgência, internações e dias hospitalares (Bojesson *et al.*, 2024; Bojesson *et al.*, 2026). Resultados favoráveis também foram observados em câncer de mama, câncer de pulmão não pequenas células

e reabilitação paliativa, com redução de fadiga, dor e carga sintomática, além de melhora de qualidade de vida ou do problema prioritário relatado pelo paciente (Varshney *et al.*, 2026; Chen *et al.*, 2022; Nottelmann *et al.*, 2021).

A redução de sintomas não foi uniforme em todos os desenhos. A navegação de pacientes aumentou o acesso a intervenções de suporte e reduziu a dor moderada ou intensa, mas não demonstrou diferença de qualidade de vida em 12 semanas (Soto-Perez-de-Celis *et al.*, 2021). No estudo PALINT, consultas paliativas médicas isoladas a cada seis ou oito semanas não produziram melhora significativa em qualidade de vida, ansiedade ou depressão, o que reforça que o encaminhamento precoce, sem densidade interdisciplinar suficiente, pode não ser capaz de modificar resultados centrados no paciente (Slama *et al.*, 2020). Em sarcoma de partes moles, a intervenção paliativa especializada reduziu dor, estresse e carga sintomática, embora os achados sejam provenientes de coorte retrospectiva sem comparador (Brandes *et al.*, 2021).

Suporte emocional, enfrentamento e necessidades psicossociais

O suporte emocional emergiu como dimensão transversal da integração precoce. Em participantes de estudos clínicos fase I, o encaminhamento estruturado para cuidados paliativos, psicologia e serviço social reduziu a carga de sintomas e as necessidades psicossociais quando comparado ao cuidado padrão (Casellas-Grau *et al.*, 2026). Em câncer de pulmão, a integração interdisciplinar foi acompanhada por menor frequência de sintomas depressivos e melhor qualidade de vida (Chen *et al.*, 2022).

A análise secundária conduzida por Greer *et al.* (2018) sugere um possível mecanismo para esses resultados: a integração precoce favoreceu estratégias de enfrentamento orientadas à aproximação, associadas a maior qualidade de vida e menor intensidade de sintomas depressivos. Em programas domiciliares e ambulatoriais, pacientes e familiares relataram percepção de segurança, controle, melhor compreensão da situação clínica e apoio para lidar com sintomas, embora tenham sido identificadas lacunas na inclusão sistemática de cuidadores e na comunicação entre profissionais (Dhollander *et al.*, 2020; Costantini *et al.*, 2018).

Comunicação, planejamento do cuidado e decisões terapêuticas

A integração precoce favoreceu a antecipação de temas sensíveis sem evidência de agravamento do sofrimento emocional. A aplicação de diretiva antecipada no início da quimioterapia paliativa mostrou-se viável e não modificou negativamente ansiedade, depressão, qualidade de vida ou atitude frente ao tratamento (Park *et al.*, 2019). No estudo de navegação, 48% dos participantes elegíveis completaram diretivas antecipadas, enquanto não houve conclusão no grupo de cuidado usual (Soto-Perez-de-Celis *et al.*, 2021).

Em mulheres com câncer de mama ou ginecológico avançado, o modelo integrado associou-se a melhor comunicação, menor depressão e menor uso de quimioterapia nas seis últimas semanas de vida (Rugno *et al.*, 2014). Entretanto, a comunicação sobre prognóstico e planejamento antecipado deve considerar a prontidão individual. A avaliação de uma abordagem estruturada por marcos de comunicação mostrou que parte dos pacientes desejava discutir precocemente esses temas, ao passo que outros preferiam adiar a conversa, sem diferenças consistentes em sofrimento, humor ou qualidade de vida (Siegle *et al.*, 2022).

Os achados desta revisão indicam que os efeitos da integração precoce dos cuidados paliativos não decorrem apenas do momento do encaminhamento, mas do conteúdo e da organização da intervenção. Os modelos com resultados mais favoráveis combinaram avaliação regular de sintomas, comunicação, apoio psicossocial, envolvimento de mais de uma categoria profissional e coordenação com a oncologia. Essa interpretação converge com sínteses que descrevem a integração precoce como intervenção complexa e heterogênea, cuja efetividade depende da articulação entre componentes clínicos, relacionais e organizacionais (Blair *et al.*, 2026; Nadolny *et al.*, 2023).

A melhora de qualidade de vida observada em vários ensaios deve ser interpretada à luz da intensidade e do contexto do cuidado. Intervenções como reabilitação paliativa, cuidado domiciliar especializado e suporte multidisciplinar incorporam ações contínuas voltadas a problemas identificados pelo próprio paciente. Em contraste, a ausência de diferença no PALINT sugere que consultas pouco frequentes e centradas em um único

profissionais podem acrescentar pouco em serviços que já dispõem de suporte oncológico amplo (Slama *et al.*, 2020; Nottelmann *et al.*, 2021; Bojesson *et al.*, 2024).

A dimensão emocional também precisa ser tratada como desfecho clínico. Estratégias de enfrentamento, compreensão do prognóstico, esperança realista e suporte aos cuidadores influenciam a experiência de viver com doença avançada. A percepção de que cuidados paliativos significam exclusivamente morte iminente pode gerar medo e retardar a adesão; por isso, sua apresentação deve enfatizar continuidade, alívio de sintomas e qualidade de vida desde o início da trajetória terapêutica (Greer *et al.*, 2018; Zimmermann *et al.*, 2016).

A tomada de decisões mostrou-se favorecida quando os profissionais introduzem, de modo progressivo, conversas sobre metas de cuidado, preferências e diretivas antecipadas. Essas conversas não devem obedecer a um roteiro rígido, pois a receptividade varia entre pacientes e fases da doença. A participação dos cuidados paliativos pode qualificar o diálogo entre paciente, família e equipe, respeitando o direito de receber ou postergar informações prognósticas (Dillon *et al.*, 2021; Siegle *et al.*, 2022).

Do ponto de vista dos serviços, o rastreamento precoce de sintomas e necessidades é condição para reduzir encaminhamentos tardios. Dados observacionais mostram alta prevalência de sofrimento e necessidades não atendidas no diagnóstico de câncer incurável, assim como associação entre comunicação tardia de necessidades paliativas e maior agressividade do cuidado no fim da vida (Vogt *et al.*, 2021; Goldwasser *et al.*, 2018). A operacionalização desse modelo exige fluxos de referência definidos, responsabilidade compartilhada, capacitação das equipes e superação de barreiras institucionais e culturais que ainda mantêm os cuidados paliativos dissociados da oncologia (Swenne *et al.*, 2024; Zhi; Smith, 2015).

Esta revisão apresenta limitações. Os estudos diferiram quanto ao tipo de câncer, estágio clínico, composição das equipes, frequência das intervenções, instrumentos de desfecho e tempo de seguimento. Além disso, a seleção foi realizada a partir dos títulos, resumos e metadados disponíveis na coleção bibliográfica fornecida; portanto, não foram aplicados instrumentos formais de avaliação de risco de viés. Apesar dessas limitações, a consistência dos resultados favoráveis em múltiplos cenários indica que a integração

precoce merece ser incorporada ao planejamento assistencial e à gestão da linha de cuidado oncológica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico pode melhorar a qualidade de vida, reduzir sintomas físicos e sofrimento psicossocial, favorecer o planejamento antecipado e tornar o cuidado menos dependente de atendimentos de urgência e hospitalizações. Os benefícios foram mais evidentes em modelos estruturados, multiprofissionais, centrados nas necessidades do paciente e iniciados no diagnóstico de incurabilidade ou no começo do tratamento paliativo. A comunicação deve ser contínua, individualizada e compartilhada com familiares, de modo a apoiar decisões coerentes com valores e preferências. Como implicação prática, recomenda-se a implantação de rastreio sistemático de sintomas e necessidades, fluxos de encaminhamento oportuno e ações de educação permanente para equipes oncológicas. Futuras pesquisas devem comparar componentes e intensidades de intervenção, avaliar resultados em diferentes contextos de recursos e incluir medidas centradas em pacientes e cuidadores.

REFERÊNCIAS

- BLAIR, Carolyn; BRADLEY, Natasha; O'HALLORAN, Peter *et al.* A realist synthesis of integrated palliative care and oncology: Synopsis. *Health Soc Care Deliv Res*, v. 14, n. 23, p. 1-100, 2026. DOI: 10.3310/GJJR3630.
- BOJESSON, A.; BRUN, E.; EBERHARD, J. *et al.* The ALLAN trial: impact of early home-based palliative care on emergency care and hospitalisation in advanced gastrointestinal cancer patients. *Br J Cancer*, v. 135, n. 2, p. 248-254, 2026. DOI: 10.1038/s41416-026-03444-8.
- BOJESSON, Anders; BRUN, Eva; EBERHARD, Jakob *et al.* Quality of life for patients with advanced gastrointestinal cancer randomised to early specialised home-based palliative care: the ALLAN trial. *Br J Cancer*, v. 131, n. 4, p. 729-736, 2024. DOI: 10.1038/s41416-024-02764-x.
- BRANDES, F.; STRIEFLER, J. K.; DÖRR, A. *et al.* Impact of a specialised palliative care intervention in patients with advanced soft tissue sarcoma: a single-centre retrospective analysis. *BMC Palliat Care*, v. 20, n. 1, p. 16, 2021. DOI: 10.1186/s12904-020-00702-1.
- CASELLAS-GRAU, Anna; CRUZ-SEQUEIROS, Claudia; SALA-SUÑÉ, Sílvia *et al.* Early Supportive Versus Standard Care in Phase I Cancer Trials: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*, v. 71, n. 5, p. 685-697, 2026. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2026.02.004.
- CHEN, Mengting; YANG, Liejun; YU, Huiqing *et al.* Early Palliative Care in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized Controlled Trial in Southwest China.



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

Am J Hosp Palliat Care, v. 39, n. 11, p. 1304-1311, 2022. DOI: 10.1177/10499091211072502.

COSTANTINI, Massimo; APOLONE, Giovanni; TANZI, Silvia *et al.* Is early integration of palliative care feasible and acceptable for advanced respiratory and gastrointestinal cancer patients? A phase 2 mixed-methods study. *Palliat Med*, v. 32, n. 1, p. 46-58, 2018. DOI: 10.1177/0269216317731571.

DHOLLANDER, Naomi; SMETS, Tinne; DE VLEMINCK, Aline *et al.* Is early integration of palliative home care in oncology treatment feasible and acceptable for advanced cancer patients and their health care providers? A phase 2 mixed-methods study. *BMC Palliat Care*, v. 19, n. 1, p. 174, 2020. DOI: 10.1186/s12904-020-00673-3.

DILLON, Ellis C.; MEEHAN, Amy; NASRALLAH, Catherine *et al.* Evolving Goals of Care Discussions as Described in Interviews With Individuals With Advanced Cancer and Oncology and Palliative Care Teams. *Am J Hosp Palliat Care*, v. 38, n. 7, p. 785-793, 2021. DOI: 10.1177/1049909120969202.

GOLDWASSER, François; VINANT, Pascale; AUBRY, Régis *et al.* Timing of palliative care needs reporting and aggressiveness of care near the end of life in metastatic lung cancer: A national registry-based study. *Cancer*, v. 124, n. 14, p. 3044-3051, 2018. DOI: 10.1002/cncr.31536.

GREER, Joseph A.; JACOBS, Jamie M.; EL-JAWAHRI, Areej *et al.* Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. *J Clin Oncol*, v. 36, n. 1, p. 53-60, 2018. DOI: 10.1200/JCO.2017.73.7221.

NADOLNY, Stephan; SCHILDMANN, Eva; GASSMANN, Elena S. *et al.* What is an “early palliative care” intervention? A scoping review of controlled studies in oncology. *Cancer Med*, v. 12, n. 23, p. 21335-21353, 2023. DOI: 10.1002/cam4.6490.

NOTTELMANN, Lise; GROENVOLD, Mogens; VEJLGAARD, Tove Bahn *et al.* Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial. *Palliat Med*, v. 35, n. 7, p. 1344-1355, 2021. DOI: 10.1177/02692163211015574.

PARK, Eun-Ju; LIM, Yeon Jae; KIM, Jae-Joon *et al.* Feasibility of Early Application of an Advance Directive at the Time of First-Line Palliative Chemotherapy in Patients With Incurable Cancer: A Prospective Study. *Am J Hosp Palliat Care*, v. 36, n. 10, p. 893-899, 2019. DOI: 10.1177/1049909119839355.

RUGNO, Fernanda Capella; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro; PAIVA, Carlos Eduardo. Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers. *Gynecol Oncol*, v. 135, n. 2, p. 249-254, 2014. DOI: 10.1016/j.ygyno.2014.08.030.

SIEGLE, Anja; UNSÖLD, Laura; DEIS, Nicole *et al.* Communication with patients with limited prognosis: an integrative mixed-methods evaluation study. *Support Care Cancer*, v. 31, n. 1, p. 77, 2022. DOI: 10.1007/s00520-022-07474-9.

SLAMA, Ondrej; POCHOP, Lukas; SEDO, Jiri *et al.* Effects of Early and Systematic Integration of Specialist Palliative Care in Patients with Advanced Cancer: Randomized



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

Controlled Trial PALINT. *J Palliat Med*, v. 23, n. 12, p. 1586-1593, 2020. DOI: 10.1089/jpm.2019.0697.

SOTO-PEREZ-DE-CELIS, Enrique; CHAVARRI-GUERRA, Yanin; RAMOS-LOPEZ, Wendy Alicia *et al.* Patient Navigation to Improve Early Access to Supportive Care for Patients with Advanced Cancer in Resource-Limited Settings: A Randomized Controlled Trial. *Oncologist*, v. 26, n. 2, p. 157-164, 2021. DOI: 10.1002/onco.13599.

SWENNE, Johanna Ingrid Elin; HANSEN, Torben Frøstrup; NISSEN, Ricko Damberg *et al.* Early integration of basic palliative care in cancer: scoping review of cross-sectorial models – components, facilitators, barriers. *BMJ Support Palliat Care*, v. 14, n. e3, p. e2349-e2365, 2024. DOI: 10.1136/spcare-2023-004651.

VANBUTSELE, Gaëlle; PARDON, Koen; VAN BELLE, Simon *et al.* Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, v. 19, n. 3, p. 394-404, 2018. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30060-3.

VARSHNEY, Himanshu; MAURYA, Prateek; GUPTA, Nishkarsh *et al.* Effect of early integration of supportive care in addition to standard care in patients with breast cancer: A randomised controlled trial. *Support Care Cancer*, v. 34, n. 2, p. 158, 2026. DOI: 10.1007/s00520-026-10401-x.

VOGT, Jeannette; BEYER, Franziska; SISTERMANN, Jochen *et al.* Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. *Oncologist*, v. 26, n. 6, p. e1058-e1065, 2021. DOI: 10.1002/onco.13751.

ZHI, Wanqing Iris; SMITH, Thomas J. Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Ann Palliat Med*, v. 4, n. 3, p. 122-131, 2015. DOI: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.03.

ZIMMERMANN, Camilla; SWAMI, Nadia; KRZYZANOWSKA, Monika *et al.* Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*, v. 188, n. 10, p. E217-E227, 2016. DOI: 10.1503/cmaj.151171.

PRÁTICAS HUMANIZADAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÕES PARA A DIGNIDADE NO PROCESSO DE FIM DE VIDA

Herica Francine Pinto Meneses ¹; Vitória de Negreiros Barboza ²; Jéssica Maria Rocha Ferreira ³; Marília Santos De Moraes ⁴; Marttem Costa de Santana ⁵; Juliana Lopes de Freitas ⁶; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁷; Fernanda Guimarães Costa ⁸; Laysa Souza Medeiros ⁹; Nathalia Leticia Dos Santos Gomes ¹⁰

¹ Universidade Estadual de Montes Claros e Afya, Montes Claros, Minas Gerias, Brasil. E-mail: hericafrancine@gmail.com

² Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. E-mail: dra.vitoriabarboza@gmail.com

³ Faculdade Estácio de Sá, Belém, Pará, Brasil. E-mail: mariajessica830@gmail.com

⁴ UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariliasantos1001@gmail.com

⁵ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

⁶ Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jlfreitas@hcpa.edu.br

⁷ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁸ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fgcosta@hcpa.edu.br

⁹ Centro Universitário Ingá, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: laaysamedeiros@gmail.com

¹⁰ Universidade Federal Do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: E-mail:gomesnathy2512@gmail.com

RESUMO

Os cuidados paliativos representam uma abordagem essencial para a gestão estratégica em saúde, pois articulam assistência integral, planejamento do cuidado, comunicação qualificada e preservação da dignidade de pessoas em processo de fim de vida. O objetivo deste capítulo foi analisar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos para a dignidade de pacientes em terminalidade, considerando aspectos clínicos, familiares, comunicacionais, éticos e organizacionais da assistência. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa da literatura, com busca realizada em junho de 2026, contemplando publicações entre 2023 e 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, BVS, LILACS e SciELO, além de periódicos científicos de acesso aberto, com seleção final de oito estudos para composição do corpus de análise. Os resultados indicaram que a dignidade no fim de vida depende da integração entre controle de sintomas, comunicação sensível, respeito à autonomia, apoio familiar, cuidado domiciliar organizado, terapia da dignidade e redução de intervenções desproporcionais próximas da morte. A discussão demonstrou que práticas humanizadas não se restringem à relação individual entre profissional e paciente, pois também dependem da organização dos serviços, da continuidade assistencial, da equidade no acesso e da articulação entre atenção primária, equipes especializadas e rede hospitalar. Conclui-se que a humanização

em cuidados paliativos fortalece a gestão estratégica em saúde ao qualificar decisões, reduzir sofrimento evitável e promover cuidado digno, integral e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Humanização da assistência; Dignidade humana; Fim de vida; Gestão estratégica em saúde.

ABSTRACT

Palliative care represents an essential approach to strategic health management, as it combines comprehensive care, care planning, qualified communication, and the preservation of dignity for people facing the end-of-life process. The objective of this chapter was to analyze the contributions of humanized practices in palliative care to the dignity of patients at the end of life, considering clinical, family, communicational, ethical, and organizational aspects of care. The methodology used was a narrative literature review, with a search conducted in June 2026, covering publications from 2023 to 2026 in PubMed/MEDLINE, BVS, LILACS, and SciELO, as well as open-access scientific journals, with a final selection of eight studies for the analytical corpus. The results indicated that dignity at the end of life depends on the integration of symptom control, sensitive communication, respect for autonomy, family support, organized home care, dignity therapy, and the reduction of disproportionate interventions near death. The discussion showed that humanized practices are not limited to the individual relationship between professional and patient, as they also depend on service organization, continuity of care, equitable access, and coordination between primary care, specialized teams, and hospital networks. It is concluded that humanization in palliative care strengthens strategic health management by improving decision-making, reducing avoidable suffering, and promoting dignified, comprehensive, person-centered care.

Keywords: Palliative care; Humanized care; Human dignity; End-of-life care; Strategic health management.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos correspondem a uma abordagem ativa e integral destinada a pessoas com doenças graves, progressivas ou ameaçadoras da continuidade da vida, com foco na prevenção e no alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual do paciente e de seus familiares (Brasil, 2024).

No campo da saúde, a ampliação dos cuidados paliativos tem sido discutida como uma necessidade clínica, ética e organizacional, especialmente porque o processo de fim de vida exige intervenções que preservem conforto, autonomia, comunicação sensível e reconhecimento da pessoa para além do diagnóstico (INCA, 2023).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, reforça que a assistência deve ser ofertada de forma precoce, integrada à Rede de Atenção à Saúde e orientada por princípios como valorização da vida, respeito à autonomia, comunicação empática, cuidado multiprofissional e atenção às dimensões física, psicoemocional, espiritual e social (Brasil, 2024).

Nesse cenário, a dignidade no fim de vida aparece como dimensão central do cuidado, pois envolve privacidade, respeito aos valores pessoais, manutenção da identidade, participação nas decisões, apoio familiar e proteção contra práticas impessoais ou desproporcionais diante da terminalidade (Rodrigues *et al.*, 2025).

As pesquisas recentes também demonstram que a humanização nos cuidados paliativos depende da qualidade da comunicação entre equipe, paciente e família, sobretudo porque conversas sensíveis sobre prognóstico, sintomas, preferências e limites terapêuticos favorecem confiança, segurança e decisões compartilhadas (Rosa *et al.*, 2023).

Apesar do reconhecimento crescente dos cuidados paliativos como estratégia essencial para a qualidade de vida no fim da vida, muitos pacientes ainda vivenciam sofrimento evitável, internações repetidas, comunicação insuficiente, perda de autonomia e fragilidades na continuidade do cuidado entre hospital, domicílio e atenção primária (Mitchell *et al.*, 2024).

A dificuldade de integrar práticas humanizadas à rotina dos serviços de saúde torna-se um problema relevante porque o cuidado paliativo pode ser reduzido ao controle de sintomas físicos, sem contemplar adequadamente as necessidades emocionais, familiares, espirituais, culturais e sociais presentes na experiência de morrer (Sailian; Salifu; Preston, 2024).

No cuidado domiciliar, a ausência de orientação profissional e de comunicação contínua pode gerar insegurança nos familiares cuidadores, que passam a assumir responsabilidades complexas sem preparo suficiente para lidar com sintomas, medicamentos, decisões clínicas e sofrimento emocional no fim de vida (Xu *et al.*, 2024).

A literatura também aponta que desigualdades sociais, raciais, culturais e territoriais interferem no acesso aos cuidados paliativos e na qualidade da comunicação, o que pode comprometer a dignidade de pacientes pertencentes a grupos historicamente

vulnerabilizados ou residentes em regiões com menor oferta de serviços especializados (Rosa *et al.*, 2023).

Diante disso, o problema que orienta este capítulo consiste em compreender de que maneira as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a dignidade de pacientes em processo de fim de vida, considerando a comunicação, o apoio familiar, o cuidado domiciliar, a organização dos serviços e a redução de intervenções desproporcionais (Silva *et al.*, 2024; Mitchell *et al.*, 2024).

A escolha do tema justifica-se pela relevância dos cuidados paliativos para a saúde pública, uma vez que o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e a ampliação dos casos de câncer avançado tornam cada vez mais necessária uma assistência capaz de unir competência técnica, sensibilidade ética e cuidado centrado na pessoa (Brasil, 2024).

A discussão também se justifica porque a dignidade no fim de vida não depende apenas da existência formal de serviços paliativos, mas da forma como profissionais e instituições garantem escuta, conforto, privacidade, autonomia, comunicação clara, acolhimento familiar e continuidade assistencial (Rodrigues *et al.*, 2025).

Os estudos recentes mostram que intervenções humanizadas, como a terapia da dignidade, a comunicação centrada no paciente, o suporte aos cuidadores e a atuação de equipes especializadas no domicílio, podem reduzir sofrimento, fortalecer vínculos e melhorar a experiência de pacientes e familiares diante da terminalidade (Seiler *et al.*, 2024; McEwan *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a atenção primária à saúde apresenta potencial estratégico para identificar pessoas em fim de vida, acompanhar famílias, organizar visitas domiciliares e articular a rede de cuidado, o que torna a humanização um eixo indispensável para a efetivação da dignidade no território (Silva *et al.*, 2024).

Assim, investigar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos torna-se necessário para qualificar a assistência, ampliar o debate acadêmico e fortalecer uma compreensão do fim de vida baseada em respeito, autonomia, vínculo, alívio do sofrimento e cuidado integral (INCA, 2023; Brasil, 2024).

Parte-se da hipótese de que as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a preservação da dignidade no processo de fim de vida quando articulam

controle de sintomas, comunicação sensível, respeito à autonomia, apoio familiar, cuidado domiciliar organizado e integração entre os serviços de saúde.

Tem-se como objetivo o de analisar as contribuições das práticas humanizadas em cuidados paliativos para a preservação da dignidade de pacientes em processo de fim de vida.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, modalidade de investigação bibliográfica que permite reunir, descrever e discutir produções científicas relevantes sobre determinado tema, sem a obrigatoriedade de seguir todas as etapas formais de uma revisão sistemática ou de uma revisão integrativa.

A revisão narrativa foi escolhida por possibilitar uma discussão ampliada sobre práticas humanizadas em cuidados paliativos, considerando que o tema envolve dimensões clínicas, éticas, emocionais, familiares, espirituais, comunicacionais e organizacionais relacionadas à dignidade no processo de fim de vida.

A busca bibliográfica foi realizada em junho de 2026, contemplando publicações disponíveis entre 2023 e 2026, com a finalidade de priorizar estudos recentes sobre cuidados paliativos, humanização, dignidade, comunicação, cuidado domiciliar e participação familiar no fim da vida.

As fontes consultadas foram PubMed/MEDLINE, sendo MEDLINE a sigla para *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; BVS, sigla para Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS, sigla para Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; SciELO, sigla para *Scientific Electronic Library Online*; além de periódicos científicos de acesso aberto, como BMC Palliative Care, Cancers, Journal of Palliative Medicine, Revista Contexto & Saúde e Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.

A busca utilizou descritores em português e inglês, considerando os Descritores em Ciências da Saúde, identificados pela sigla DeCS, e os Medical Subject Headings, identificados pela sigla MeSH, quando disponíveis nas bases consultadas.

As palavras-chave utilizadas em português foram: “cuidados paliativos”, “fim de vida”, “dignidade”, “humanização”, “comunicação”, “família”, “cuidadores familiares”,

“atenção primária à saúde”, “cuidado domiciliar”, “câncer avançado” e “terapia da dignidade”.

As palavras-chave utilizadas em inglês foram: “*palliative care*”, “*end-of-life care*”, “*dignity*”, “*humanized care*”, “*communication*”, “*family caregivers*”, “*primary health care*”, “*home palliative care*”, “*advanced cancer*” e “*dignity therapy*”.

O intercruzamento dos termos foi realizado por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizando AND para aproximar conceitos centrais e OR para ampliar a busca com termos equivalentes.

Os principais cruzamentos utilizados foram: “*palliative care*” AND “*dignity*”; “*palliative care*” AND “*humanized care*”; “*end-of-life care*” AND “*communication*”; “*palliative care*” AND “*family caregivers*”; “*home palliative care*” AND “*end-of-life cancer*”; “*dignity therapy*” AND “*palliative care*”; “cuidados paliativos” AND “dignidade”; “cuidados paliativos” AND “humanização”; “atenção primária à saúde” AND “fim de vida”.

Foram incluídos artigos publicados entre 2023 e 2026, disponíveis em texto completo, escritos em português ou inglês, relacionados diretamente aos cuidados paliativos e voltados à discussão sobre dignidade, humanização, comunicação, cuidado domiciliar, família, cuidadores, atenção primária à saúde ou organização do cuidado no fim da vida.

Foram excluídos artigos publicados antes de 2023, estudos duplicados, textos sem acesso ao conteúdo completo, publicações opinativas sem apresentação de método, estudos pediátricos, pesquisas centradas exclusivamente em tratamentos curativos e publicações que abordavam cuidados paliativos apenas de forma secundária, sem relação direta com a dignidade no processo de fim de vida.

O levantamento inicial localizou 42 estudos potencialmente relacionados ao tema, considerando artigos recuperados nas bases de dados, periódicos científicos e plataformas de acesso aberto.

Após a leitura dos títulos e resumos, 21 estudos foram excluídos por apresentarem relação indireta com o tema, foco excessivo em tratamento curativo, ausência de discussão sobre humanização ou pouca aproximação com o processo de fim de vida.

Na etapa seguinte, 21 estudos permaneceram para avaliação preliminar, dos quais 13 foram lidos na íntegra por apresentarem maior aproximação com os objetivos do capítulo.

Após a leitura completa, 5 estudos foram excluídos por não apresentarem resultados diretamente relacionados à dignidade, à comunicação, à família, ao cuidado domiciliar ou à organização dos serviços paliativos no fim da vida.

Ao final do processo de seleção, 8 estudos compuseram o corpus da revisão narrativa, por apresentarem maior aderência ao tema, atualidade científica, método definido e resultados relevantes para a discussão proposta.

O corpus final foi formado pelos estudos de Rosa *et al.* (2023), Seiler *et al.* (2024), Silva *et al.* (2024), SAILIAN, Salifu e Preston (2024), Mitchell *et al.* (2024), Bharadwaj *et al.* (2024), Xu *et al.* (2024) e McEwan *et al.* (2024).

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva, narrativa e comparativa, considerando o objetivo de cada pesquisa, o método utilizado, a amostra ou os participantes, os principais resultados e as contribuições para a compreensão das práticas humanizadas em cuidados paliativos.

Os estudos selecionados foram organizados em uma matriz de leitura contendo autor, ano, país, objetivo, delineamento metodológico, participantes ou amostra, instrumentos de coleta, principais achados e relação com a dignidade no processo de fim de vida.

A discussão foi construída a partir de quatro eixos temáticos: dignidade como princípio do cuidado paliativo; comunicação humanizada e tomada de decisão compartilhada; família, cuidadores e cuidado domiciliar; e organização dos serviços de saúde para redução de práticas desproporcionais no fim da vida.

Por se tratar de uma revisão narrativa baseada exclusivamente em artigos científicos, documentos públicos e materiais disponíveis em bases de acesso acadêmico, não houve coleta direta de dados com seres humanos.

Dessa forma, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, identificado pela sigla CEP, nem à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, identificada pela sigla CONEP, uma vez que não envolveu entrevistas, aplicação de questionários, prontuários, dados pessoais identificáveis ou intervenção direta com participantes.

A dispensa de submissão ao sistema CEP/CONEP fundamenta-se na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica não são registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas humanizadas em cuidados paliativos precisam ser compreendidas a partir da forma como cada estudo investigou a dignidade, a comunicação, o cuidado familiar, a atenção domiciliar e a organização dos serviços de saúde no processo de fim de vida (Rodrigues *et al.*, 2025).

A revisão integrativa realizada por Rodrigues *et al.* (2025) utilizou busca bibliográfica nas bases Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, LILACS e BDEnf, em setembro de 2024, com identificação inicial de 1.244 estudos e inclusão final de 12 publicações relacionadas à dignidade e ao respeito em cuidados paliativos.

Os resultados de Rodrigues *et al.* (2025) organizaram duas categorias centrais, sendo a primeira relacionada à dignidade como princípio fundamental da assistência paliativa e a segunda voltada aos desafios contemporâneos para uma assistência sustentada por dignidade e respeito.

A contribuição de Rodrigues *et al.* (2025) é importante porque demonstra, por meio de revisão de literatura, que a dignidade não se limita ao controle físico da dor, pois envolve privacidade, autonomia, comunicação, reconhecimento da pessoa, relação com familiares e proteção contra práticas despersonalizantes.

Silva *et al.* (2024) realizaram uma pesquisa qualitativa com 12 profissionais de 5 equipes da Estratégia Saúde da Família, utilizando entrevistas semiestruturadas realizadas entre outubro e novembro de 2022, organização dos dados no Atlas.ti e análise de conteúdo.

Os resultados de Silva *et al.* (2024) mostraram que enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem e agente comunitária de saúde relataram baixa frequência de atendimento a pessoas em fim de vida, identificação dos casos por agentes comunitários, prontuários e procura direta de pacientes ou familiares, além da importância das visitas domiciliares para sustentar o cuidado digno no território.

A pesquisa de Silva *et al.* (2024) dialoga com Rodrigues *et al.* (2025), porque a revisão integrativa apresenta a dignidade como princípio amplo, enquanto o estudo brasileiro mostra como tal princípio se materializa em práticas concretas da atenção primária, como acolhimento, acompanhamento familiar, visita domiciliar e articulação com outros pontos da rede.

Sailian, Salifu e Preston (2024) desenvolveram um estudo qualitativo com 14 pacientes adultos em cuidados paliativos no Líbano, recrutados em hospice domiciliar e ambulatório, por meio de entrevistas presenciais e telefônicas, com duração entre 5 e 79 minutos e mediana de 38 minutos, analisadas por análise temática reflexiva com apoio do NVivo 11.

Os resultados de Sailian, Salifu e Preston (2024) identificaram quatro temas principais: dignidade sustentada pela fé em Deus e práticas religiosas, apoio familiar para manutenção do bem-estar físico e psicológico, preservação da aparência e da funcionalidade para escapar do estigma da doença, além de acesso a serviços de saúde compassivos, equitativos e financeiramente possíveis.

A comparação entre Sailian, Salifu e Preston (2024) e Silva *et al.* (2024) mostra que a dignidade assume sentidos diferentes conforme o contexto cultural e assistencial, pois o estudo libanês enfatiza fé, família e aparência corporal, enquanto a pesquisa brasileira destaca visitas domiciliares, identificação dos casos pela APS e continuidade do cuidado no território.

Seiler *et al.* (2024) realizaram um ensaio clínico randomizado multicêntrico com 68 pacientes com câncer terminal, expectativa de vida inferior a seis meses e sofrimento clinicamente relevante medido pela escala HADS, distribuídos em três grupos: terapia da dignidade, terapia da dignidade com familiar cuidador e cuidado paliativo padrão.

Os resultados quantitativos de Seiler *et al.* (2024) indicaram aumento significativo da qualidade de vida percebida no grupo intervenção, com diferença média de 6,15 na escala FACIT-Pal-14, desvio-padrão de 1,86 e $p < 0,01$, além de interação significativa entre grupo e tempo na HADS total, com $F = 4,33$, $p = 0,04$, sugerindo efeito protetivo da terapia da dignidade contra piora do sofrimento emocional.

A pesquisa de Seiler *et al.* (2024) complementa os achados de Sailian, Salifu e Preston (2024), porque a primeira testa uma intervenção estruturada voltada à memória,

ao sentido de vida e à comunicação familiar, enquanto a segunda mostra que família, fé e reconhecimento social também preservam dignidade mesmo sem protocolo terapêutico formal.

Xu *et al.* (2024) realizaram estudo qualitativo fenomenológico descritivo com 15 cuidadores familiares de pacientes com câncer em fim de vida, utilizando entrevistas presenciais semiestruturadas de 20 a 35 minutos, gravação consentida, transcrição em até 24 horas, análise pelo método de Colaizzi e organização dos dados no NVivo 11.

Os resultados de Xu *et al.* (2024) identificaram quatro temas e nove subtemas, incluindo processo de transição complexo, ansiedade diante da incerteza, resistência à alta para casa, descontinuidade do cuidado, orientação insuficiente na alta, ausência de mecanismos contínuos de comunicação, necessidade de habilidades para o cuidado domiciliar, apoio emocional e social, aconselhamento para luto e educação sobre a morte.

A comparação entre Xu *et al.* (2024) e Seiler *et al.* (2024) indica que a dignidade no fim de vida não depende somente de intervenções dirigidas ao paciente, pois o preparo dos familiares cuidadores interfere diretamente na segurança, na continuidade assistencial e na possibilidade de manter o cuidado domiciliar sem abandono ou sobrecarga.

McEwan *et al.* (2024) realizaram uma avaliação realista sobre um serviço de resposta rápida em cuidados paliativos domiciliares, com 36 participantes, entrevistas realistas semiestruturadas, grupos focais e análise orientada por configurações de contexto, mecanismo e resultado.

Os resultados de McEwan *et al.* (2024) mostraram que a comunicação qualificada realizada por profissionais especializados, quando acompanhada de tempo, escuta e compaixão, ampliou o conhecimento dos cuidadores, reduziu medo e incerteza, aumentou a confiança para cuidar e favoreceu maior preparo para lidar com sintomas no domicílio.

A análise conjunta de McEwan *et al.* (2024) e Xu *et al.* (2024) demonstra que a transição hospital-domicílio pode produzir sofrimento familiar quando ocorre sem orientação suficiente, mas pode favorecer dignidade quando existe equipe acessível, comunicação contínua, resposta rápida e suporte prático para os cuidadores.

Rosa *et al.* (2023) investigaram 152 profissionais interdisciplinares de oncologia e cuidados paliativos nos Estados Unidos, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e

capelães, a partir de um estudo de caso sobre uma mulher negra e indígena com câncer ovariano avançado, dor intensa e histórico de racismo estrutural no sistema de saúde.

Os resultados quantitativos e qualitativos de Rosa *et al.* (2023) mostraram que 86% dos participantes eram mulheres, 65% se identificavam como brancos, 48% eram enfermeiros, 36% assistentes sociais e 16% capelães, enquanto a análise temática das respostas abertas identificou quatro temas: cuidado centrado na pessoa, autêntico e culturalmente sensível, controle da dor, construção de confiança e conexão, além de desafios comunicacionais relacionados às diferenças raciais.

A contribuição de Rosa *et al.* (2023) amplia os estudos de McEwan *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2024), porque a comunicação humanizada passa a ser discutida também como prática antirracista, culturalmente segura e sensível às experiências de desconfiança que pacientes de grupos racializados podem carregar no encontro com os serviços de saúde.

Mitchell *et al.* (2024) realizaram uma coorte retrospectiva populacional com registros hospitalares, registros de câncer e dados de mortalidade de 80.005 pessoas com 20 anos ou mais que morreram por causas relacionadas ao câncer entre 2014 e 2019 em Nova Gales do Sul, na Austrália.

Os resultados quantitativos de Mitchell *et al.* (2024) mostraram que 86,9% das pessoas foram hospitalizadas nos 12 meses anteriores à morte, 15% tiveram mais de uma ida ao pronto-socorro no último mês de vida, 9,9% tiveram mais de uma internação no último mês, 8,6% permaneceram 14 dias ou mais no hospital, 3,6% foram internadas em unidade de terapia intensiva, 1,2% receberam ventilação mecânica e 17% morreram em cuidado agudo.

A comparação entre Mitchell *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2024) demonstra que a humanização em cuidados paliativos também depende da organização do sistema de saúde, pois o acompanhamento territorial pela atenção primária pode reduzir encaminhamentos repetidos e desnecessários, enquanto a concentração do cuidado no hospital pode indicar fragilidades na integração entre oncologia, atenção domiciliar e cuidados paliativos.

Bharadwaj *et al.* (2024) realizaram uma análise secundária de dados provenientes de um ensaio randomizado crossover por clusters nos Estados Unidos, com uso do

Caregiver-Centered Communication Questionnaire e da Perceived Involvement in Care Scale para avaliar a relação entre comunicação centrada no cuidador e percepção de envolvimento no cuidado hospice.

Os resultados de Bharadwaj *et al.* (2024) indicaram associação positiva entre comunicação centrada no cuidador e percepção de envolvimento familiar no cuidado, sugerindo que a família se sente mais integrada ao processo quando a equipe fornece informação, escuta e abertura para participação.

A aproximação entre Bharadwaj *et al.* (2024) e Xu *et al.* (2024) reforça que a família não deve ser tratada apenas como executora informal de tarefas, pois cuidadores precisam de orientação técnica, comunicação contínua, acolhimento emocional e participação reconhecida no planejamento do cuidado.

Em conjunto, os estudos mostram que a dignidade no processo de fim de vida aparece em três dimensões complementares: a dimensão subjetiva, vinculada à identidade, memória, espiritualidade e sentido de vida; a dimensão relacional, ligada à família, comunicação e vínculo com profissionais; e a dimensão organizacional, relacionada ao acesso, continuidade do cuidado, equidade e redução de intervenções potencialmente onerosas (Rodrigues *et al.*, 2025; Mitchell *et al.*, 2024).

Os estudos qualitativos de Sailian, Salifu e Preston (2024), Xu *et al.* (2024), McEwan *et al.* (2024), Rosa *et al.* (2023) e Silva *et al.* (2024) convergem na ideia de que a dignidade é ameaçada quando o paciente ou a família vivenciam abandono, comunicação insuficiente, perda de autonomia, estigma, descontinuidade do cuidado ou ausência de escuta profissional.

Os estudos com maior componente quantitativo de Seiler *et al.* (2024), Mitchell *et al.* (2024), Bharadwaj *et al.* (2024) e Rodrigues *et al.* (2025) fortalecem a análise porque mostram, por diferentes desenhos metodológicos, que intervenções estruturadas, comunicação centrada no cuidador, revisão de evidências e monitoramento de indicadores assistenciais ajudam a dimensionar a qualidade do cuidado paliativo.

A discussão comparativa permite compreender que práticas humanizadas não são sinônimo de cuidado informal ou ausência de técnica, pois o alívio de sintomas, a comunicação planejada, a presença profissional, o suporte familiar, a terapia da dignidade

e a integração entre serviços exigem competência clínica, preparo ético e organização da rede de atenção (Seiler *et al.*, 2024; McEwan *et al.*, 2024).

A dignidade no fim de vida também depende de equidade, porque os achados de Rosa *et al.* (2023) apontam barreiras raciais e culturais na comunicação, enquanto Mitchell *et al.* (2024) associam cuidado potencialmente oneroso a desigualdades territoriais e socioeconômicas, o que demonstra que a humanização precisa ser pensada como prática clínica e como responsabilidade dos sistemas de saúde.

Dessa forma, os resultados analisados indicam que as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para a dignidade no processo de fim de vida quando associam escuta, respeito, controle de sintomas, comunicação sensível, apoio familiar, espiritualidade quando desejada, continuidade assistencial, intervenção psicossocial estruturada e redução de condutas desproporcionais próximas da morte (Sailian; Salifu; Preston, 2024; Seiler *et al.*, 2024).

Portanto, a comparação entre os estudos permite afirmar que a dignidade no fim de vida não surge automaticamente da oferta de cuidados paliativos, pois depende da qualidade concreta da relação entre paciente, família, equipe e serviço, especialmente quando o cuidado preserva identidade, autonomia, conforto, vínculo, memória e participação nas decisões até o momento final da vida (Silva *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas humanizadas em cuidados paliativos mostram-se fundamentais para a preservação da dignidade no processo de fim de vida, sobretudo porque deslocam o cuidado de uma lógica centrada exclusivamente na doença para uma assistência voltada à pessoa, à sua história, aos seus vínculos, aos seus valores e às necessidades que permanecem presentes mesmo diante da impossibilidade de cura.

A análise desenvolvida permitiu compreender que a dignidade não se limita ao alívio da dor física, embora o controle adequado dos sintomas seja indispensável para a qualidade do cuidado, pois envolve também comunicação sensível, respeito à autonomia, escuta qualificada, acolhimento da família, atenção às dimensões emocionais e

espirituais, continuidade assistencial e proteção contra condutas desproporcionais no final da vida.

Os estudos discutidos demonstraram que o cuidado paliativo humanizado exige competência técnica e sensibilidade ética, uma vez que pacientes em processo de finitude precisam ser acompanhados por equipes capazes de reconhecer sofrimento, medo, perdas, desejos e preferências sem reduzir a experiência do morrer a procedimentos, protocolos ou decisões tomadas de forma impessoal.

A presença da família apareceu como elemento central no cuidado, porém a participação familiar precisa ser acompanhada por orientação, suporte emocional e comunicação contínua, pois a transferência do cuidado para o domicílio, quando realizada sem preparo adequado, pode ampliar insegurança, sobrecarga e sofrimento para cuidadores e pacientes.

A comunicação também se destacou como eixo estruturante da humanização, pois informações claras, linguagem acessível, respeito ao tempo emocional do paciente e abertura para decisões compartilhadas favorecem vínculos de confiança e permitem que o processo de fim de vida seja conduzido com maior segurança, conforto e participação.

Outro aspecto relevante refere-se à organização dos serviços de saúde, já que a dignidade no fim de vida depende da integração entre atenção primária, equipes especializadas, cuidado domiciliar, oncologia, hospitais e redes de apoio, evitando internações repetidas, intervenções onerosas e deslocamentos desnecessários em momentos de grande fragilidade.

Dessa forma, as práticas humanizadas em cuidados paliativos contribuem para que o fim de vida seja acompanhado com respeito, conforto e reconhecimento da pessoa em sua integralidade, favorecendo uma assistência que não antecipa nem prolonga artificialmente o processo de morrer, mas busca garantir presença, alívio, cuidado e sentido até o momento final.

Conclui-se que a dignidade no processo de fim de vida não depende apenas da existência formal de cuidados paliativos, mas da qualidade concreta das relações estabelecidas entre paciente, família, profissionais e serviços de saúde, razão pela qual a humanização deve ser compreendida como princípio ético, clínico e organizacional indispensável à assistência paliativa contemporânea.

REFERÊNCIAS

BHARADWAJ, Archana; OLIVER, Debra Parker; WASHINGTON, Karla T. *et al.* Family caregiver communication and perceptions of involvement in hospice care.

Journal of Palliative Medicine, v. 27, n. 5, p. 614-621, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0576>. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1089/jpm.2023.0576>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**.

Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos — PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/legislacao/legislacao>. Acesso em: 30 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 30 jun. 2026.

MCEWAN, Kathryn; ATKINSON, Joanne; CLARKE, Amanda; BATE, Angela; JEFFERY, Caroline; DALKIN, Sonia. Providing “professionalism with compassion”; how the time for caring communication can improve experiences at the end-of-life at home, findings from a realist evaluation. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 287, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01610-4>. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01610-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

MITCHELL, Rebecca J.; DELANEY, Geoffrey P.; ARNOLDA, Gaston *et al.*

Potentially burdensome care at the end-of-life for cancer decedents: a retrospective population-wide study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 32, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12904-024-01358-x>. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01358-x>. Acesso em: 30 jun. 2026.

RODRIGUES, Lutigard Feitosa; NEPOMUCENO, Adriana Meira Tiburtino;

MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes; FREIRE, Maria Eliane Moreira. Dignidade e respeito enquanto princípios da assistência à pessoa em cuidados paliativos: uma

revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 17,

e13718, 2025. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13718>. Disponível



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1607800>. Acesso em: 30 jun. 2026.

ROSA, William E.; MCDARBY, Meghan; BULLER, Haley; FERRELL, Betty R. Palliative care clinician perspectives on person-centered end-of-life communication for racially and culturally minoritized persons with cancer. **Cancers**, v. 15, n. 16, art. 4076, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15164076>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/16/4076>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SAILIAN, Silva Dakessian; SALIFU, Yakubu; PRESTON, Nancy. Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 142, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01478-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SEILER, Annina; AMANN, Manuel; HERTLER, Caroline *et al.* Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers: a randomized controlled study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 73, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01408-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SILVA, Nataniele Kmentt da; CORDEIRO, Franciele Roberta; BLUMENTRITT, Júlia Brombila; CORRÊA, Izadora Martins. Cuidados na atenção primária à saúde para a dignidade no final da vida. **Revista Contexto & Saúde**, v. 24, n. 48, e14773, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14773>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/14773>. Acesso em: 30 jun. 2026.

XU, Yanan; LIU, Yahui; KANG, Yubiao *et al.* Experiences of family caregivers of patients with end-of-life cancer during the transition from hospital to home palliative care: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 230, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01559-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01559-4>. Acesso em: 30 jun. 2026.



ONCOGENÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE E REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER

Ana Angélica Bezerra de Araújo ¹; Vitória de Negreiros Barboza ²; Jéssica Maria Rocha Ferreira ³; Marília Santos De Moraes ⁴; Marttem Costa de Santana ⁵; Juliana Lopes de Freitas ⁶; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁷; Fernanda Guimarães Costa ⁸; Anderson Santos Machado ⁹; Ludmylla Samya Maciel Veiga ¹⁰

¹ Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: ana.aba1808@gmail.com

² Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. E-mail: dra.vitoriabarboza@gmail.com

³ Faculdade Estácio de Sá, Belém, Pará, Brasil. E-mail: mariajessica830@gmail.com

⁴ UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariliasantos1001@gmail.com

⁵ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

⁶ Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jlfreitas@hcpa.edu.br

⁷ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁸ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fgcosta@hcpa.edu.br

⁹ Centro Universitário Internacional, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: anderson.ssmachado@gmail.com

¹⁰ Unidade Exclusiva FINAMA, Belém, Pará, Brasil. E-mail: ludmyllasamy38@gmail.com

RESUMO

A oncogenética tem se consolidado como campo estratégico para a saúde pública por possibilitar a identificação de indivíduos e famílias com maior predisposição hereditária ao câncer, favorecendo ações de rastreamento orientado pelo risco, diagnóstico precoce e acompanhamento preventivo. O objetivo deste capítulo foi analisar as contribuições da oncogenética para a saúde pública, com ênfase nas estratégias de diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer. A metodologia consistiu em revisão bibliográfica qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em bases nacionais e internacionais, além de documentos técnico-institucionais, com recorte temporal de 2023 a 2026 e composição final de 13 estudos e documentos no corpus de análise. Os resultados demonstraram que a testagem genética, a testagem em cascata, o aconselhamento genético, o rastreamento molecular com DNA-HPV e as novas tecnologias, como a biópsia líquida, podem contribuir para a organização de linhas de cuidado mais precisas, desde que estejam integradas a fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade, profissionais capacitados e garantia de seguimento. A discussão indicou que a disponibilidade tecnológica, isoladamente, não reduz a mortalidade, pois o impacto depende da articulação entre prevenção, diagnóstico, tratamento oportuno, equidade de acesso e gestão eficiente da rede. Conclui-se que a oncogenética pode fortalecer a gestão estratégica em saúde por

subsidiar decisões baseadas em risco, otimizar recursos, qualificar o cuidado oncológico e ampliar as possibilidades de prevenção e diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Oncogenética; Saúde pública; Diagnóstico precoce; Câncer hereditário; Gestão estratégica em saúde.

ABSTRACT

Oncogenetics has become a strategic field for public health because it enables the identification of individuals and families with a higher hereditary predisposition to cancer, supporting risk-based screening, early diagnosis, and preventive follow-up. This chapter aimed to analyze the contributions of oncogenetics to public health, with emphasis on strategies for early diagnosis and reduction of cancer mortality. The methodology consisted of a qualitative, descriptive, and exploratory bibliographic review conducted in national and international databases, as well as technical and institutional documents, covering publications from 2023 to 2026, with a final corpus composed of 13 studies and documents. The results showed that genetic testing, cascade testing, genetic counseling, molecular screening with HPV-DNA testing, and emerging technologies such as liquid biopsy may contribute to the organization of more precise care pathways, provided that they are integrated with healthcare flows, eligibility criteria, trained professionals, and guaranteed follow-up. The discussion indicated that technological availability alone does not reduce mortality, since its impact depends on the articulation between prevention, diagnosis, timely treatment, equity of access, and efficient management of the healthcare network. It is concluded that oncogenetics can strengthen strategic health management by supporting risk-based decision-making, optimizing resources, improving oncology care, and expanding opportunities for prevention and early diagnosis.

Keywords: Oncogenetics; Public health; Early diagnosis; Hereditary cancer; Strategic health management.

1 INTRODUÇÃO

O câncer permanece entre os principais desafios da saúde pública contemporânea, pois sua elevada carga mundial exige estratégias articuladas de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento contínuo dos pacientes (Bray *et al.*, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (2026) destaca que a detecção precoce é uma das formas de reduzir a mortalidade por câncer, sobretudo quando os sistemas de saúde conseguem garantir acesso rápido à confirmação diagnóstica e ao tratamento adequado. Nesse cenário, a oncogenética ganha relevância por permitir a identificação de alterações hereditárias associadas ao maior risco de desenvolvimento de determinados tumores,

favorecendo intervenções preventivas antes da manifestação clínica da doença (Savatt *et al.*, 2025).

A testagem genética, o aconselhamento genético e a testagem em cascata ampliam o cuidado para familiares de indivíduos com variantes patogênicas, tornando possível organizar estratégias de vigilância e rastreamento direcionadas a pessoas com maior vulnerabilidade hereditária (Chiang *et al.*, 2024).

No campo da saúde pública, a oncogenética aproxima a medicina de precisão das políticas de prevenção coletiva, pois permite que o risco individual e familiar seja considerado na definição de condutas de rastreamento, orientação clínica e acompanhamento longitudinal (Ashton-Prolla *et al.*, 2024).

A incorporação de tecnologias moleculares ao rastreamento oncológico também tem sido discutida como alternativa para qualificar programas populacionais, principalmente quando há organização da rede, definição de fluxos assistenciais e garantia de seguimento após resultados alterados (Teixeira *et al.*, 2024).

No Brasil, a implementação progressiva do teste molecular DNA-HPV, referente à detecção do ácido desoxirribonucleico do papilomavírus humano, demonstra a importância de modelos organizados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2025).

Apesar dos avanços científicos relacionados à oncogenética, a incorporação dessas estratégias aos serviços de saúde ainda enfrenta desafios relacionados ao acesso desigual à testagem genética, à oferta limitada de aconselhamento especializado, à comunicação do risco familiar e à continuidade do cuidado após a identificação de variantes hereditárias (Ahsan *et al.*, 2024).

A baixa adesão à testagem em cascata demonstra que a existência do exame genético não garante, por si só, impacto coletivo, pois familiares em risco podem permanecer sem orientação, sem encaminhamento ou sem condições concretas de acesso aos serviços especializados (Chiang *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, o problema central deste estudo consiste em compreender como a oncogenética pode ser articulada às políticas de saúde pública para ampliar o diagnóstico precoce e contribuir para a redução da mortalidade por câncer, considerando

os limites de acesso, adesão, aconselhamento genético e organização dos serviços (Organização Mundial da Saúde, 2026).

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de discutir a oncogenética como estratégia de saúde pública, especialmente porque a identificação do risco hereditário pode orientar rastreamento antecipado, vigilância intensificada e acompanhamento familiar antes do diagnóstico tardio (Savatt *et al.*, 2025).

A relevância do tema também se relaciona à necessidade de fortalecer políticas de prevenção e rastreamento organizadas, já que o diagnóstico precoce tende a ampliar as possibilidades terapêuticas e melhorar os desfechos clínicos quando integrado a uma rede assistencial resolutive (Bray *et al.*, 2024).

A experiência brasileira com o rastreamento molecular do câncer do colo do útero reforça que tecnologias diagnósticas podem produzir maior impacto quando associadas à convocação da população-alvo, à confirmação diagnóstica e ao tratamento das lesões precursoras (Teixeira *et al.*, 2024).

A discussão torna-se ainda mais necessária diante das desigualdades sociais, territoriais e informacionais que atravessam o acesso à testagem genética, ao aconselhamento especializado e ao cuidado oncológico no contexto da saúde pública (Rao; Fullerton; Shirts, 2024).

Assim, investigar a relação entre oncogenética, diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer contribui para compreender possibilidades e limites da incorporação de tecnologias genéticas e moleculares em políticas públicas mais equitativas e efetivas (Goddard *et al.*, 2025).

A hipótese é que a oncogenética pode contribuir para o diagnóstico precoce e para a redução da mortalidade por câncer quando integrada a políticas públicas organizadas, com acesso à testagem genética, aconselhamento especializado, rastreamento orientado pelo risco, testagem em cascata e continuidade do cuidado.

Tem-se como objetivo analisar as contribuições da oncogenética para a saúde pública, com ênfase nas estratégias de diagnóstico precoce, rastreamento orientado pelo risco e redução da mortalidade por câncer.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, voltada à análise de produções científicas e documentos técnico-institucionais sobre oncogenética, saúde pública, diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer. A revisão bibliográfica consiste em um procedimento de levantamento, seleção, leitura, organização e interpretação de materiais já publicados sobre determinado tema, permitindo compreender o estado atual do conhecimento, comparar resultados de diferentes pesquisas e identificar contribuições relevantes para a discussão proposta.

A busca foi realizada no período de junho de 2023 a junho de 2026, considerando publicações dos últimos três anos, com o objetivo de reunir estudos recentes sobre estratégias genéticas, moleculares e populacionais associadas ao diagnóstico precoce e à redução da mortalidade por câncer. As pesquisas foram feitas nas bases PubMed, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, *Web of Science* e Google Scholar, além de documentos técnicos disponíveis nos sites da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde.

A escolha das bases ocorreu porque elas reúnem produções nacionais e internacionais da área da saúde, incluindo artigos biomédicos, estudos populacionais, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes clínicas, documentos de rastreamento e materiais institucionais relacionados ao câncer. Também foram consultados documentos públicos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação à incorporação do teste molecular para detecção do ácido desoxirribonucleico do papilomavírus humano (DNA-HPV) no rastreamento do câncer do colo do útero.

Foram utilizadas palavras-chave em português, inglês e espanhol, combinando descritores controlados e termos livres relacionados ao tema investigado. Os principais termos utilizados foram: “oncogenética”, “câncer hereditário”, “genética do câncer”, “testagem genética”, “testagem em cascata”, “aconselhamento genético”, “diagnóstico precoce”, “rastreamento do câncer”, “saúde pública”, “mortalidade por câncer”, “DNA-HPV”, “biópsia líquida”, “*hereditary cancer*”, “*cancer genetics*”, “*genetic testing*”,

“cascade testing”, “genetic counseling”, “early diagnosis”, “cancer screening”, “public health”, “cancer mortality”, “HPV DNA testing” e “liquid biopsy”.

Os descritores foram intercruzados por meio dos operadores booleanos AND e OR, utilizados para combinar ou ampliar os termos de busca nas bases consultadas. As principais combinações utilizadas foram: “oncogenética AND saúde pública”, “câncer hereditário AND diagnóstico precoce”, “testagem genética AND câncer AND saúde pública”, “testagem em cascata AND câncer hereditário”, “aconselhamento genético AND prevenção do câncer”, “DNA-HPV AND rastreamento do câncer do colo do útero”, “biópsia líquida AND detecção precoce do câncer”, *“hereditary cancer AND cascade testing”, “genetic testing AND public health”, “genetic counseling AND cancer prevention”, “HPV DNA testing AND cervical cancer screening” e “liquid biopsy AND early cancer detection”.*

Os critérios de inclusão adotados foram: publicações entre 2023 e 2026; estudos disponíveis na íntegra; artigos científicos, revisões sistemáticas, metanálises, estudos populacionais, diretrizes e documentos institucionais; materiais publicados em português, inglês ou espanhol; produções relacionadas à oncogenética, testagem genética, rastreamento molecular, diagnóstico precoce, saúde pública e mortalidade por câncer; e estudos com dados quantitativos ou discussões diretamente vinculadas à prevenção e ao diagnóstico oncológico.

Foram excluídos materiais duplicados, estudos sem relação direta com oncogenética ou diagnóstico precoce, textos opinativos sem base metodológica definida, publicações anteriores a 2023, estudos indisponíveis na íntegra, materiais voltados exclusivamente ao tratamento farmacológico sem relação com rastreamento ou prevenção e produções que não apresentavam contribuição clara para a discussão em saúde pública. Também foram excluídos estudos restritos a aspectos laboratoriais sem aplicação clínica ou coletiva, pois o objetivo da revisão foi discutir a oncogenética como estratégia de saúde pública, diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer.

Na etapa inicial, foram encontrados 436 registros nas bases e fontes consultadas, sendo 82 no PubMed/MEDLINE, 61 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 34 na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 28 na Scientific Electronic Library Online (SciELO), 73 na Scopus, 69 na Web of Science, 54

no Google Scholar e 35 em sites institucionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde. Após a remoção de 52 duplicatas, permaneceram 384 registros para triagem por título e resumo.

Na triagem por título e resumo, 291 registros foram excluídos por não tratarem diretamente de oncogenética, saúde pública, diagnóstico precoce ou redução da mortalidade por câncer. Após essa etapa, 93 materiais foram selecionados para leitura completa.

Na leitura completa, foram excluídos 80 materiais, sendo 24 por apresentarem foco exclusivo em tratamento oncológico sem relação com rastreamento ou prevenção, 18 por não apresentarem dados quantitativos ou discussão aplicável à saúde pública, 14 por abordarem somente aspectos laboratoriais sem conexão com políticas de diagnóstico precoce, 11 por não apresentarem acesso integral ao texto, 8 por repetirem achados já contemplados em estudos mais recentes e 5 por não se adequarem ao recorte temporal definido. Desse modo, 13 estudos e documentos foram incluídos no corpus final da revisão, por apresentarem maior aderência ao tema, dados quantitativos relevantes e contribuição direta para a análise da oncogenética como estratégia de diagnóstico precoce e redução da mortalidade por câncer.

O corpus final foi composto por estudos e documentos publicados entre 2024 e 2026, incluindo pesquisas sobre triagem genômica, testagem em cascata, painéis genéticos, rastreamento com DNA-HPV, biópsia líquida, diretrizes de rastreamento e estimativas de mortalidade evitada. A análise dos materiais foi realizada de forma narrativa e comparativa, considerando os objetivos dos estudos, o desenho metodológico, a população ou amostra analisada, os principais dados quantitativos, os resultados encontrados e as contribuições para a saúde pública.

As informações extraídas foram organizadas em seis categorias temáticas: carga global do câncer e mortalidade; oncogenética e identificação de risco hereditário; testagem em cascata e aconselhamento genético; rastreamento molecular e diagnóstico precoce; biópsia líquida e novas tecnologias; e desafios para incorporação equitativa no sistema de saúde. Essa organização permitiu comparar os estudos selecionados e relacionar os achados quantitativos com as possibilidades de aplicação da oncogenética em políticas públicas de prevenção e cuidado oncológico.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica baseada exclusivamente em artigos científicos, documentos públicos e materiais institucionais de acesso aberto, sem coleta de dados com seres humanos, sem intervenção direta, sem identificação de participantes e sem uso de informações sigilosas, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A carga global do câncer confirma a relevância da oncogenética e das estratégias de diagnóstico precoce para a saúde pública, pois foram estimados quase 20 milhões de novos casos e 9,7 milhões de mortes por câncer no mundo em 2022, com destaque para o câncer de pulmão, responsável por cerca de 2,5 milhões de novos casos e 18,7% das mortes globais por câncer, seguido pelos tumores de mama, colorretal, próstata e estômago entre os mais incidentes (Bray *et al.*, 2024).

A Organização Mundial da Saúde afirma que o câncer correspondeu a quase 10 milhões de mortes em 2020, equivalendo a aproximadamente uma em cada seis mortes no mundo, além de indicar que muitos tumores apresentam maior possibilidade de cura quando identificados precocemente e tratados de modo adequado (Organização Mundial da Saúde, 2026).

Savatt *et al.* (2025) analisaram 175.500 participantes com sequenciamento de exoma disponível em um programa de triagem genômica e identificaram 5.934 indivíduos, correspondentes a 3,4% da amostra, com variantes patogênicas em 81 genes associados a maior risco de doenças, dado que equivale a aproximadamente um resultado acionável a cada 30 pessoas avaliadas (Savatt *et al.*, 2025).

Savatt *et al.* (2025) também verificaram que, entre 5.119 resultados genômicos comunicados a 5.052 participantes elegíveis, 2.031 resultados, equivalentes a 39,7%, estavam relacionados ao risco de câncer, enquanto 4.425 participantes, equivalentes a 87,6%, desconheciam previamente o próprio risco genômico (Savatt *et al.*, 2025).

Chiang *et al.* (2024) apontam que as síndromes hereditárias de câncer correspondem a aproximadamente 10% de todos os cânceres e que familiares de primeiro grau de indivíduos com variante patogênica ou provavelmente patogênica apresentam

50% de chance de herdar a alteração genética familiar, o que amplia a importância da testagem em cascata como estratégia preventiva coletiva (Chiang *et al.*, 2024).

Chiang *et al.* (2024) identificaram 2.606 estudos na busca inicial, avaliaram 63 textos em leitura completa e incluíram 27 estudos na revisão sistemática, sendo que 17 estudos, correspondentes a 63,0%, eram prospectivos, 5 estudos, correspondentes a 18,5%, eram transversais, e 5 estudos, correspondentes a 18,5%, eram retrospectivos (Chiang *et al.*, 2024).

Chiang *et al.* (2024) observaram que a adesão à testagem em cascata permanece frequentemente abaixo de 30%, mas intervenções organizadas por arranjos de cuidado alcançaram média de 68% de adesão, enquanto intervenções financeiras chegaram a 37% e estratégias de implementação atingiram 24%, demonstrando diferença quantitativa importante entre os modelos de organização do serviço (Chiang *et al.*, 2024).

Ahsan *et al.* (2024), em revisão sistemática e metanálise com 30 estudos sobre câncer hereditário de mama e ovário, encontraram adesão global de 33% à testagem genética em cascata, com intervalo de confiança de 95% entre 25% e 42%, além de maior adesão entre mulheres e familiares de primeiro grau.

Teixeira *et al.* (2024) avaliaram a transição de um rastreamento citológico oportunístico para um programa organizado com teste DNA-HPV em uma cidade brasileira e registraram 20.551 mulheres rastreadas, cobertura de 58,7% no primeiro ciclo e cobertura de 77,8% quando os 17 meses mais afetados pela pandemia de COVID-19 foram excluídos da análise.

Teixeira *et al.* (2024) identificaram 87,2% de resultados negativos no DNA-HPV, 6,2% de encaminhamentos para colposcopia, 84,8% de colposcopias realizadas entre as mulheres encaminhadas, 258 lesões precursoras de alto grau e 29 casos de câncer cervical, dos quais 83% estavam em estágio I.

Teixeira *et al.* (2024) compararam o programa com DNA-HPV ao rastreamento citológico anterior, que havia realizado 41.387 exames entre 2012 e 2016 e detectado 36 cânceres cervicais, com idade média de 52,0 anos e 67% em estágios avançados, enquanto o novo programa detectou cânceres com idade média de 41,4 anos e maior concentração no estágio I.

Alem *et al.* (2025) analisaram 364 mulheres brasileiras atendidas em ambulatório público de alto risco para câncer de mama hereditário e identificaram que 313 participantes, equivalentes a 86%, apresentaram alterações genéticas, enquanto 51 participantes, equivalentes a 14%, tiveram resultados benignos ou provavelmente benignos.

Alem *et al.* (2025) observaram que o painel ampliado de 144 genes elevou a identificação de variantes de significado incerto para 56,3%, enquanto os painéis de 20 e 23 genes apresentaram 23,9% e 31%, respectivamente, com significância estatística de $p < 0,001$ nas comparações realizadas.

O INCA informou que o teste DNA-HPV foi incorporado ao SUS em março de 2024, teve diretrizes nacionais aprovadas pela Conitec em fevereiro de 2025 e passou a integrar uma implementação progressiva prevista para todo o país até o fim de 2026, com participação de cerca de 80 especialistas na elaboração das diretrizes nacionais (INCA, 2025).

Goddard *et al.* (2025) estimaram que 5,94 milhões de mortes por câncer de mama, colo do útero, colorretal, pulmão e próstata foram evitadas entre 1975 e 2020 nos Estados Unidos, sendo que prevenção e rastreamento responderam por 4,75 milhões de mortes evitadas, equivalentes a 80% do total.

Goddard *et al.* (2025) apontaram que a redução do tabagismo respondeu por 98% das mortes evitadas por câncer de pulmão, o rastreamento respondeu por praticamente 100% das mortes evitadas por câncer do colo do útero, a prevenção e o rastreamento responderam por 79% das mortes evitadas por câncer colorretal e o rastreamento respondeu por 56% das mortes evitadas por câncer de próstata.

Os dados indicam que a oncogenética pode fortalecer a saúde pública quando associada a programas de rastreamento e diagnóstico precoce, pois a identificação de 3,4% de variantes patogênicas acionáveis em uma população de 175.500 pessoas mostra que uma parcela aparentemente pequena, quando aplicada em larga escala, representa milhares de indivíduos com possibilidade de vigilância, aconselhamento e prevenção antes do adoecimento ou do diagnóstico tardio (Savatt *et al.*, 2025).

A identificação de 39,7% de resultados relacionados ao risco de câncer entre os achados comunicados por Savatt *et al.* (2025) dialoga com a estimativa de Chiang *et al.*

(2024) de que cerca de 10% dos cânceres possuem componente hereditário, demonstrando que a oncogenética tem impacto clínico individual e também relevância coletiva quando direciona familiares para rastreamento e testagem em cascata.

A baixa adesão à testagem em cascata aparece como um obstáculo concreto para a redução da mortalidade, pois Chiang *et al.* (2024) apontam taxas frequentemente inferiores a 30%, enquanto Ahsan *et al.* (2024) encontraram adesão global de 33% em câncer hereditário de mama e ovário, demonstrando que muitos familiares com risco aumentado permanecem fora das ações de prevenção e diagnóstico precoce.

A comparação entre os modelos de intervenção mostra que a organização do serviço modifica os resultados, pois Chiang *et al.* (2024) encontraram adesão média de 68% quando as intervenções envolveram arranjos de cuidado, resultado superior aos 37% das estratégias financeiras e aos 24% das estratégias de implementação, sugerindo que navegação de pacientes, coordenação da rede e contato estruturado com familiares podem ser mais efetivos do que ações isoladas.

A experiência brasileira com DNA-HPV reforça que o diagnóstico precoce depende da organização da rede e não somente da existência do exame, pois o programa avaliado por Teixeira *et al.* (2024) alcançou 84,8% de realização de colposcopias entre as mulheres encaminhadas e detectou 83% dos cânceres em estágio I, enquanto o programa citológico anterior apresentava 67% dos casos em estágios avançados.

A diferença de idade média entre os cânceres detectados no modelo DNA-HPV e no modelo citológico anterior, passando de 52,0 anos para 41,4 anos, sugere antecipação diagnóstica de aproximadamente 10 anos e reforça a importância de rastreamentos moleculares organizados para reduzir diagnóstico tardio, morbidade terapêutica e risco de morte por câncer do colo do útero (Teixeira *et al.*, 2024).

Os achados de Alem *et al.* (2025) mostram que a ampliação indiscriminada de painéis genéticos pode aumentar incertezas clínicas, pois o painel de 144 genes elevou a presença de variantes de significado incerto para 56,3%, valor superior aos 23,9% e 31% dos painéis menores, sem ganho proporcional na identificação de variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas.

A realidade brasileira exige cautela na incorporação de painéis extensos, pois a população geneticamente diversa pode apresentar maior frequência de variantes ainda

pouco classificadas nos bancos internacionais, o que torna indispensável investir em aconselhamento genético, bancos nacionais de variantes, formação profissional e protocolos públicos de interpretação dos resultados (Alem *et al.*, 2025).

Os dados de Goddard *et al.* (2025) fortalecem a discussão sobre mortalidade porque mostram que prevenção e rastreamento responderam por 4,75 milhões de mortes evitadas entre 1975 e 2020, valor que correspondeu a 80% das mortes evitadas nos cinco tipos de câncer avaliados, indicando que políticas públicas de detecção precoce podem produzir impacto populacional maior do que ações restritas ao tratamento tardio.

As biópsias líquidas e os testes multicâncer aparecem como tecnologias promissoras, mas ainda não podem ser apresentados como solução imediata para programas populacionais, pois Wan, Sasieni e Rosenfeld (2025) destacam incertezas sobre sensibilidade em estágios iniciais, falsos positivos, sobrediagnóstico, fluxos de investigação e comprovação de redução de mortalidade.

Bruhm *et al.* (2025) indicam que o DNA livre circulante pode apoiar abordagens não invasivas de detecção e monitoramento tumoral por meio de análises genômicas e fragmentômicas, mas os próprios autores ressaltam que a aplicação em saúde pública exige validação clínica, avaliação de desempenho em populações de risco e definição de protocolos que transformem o resultado laboratorial em cuidado efetivo.

A síntese quantitativa dos estudos permite afirmar que a oncogenética contribui para o diagnóstico precoce e para a redução da mortalidade quando é integrada a rastreamento organizado, testagem em cascata, aconselhamento genético, acompanhamento familiar, confirmação diagnóstica rápida e acesso ao tratamento, pois os melhores resultados aparecem nos estudos em que a tecnologia genética ou molecular é acompanhada por cobertura, coordenação do cuidado e continuidade assistencial (Savatt *et al.*, 2025; Teixeira *et al.*, 2024; Goddard *et al.*, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oncogenética apresenta importante contribuição para a saúde pública por ampliar as possibilidades de identificação precoce de pessoas com maior predisposição ao câncer, favorecendo a organização de estratégias preventivas, o rastreamento orientado

pelo risco e o acompanhamento familiar antes que a doença seja diagnosticada em estágios avançados.

A partir dos dados analisados, observa-se que a testagem genética, a testagem em cascata e os exames moleculares podem fortalecer as políticas de diagnóstico precoce quando estão articulados a fluxos bem definidos, aconselhamento genético, acesso aos serviços especializados e continuidade do cuidado.

Os resultados discutidos demonstram que a simples disponibilidade de tecnologias genéticas e moleculares não garante, de forma isolada, a redução da mortalidade por câncer, pois o impacto dessas estratégias depende da capacidade do sistema de saúde de transformar o resultado laboratorial em ações concretas de prevenção, vigilância, confirmação diagnóstica e tratamento oportuno. Portanto, a oncogenética precisa ser compreendida como parte de uma rede integrada de cuidado, na qual atenção primária, serviços de genética, oncologia, vigilância em saúde e políticas públicas atuem de maneira coordenada.

Também se destaca que a incorporação da oncogenética ao campo da saúde pública exige atenção às desigualdades sociais, territoriais e informacionais, uma vez que populações com menor acesso a exames, consultas especializadas e aconselhamento genético podem permanecer fora das estratégias de prevenção, mesmo quando apresentam risco aumentado. Dessa forma, a ampliação do acesso deve ocorrer de maneira planejada, ética e equitativa, evitando que a inovação tecnológica aprofunde desigualdades já existentes no diagnóstico e no tratamento do câncer.

Conclui-se que a oncogenética pode contribuir para o diagnóstico precoce e para a redução da mortalidade por câncer quando inserida em políticas públicas organizadas, sustentáveis e acessíveis, com critérios claros de indicação, profissionais capacitados, protocolos de acompanhamento e garantia de tratamento em tempo adequado. Assim, a integração entre ciência genética, planejamento em saúde e cuidado humanizado representa um caminho promissor para fortalecer a prevenção oncológica e melhorar os desfechos de pacientes, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

AHSAN, Muhammad Danyal *et al.* Uptake of cascade genetic testing for hereditary breast and ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 67, n. 4, p. 702-710, 2024. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000895. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39431491/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

ALEM, Caroline E. R. *et al.* Impact of germline panel size on hereditary cancer: findings of variants of uncertain significance in the Brazilian public health population selected for high hereditary cancer risk. **Frontiers in Cancer Control and Society**, v. 3, 1549584, 2025. DOI: 10.3389/fcacs.2025.1549584. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/cancer-control-and-society/articles/10.3389/fcacs.2025.1549584/full>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde oferta tecnologia inovadora 100% nacional para detectar câncer do colo do útero no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/ministerio-da-saude-oferta-tecnologia-inovadora-100-nacional-para-detectar-cancer-do-colo-do-uterio-no-sus/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. DOI: 10.3322/caac.21834. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21834>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRUHM, Daniel C. *et al.* Genomic and fragmentomic landscapes of cell-free DNA for early cancer detection. **Nature Reviews Cancer**, v. 25, p. 341-358, 2025. DOI: 10.1038/s41568-025-00795-x. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41568-025-00795-x>. Acesso em: 30 jun. 2026.

CHIANG, Jianbang *et al.* Strategies to improve implementation of cascade testing in hereditary cancer syndromes: a systematic review. **NPJ Genomic Medicine**, v. 9, 2024. DOI: 10.1038/s41525-024-00412-0. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41525-024-00412-0>. Acesso em: 30 jun. 2026.

GODDARD, Katrina A. B. *et al.* Estimation of cancer deaths averted from prevention, screening, and treatment efforts, 1975-2020. **JAMA Oncology**, v. 11, n. 2, p. 162-167, 2025. DOI: 10.1001/jamaoncol.2024.5381. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncol/fullarticle/2827241>. Acesso em: 30 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA lança manual para apoiar gestores do SUS na implementação do teste DNA-HPV. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/canais-de-atendimento/imprensa/releases/2025/inca-lanca-manual-para-apoiar-gestores-do-sus-na-implementacao-do-teste-dna-hpv>. Acesso em: 30 jun. 2026.



CORPAL

Congresso Regional de
Práticas e Cuidados Paliativos

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cancer. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: 30 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of human papillomavirus (HPV) DNA genotyping.** Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240121744>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SAVATT, Juliann M. *et al.* Genomic screening at a single health system. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 3, e250917, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0917. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2831645>. Acesso em: 30 jun. 2026.

TEIXEIRA, Julio Cesar *et al.* Transition from opportunistic cytological to organized screening program with DNA-HPV testing detected prevalent cervical cancers 10 years in advance. **Scientific Reports**, v. 14, 20761, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-71735-2. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-71735-2>. Acesso em: 30 jun. 2026.

WAN, Jonathan C. M.; SASIENI, Peter; ROSENFELD, Nitzan. Promises and pitfalls of multi-cancer early detection using liquid biopsy tests. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 22, p. 566-580, 2025. DOI: 10.1038/s41571-025-01033-x. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41571-025-01033-x>. Acesso em: 30 jun. 2026.