

Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas para propor linhas de cuidado: *scoping review*

Elements for assistance to patients with hematological malignancies to propose care lines: a scoping review

Elementos de asistencia a pacientes con neoplasias hematológicas para proponer líneas de atención: revisión de alcance

Mayane Cleisla dos Santos Rocha¹

ORCID: 0000-0003-0669-9791

Valéria Dantas de Azevedo¹

ORCID: 0000-0002-2584-5996

Maria de Fátima Lucena dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-4231-8204

Rodolfo Daniel de Almeida Soares¹

ORCID: 0000-0001-5531-964X

Viviane Euzébia Pereira Santos¹

ORCID: 0000-0001-8140-8320

Isabelle Campos de Azevedo¹

ORCID: 0000-0001-5322-7987

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

²Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Rocha MCS, Azevedo VD, Santos MFL, Soares RDA, Santos VEP, Azevedo IC. Elements for assistance to patients with hematological malignancies to propose care lines: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220152. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0152pt>

Autor Correspondente:

Mayane Cleisla dos Santos Rocha
E-mail: mayanecleisla@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 10-03-2022 **Aprovação:** 02-10-2022

RESUMO

Objetivos: identificar os elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas para propor uma linha de cuidado. **Métodos:** trata-se de uma *scoping review*, ancorada no referencial teórico do JBI, com buscas realizadas em abril de 2021 em oito bases de dados eletrônicas e 10 repositórios de teses e dissertações. **Resultados:** a amostra final foi composta por 93 estudos, e as principais formas de assistências prestadas que podem embasar uma linha de cuidado para esse público foram exames de imagem, imunofenotipagem, regimes quimioterápicos, radioterapia, gestão de infecções, avaliação do estado nutricional, manutenção da função oral, gerenciamento de sintomas e rastreamento para segundas neoplasias. **Conclusões:** a elaboração de uma linha de cuidados para pacientes onco-hematológicos se faz necessária, tendo em vista a complexidade que cerca o diagnóstico e tratamento das neoplasias hematológicas, além das dificuldades que se impõem em relação ao acesso e continuidade do cuidado em rede.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Pacientes; Planejamento de Assistência ao Paciente; Neoplasias Hematológicas; Neoplasias.

ABSTRACT

Objectives: to identify the elements for assistance to patients with hematological malignancies to propose a care line. **Methods:** this is a scoping review, anchored in the JBI theoretical framework, with searches carried out in April 2021, in eight electronic databases and 10 repositories of theses and dissertations. **Results:** the final sample consisted of 93 studies, and the main forms of assistance provided that can support a care line for this public were imaging tests, immunophenotyping, chemotherapy regimens, radiotherapy, infection management, assessment of nutritional status, maintenance of oral function, symptom management and screening for second malignancies. **Conclusions:** the elaboration of a care line for onco-hematologic patients is necessary, considering the complexity surrounding the diagnosis and treatment of hematologic malignancies, in addition to the difficulties that are imposed in relation to access and continuity of care in the network.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Patients; Patient Care Planning; Hematologic Neoplasms; Neoplasms.

RESUMEN

Objetivos: identificar los elementos para la asistencia a pacientes con neoplasias hematológicas para proponer una línea de atención. **Métodos:** se trata de una revisión de alcance, anclada en el marco teórico del JBI, con búsquedas realizadas en abril de 2021 en ocho bases de datos electrónicas y 10 repositorios de tesis y disertaciones. **Resultados:** la muestra final estuvo compuesta por 93 estudios, y las principales formas de asistencia brindadas que pueden sustentar una línea de atención a este público fueron pruebas de imagen, inmunofenotipificación, regímenes de quimioterapia, radioterapia, manejo de infecciones, evaluación del estado nutricional, mantenimiento de la función oral, manejo de síntomas y detección de segundas neoplasias malignas. **Conclusiones:** es necesario el desarrollo de una línea de atención al paciente oncohematológico, dada la complejidad que rodea al diagnóstico y tratamiento de las neoplasias hematológicas, además de las dificultades que se imponen en relación al acceso y continuidad de la atención en una red.

Descriptorios: Atención Integral de Salud; Pacientes; Planificación de Atención al Paciente; Neoplasias Hematológicas; Neoplasias.

INTRODUÇÃO

As linhas de cuidado (LC) referem-se a propostas de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde, com base nas necessidades epidemiológicas de maior relevância. Isso permite definir um fluxo assistencial pelo qual os usuários devem percorrer nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a atender às suas necessidades de saúde⁽¹⁻²⁾.

Em vista disso, as RAS são um modelo organizativo do sistema de atenção à saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que se articulam para promover um cuidado em saúde contínuo, integral e de qualidade. Logo, propõem-se a romper com a fragmentação da assistência, pela continuidade da atenção à saúde em todos os níveis do sistema, com foco no manejo das condições crônicas concomitantemente às condições agudas⁽³⁻⁴⁾.

Nesse sentido, a rede de atenção às doenças crônicas não transmissíveis é uma das redes prioritárias com ênfase na prevenção e controle de algumas condições de saúde⁽⁵⁾, a exemplo do câncer, com o intuito de reduzir a incidência de alguns tipos de neoplasias e melhorar a qualidade de vida dos usuários com essa doença.

Isso posto, observa-se a importância de uma LC para organizar os cuidados em saúde que atendam às necessidades dos indivíduos no contexto das doenças onco-hematológicas, de forma a possibilitar a condução da assistência, de maneira oportuna, para promoção, prevenção, proteção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer hematológico⁽⁶⁾, uma vez que são cânceres com incidência significativa na população⁽⁷⁾.

O Linfoma de Hodgkin (LH), o Linfoma Não Hodgkin (LNH) e o Mieloma Múltiplo (MM) representaram, respectivamente, cerca de 1,4, 7,0 e 2,3 milhões de vida acometidas por esses tipos de neoplasias hematológicas⁽⁸⁾. Ademais, a taxa de incidência de Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) e Leucemia Mieloide Aguda (LMA) aumentou consideravelmente na maioria dos países⁽⁹⁾, e a incidência de casos de LH aumentou 38,6% entre os anos de 1990 e 2017⁽¹⁰⁾.

Tais doenças requerem atenção especializada, rápido diagnóstico e tratamento efetivo, haja vista sua rápida evolução, a exemplo da LMA que, embora o prognóstico tenha melhorado nas últimas décadas, apenas um em cada quatro pacientes sobrevive cinco anos ou mais⁽¹¹⁾. Diante desse contexto, suscita-se a necessidade de sistematizar os cuidados dispensados a esses pacientes.

Portanto, torna-se fundamental sumarizar os elementos para a assistência prestada a pacientes com neoplasias hematológicas, para elaborar e propor uma LC para esse público tão específico, de forma a subsidiar um cuidado seguro, de qualidade e assertivo. Além disso, tal compilado de conhecimentos poderá embasar as decisões clínicas e condutas tomadas, assim como a atuação dos profissionais e o seguimento dos pacientes entre os serviços de saúde, por conseguinte, com desencadeamento e aprimoramento do itinerário clínico, de modo a assegurar uma prestação de cuidados baseados na melhor evidência disponível.

Diante do exposto, este estudo buscou responder à seguinte questão norteadora: quais os elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas que possam embasar a proposição de uma LC?

OBJETIVOS

Identificar os elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas para propor uma LC.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou materiais de domínio público e não envolveu seres humanos, não foi necessário apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, é importante destacar que foram respeitados os direitos autorais com correta citação e referenciamento.

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, elaborada a partir do método proposto pelo *JBI Reviewer's Manual*, e conduzida segundo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist*⁽¹²⁻¹³⁾. O protocolo de pesquisa está registrado no *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VCGPQ>).

Este tipo de revisão objetiva investigar evidências científicas, identificar e mapear as lacunas existentes sobre determinada área de estudo⁽¹⁴⁾. Foi desenvolvida por meio de cinco etapas: I - definição da questão de pesquisa; II - procura por estudos relevantes; III - seleção dos estudos; IV - extração e análises dos dados; V - junção, síntese e exposição dos resultados⁽¹⁵⁾.

Procedimentos metodológicos

A primeira etapa contemplou a elaboração da questão de pesquisa por meio da estratégia PCC (P = População: pacientes onco-hematológicos; C = Conceito: assistência; C = Contexto: LC).

Para o cumprimento da segunda etapa, foram identificados os descritores que englobassem o maior quantitativo de estudos relacionados ao tema da pesquisa, por meio da consulta no *Medical Subject Headings (MeSH)*, para os descritores em inglês, e no *Descritores de Ciência da Saúde (DeCS)*, para os descritores em português. Esse processo, somado ao emprego do operador booleano *AND*, culminou no desenvolvimento da seguinte estratégia de busca: (*Patients AND Patient Care Planning AND Hematologic Neoplasms*) e (*Pacientes AND Planejamento de Assistência ao Paciente AND Neoplasias Hematológicas*).

Inicialmente, como forma de garantir que não há estudos com a mesma temática registrados na OSF ou publicados, foi realizada uma busca ampla na plataforma e em bases de dados, para a identificação de protocolos ou revisões com temática semelhante. A partir de tal diagnóstico, seguiu-se com as etapas para consolidação da revisão de escopo.

A seleção dos estudos consistiu na identificação dos textos nas bases de dados e repositórios de teses e dissertações por meio da leitura de título e resumo, para triagem dos trabalhos, conforme critérios de elegibilidade, e leitura de texto completo para extração dos dados. As análises foram realizadas por pares de revisores, de forma independente, e, em caso de discordância, houve discussão para consenso. Em casos de dúvidas

e discordâncias, foi solicitado o parecer de um terceiro revisor especialista na área do objeto de estudo.

Para a etapa de separação, sumarização e relatório dos elementos essenciais encontrados, foi utilizado um instrumento estruturado, elaborado especificamente para este fim. Tal ferramenta permitiu a síntese, interpretação dos dados e a análise numérica básica da extensão, natureza e distribuição dos estudos selecionados para compor a amostra final.

Fonte de dados

As buscas foram realizadas, no mês de abril de 2021, nas seguintes bases de dados e repositórios de teses e dissertações: *U.S. National Library of Medicine (PubMed)*, *Scopus*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Web of Science*, *Science Direct*, *PSYCHINFO*, *EMBASE*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *The National Library of Australia's Trobe (Trove)*, *Academic Archive Online (DIVA)*, *Electronic Theses Online Service (EThOS)*, *The Education Resources Information Center (ERIC)*, *Theses Canada*, *DART-Europe E-Theses Portal*, *National ETD Portal*, *Teses e Dissertações da América Latina*, *Portal de Teses e Dissertações da CAPES* e *Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*.

Coleta e organização dos dados

Dos estudos incluídos na amostra final, extraíram-se as variáveis ano de publicação, país de realização do estudo, idioma, desenho metodológico, nível de evidência, nível de atenção à saúde, tipo do câncer hematológico, área do profissional de saúde e LC utilizadas para a assistência ao paciente com neoplasia hematológica. O nível de evidência dos estudos foi classificado de acordo com a proposta do JBI⁽¹⁶⁾, categorizados do um (I) a cinco (V).

O mapeamento dos dados ocorreu por meio do uso de um instrumento estruturado, proposto pelo *JBI Reviewers*⁽¹³⁾, que propiciou a identificação das informações essenciais dos estudos, o que oportunizou sintetizar e interpretar os dados, além de gerar a análise numérica básica da extensão, da natureza e da distribuição dos estudos incorporados na revisão.

Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *software Microsoft Excel 2016*, analisados por meio de estatística descritiva simples e apresentados em gráficos, figuras, quadros e/ou tabelas, conforme apropriado, para composição dos resultados deste estudo.

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados resultaram em uma amostra final composta por 93 estudos, a partir do processo de seleção descrito na Figura 1.

A caracterização dos estudos incluídos na amostra final se encontra descrita no Quadro 1, conforme ano de publicação, país de realização do estudo, desenho do estudo, nível de evidência, nível de atenção à saúde, tipo de neoplasia hematológica e síntese das LC identificadas.

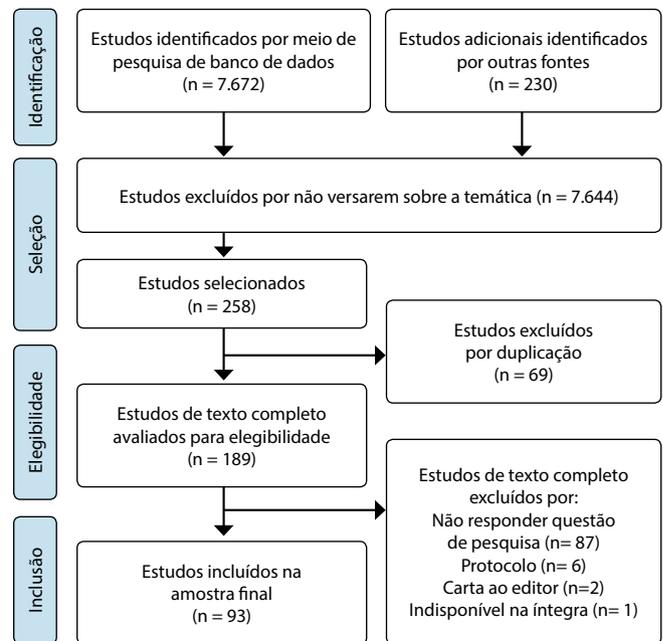


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção, adaptado de acordo com PRISMA-ScR⁽¹²⁾, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021

Com relação ao ano de publicação dos estudos, há produções desde 1978 até os dias atuais, em que se destaca uma crescente na última década, com ênfase para o ano de 2019 (17; 18,28%). Quanto ao idioma das publicações, todos estavam em inglês (93; 100%). Em relação à origem de realização das produções, destaca-se a maioria ser proveniente dos Estados Unidos da América (EUA) (30; 32,26%).

O desenho do estudo mais desenvolvido foi a revisão sistemática (29; 31,18%) e a coorte (25; 26,88%). Assim, o nível de evidência que se destacou foi o II (29; 31,18%). A assistência prestada às pessoas com neoplasias hematológicas se destaca mediante os níveis de atenção à saúde de alta complexidade (65; 54,62%) e média complexidade (49; 41,18%). Já os tipos de neoplasias hematológicas mais abordadas nos estudos foram as leucemias (42; 37,5%) e os linfomas (21; 18,75%). Ademais, o tipo de cuidado mais abordado foi o tratamento (50; 52,63%), seguido do diagnóstico (15; 15,79%).

Ressalta-se que alguns estudos retrataram mais de um tipo de cuidado, mais de um tipo de neoplasia hematológica, e os cuidados se aplicam em diferentes níveis de atenção à saúde, conforme apresentado no Quadro 1, o que justifica a quantidade dessas variáveis superarem a quantidade da amostra (93; 100%).

As referências dos artigos da amostra de dados selecionados nesta pesquisa se encontram em um arquivo anexado na OSF, e pode ser consultado a partir do acesso a plataforma, por meio do link disponibilizado no segundo parágrafo do método.

DISCUSSÃO

A relevância epidemiológica do câncer hematológico e o interesse pela melhoria dos cuidados aos pacientes afetados por essa doença se confirmam pelas necessidades de cuidados específicos, o quantitativo da amostra final desta pesquisa, o crescente número de produções científicas realizadas na última década e o aumento das taxas de incidência desse tipo de câncer^(8-10,17-18).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos quanto ao ano e país de desenvolvimento da pesquisa e os elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021 (n=93)

Cód.*/Ano/País	Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas
A1 [†] / 2012 / Multicêntrico	Diagnóstico Exames de imagem usados em linfoma difuso de grandes células B, como a tomografia computadorizada e tomografia por emissão de pósitrons.
A2 [†] / 2017 / Estados Unidos da América	
A3 [†] / 2016 / Itália	
A4 [†] / 2016 / Colômbia	Diagnóstico Utilização de perfis de expressão gênica para avaliar o perfil molecular no momento do diagnóstico e orientar as decisões terapêuticas, como sequenciamento de próxima geração.
A5 [†] / 2017 / Estados Unidos da América	
A6 [†] / 2019 / Áustria	
A7 [†] / 2018 / Estados Unidos da América	
A8 [†] / 2019 / Multicêntrico	
A9 [†] / 2020 / Dinamarca	
A10 [†] / 2016 / Estados Unidos da América	
A11 [†] / 2017 / Brasil	Diagnóstico Técnicas clínicas, biópsias, hemograma completo e contagem diferencial, exames de imunologia, citometria de fluxo, exames radiológicos e tecnologias genéticas, como análise de cromossomos e sequenciamento de DNA [‡] .
A12 [†] / 2018 / Países europeus	
A13 [†] / 2021 / Reino Unido	Diagnóstico Avaliação tripla baseada em exame clínico, imagem e biópsia.
	Tratamento A cirurgia é o tratamento primário recomendado. Em caso de doença formadora de massa, envolvimento de linfonodos ou doença distante podem exigir tratamento sistêmico, com indicação para quimioterapia, anticorpo monoclonal e/ou transplante autólogo de células-tronco. A radioterapia deve ser considerada quando a excisão completa não for possível, se as margens cirúrgicas forem positivas, apesar da capsulectomia total ou quando houver invasão da parede torácica.
A14 [†] / 2020 / Coreia do Sul	Diagnóstico Uso do algoritmo baseado em inteligência artificial para triagem de pacientes com suspeita de malignidades hematológicas usando dados de população celular, gerados por hemograma completo de rotina.
A15 [†] / 2012 / Alemanha	Diagnóstico A investigação do envolvimento do sistema nervoso central no diagnóstico da leucemia mieloide aguda é considerada necessária em crianças.
	Diagnóstico Os testes adicionais no diagnóstico são histórico médico, <i>status</i> de desempenho, exame físico, síndromes, comorbidades, bioquímica, testes de coagulação, teste de gravidez de soro em mulheres com potencial para engravidar, hepatite A, B, C, grupo sanguíneo, radiografia de tórax, 12 derivações, eletrocardiografia, ecocardiografia.
	Tratamento O tratamento do sistema nervoso central é administrado a todos os pacientes pediátricos, incluindo aqueles que não têm envolvimento detectável do sistema nervoso central.
	Tratamento O transplante de células-tronco hematopoiéticas é usado como terapia de consolidação pós-remissão.
A16 [†] / 2016 / Multicêntrico	Tratamento Há contínua indicação de transplante de células-tronco alogênico para leucemia mieloide aguda, neoplasia mieloproliferativa e falência medular e indicação de transplante autólogo no mieloma.
A17 [†] / 2015 / Irã	
A18 [†] / 2017 / Estados Unidos da América	Tratamento O transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas é uma opção de tratamento para pacientes com linfoma de células T recidivante e refratário. Deve ser considerado precocemente, na maioria dos casos, após a primeira recidiva, uma vez que a doença avançada e as múltiplas terapias anteriores preveem um maior risco de mortalidade não relacionada à recidiva e maiores taxas de recidiva.
A19 [†] / 2018 / Alemanha	

Continua

Continuação do Quadro 1

Cód.*/Ano/País	Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas
A20 [†] / 2022 / Inglaterra	<p>Tratamento Pacientes menores de 60 anos são geralmente tratados com poliquimioterapia intensiva de indução padrão, seguida por terapia de consolidação intensiva após a remissão ser alcançada. Pode ser associado ao transplante de células-tronco hematopoiéticas.</p>
A21 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	
A22 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	
A23 [†] / 2011 / Itália	
A24 [†] / 2008 / Itália	
A25 [†] / 2007 / Estados Unidos da América	
A26 [†] / 2013 / Áustria	
A27 [†] / 2014 / Áustria	
A28 [†] / 2016 / China	
A29 [†] / 2016 / Estados Unidos da América	
A30 [†] / 2017 / Coreia do Sul	
A31 [†] / 2018 / Turquia	
A32 [†] / 2017 / Coreia do Sul	
A33 [†] / 2018 / Finlândia	
A34 [†] / 2019 / China	
A35 [†] / 1978 / Estados Unidos da América	
A36 [†] / 2018 / Estados Unidos da América	
A37 [†] / 2018 / França	<p>Tratamento Quimioterapia de resgate, em caso de neoplasias hematológicas refratárias.</p>
A38 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	<p>Tratamento <i>Gestantes</i> - ocorre toxicidade fetal de grupos de terapia citostática durante o primeiro trimestre, enquanto a quimioterapia pode ser administrada com segurança durante o segundo e/ou terceiro trimestre, e a combinação de daunorrubicina e citarabina é recomendada para indução. Todos os inibidores de tirosina quinase são teratogênicos e são contraindicados durante a gravidez.</p>
A39 [†] / 2020 / Países europeus	
A40 [†] / 2020 / Itália	
A41 [†] / 2017 / Itália	
A42 [†] / 2019 / Taiwan	<p>Tratamento Brentuximab vedotin, conjugado anticorpo-fármaco, é bem tolerada e eficaz no tratamento de pacientes asiáticos com linfoma de Hodgkin recidivante e refratário. Pode fortalecer o controle da doença antes do transplante e melhorar os resultados pós-transplante, mesmo entre os pacientes fortemente pré-tratados.</p>
A43 [†] / 2018 / China	
A44 [†] / 2004 / Austrália	
A45 [†] / 2016 / Suíça	<p>Tratamento Uso de radioterapia de modo único apenas nos estágios iniciais do LH e do LNH de baixo grau. Em pacientes em estágio avançado, pode-se associar ciclos de quimioterapia seguidos de radioterapia. A radioterapia pareceu melhorar o controle local, o que sugere que pode ser uma escolha melhor para terapia ao tentar equilibrar a eficácia e tolerabilidade do tratamento.</p>
A46 [†] / 2017 / Itália	
A47 [†] / 2020 / Itália	
A48 [†] / 2020 / Itália	
A49 [†] / 2017 / Estados Unidos da América	
A50 [†] / 2014 / Países baixos	<p>Tratamento <i>Idosos</i> - os pacientes devem ser encorajados a tomar decisões com base em informações precisas sobre os riscos e benefícios de todas as opções de tratamento disponíveis, incluindo drogas investigativas de ensaio clínico.</p>
A51 [†] / 2017 / China	<p>Tratamento A imunoterapia é um tratamento seguro, viável e bem tolerado para os pacientes com mieloma múltiplo, e pode constituir uma estratégia promissora para os casos recidivante ou refratário.</p>
A52 [†] / 2015 / China	

Continua

Continuação do Quadro 1

Cód.*/Ano/País	Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas
A53 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	<p>Tratamento As imunoterapias estão em um estágio de investigação, mas apresentam um meio atraente para desenvolver uma terapia multimodal com potencial para uma melhor eficácia terapêutica.</p>
A54 [†] / 2013 / Irã	
A55 [†] / 2018 / Estados Unidos da América	
A56 [†] / 2019 / Canadá	
A57 [†] / 2020 / Estados Unidos da América	
A58 [†] / 2021 / Irlanda	
A59 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	<p>Tratamento Idosos - abordagem individualizada e personalizada para administrar terapias intensivas para adultos mais velhos com doenças hematológicas, com as opções de quimioterapia de indução intensiva, agentes hipomeliantes, transplante de células hematopoiéticas alogênicas e autólogas.</p>
A60 [†] / 2013 / Itália	
A61 [†] / 2012 / França	<p>Tratamento Idosos - avaliação geriátrica abrangente para determinar a elegibilidade ao tratamento, incluindo estado funcional, comorbidades, cognição, saúde psicológica ou mental, suporte social, estado nutricional e polifarmácia.</p>
A62 [†] / 2007 / Suíça	
A63 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	
A64 [†] / 2014 / Multicêntrico	<p>Suporte Odontológico - avaliação odontológica e oral abrangente para identificar e eliminar possíveis fontes de infecção, dor e trauma, como dentes comprometidos por cáries, além de controle da dor, manutenção da função oral, gerenciamento das complicações orais decorrentes do tratamento e a conservação da qualidade de vida.</p>
	<p>Suporte Odontológico – orientação sobre escovação três vezes ao dia, com uso de escovas ultra macias, bem como o cuidado com a higienização e conservação da escova, além da realização de enxágues frequentes, especialmente em situações que a higiene seja dificultada pela mucosite oral.</p>
	<p>Suporte Odontológico - uso de analgésicos tópicos ou anestésicos para alívio da dor decorrente de mucosite oral.</p>
	<p>Suporte Odontológico – gerenciamento de complicações orais da quimioterapia/transplante de células-tronco, como encorajar o paciente a manter a ingestão oral enquanto sofre de disgeusia, e manter a função oral, como a umidade da boca com paliação de goles e borrifos de água ou substitutos da saliva e estimulantes mecânicos de sabor (goma de mascar, balas agridoces) e o uso de <i>spray</i> ou enxágue bucal.</p>
A65 [†] / 1996 / Estados Unidos da América	<p>Suporte Odontológico - eliminação das fontes potenciais de trauma oral, como próteses mal ajustadas, aparelhos ortodônticos, restaurações deficientes/ásperas, dentição traumática e cálculo dentário.</p>
A66 [†] / 2015 / Brasil	
A67 [†] / 2013 / Japão	<p>Suporte Odontológico - ferramenta de graduação da quimioterapia que induz a mielossupressão, para facilitar a comunicação entre a equipe médica e odontológica e o tratamento da infecção odontogênica desencadeada por terapêutica.</p>
A68 [†] / 2003 / Estados Unidos da América	<p>Suporte Multiprofissional - triagem dos sintomas e a adequada intervenção, a partir da implementação de entrevistas, encaminhamentos, coordenação e acompanhamento da enfermagem. Avaliações especializadas como parte da rotina inicial quanto à prática do serviço social e da psicologia.</p>
A69 [†] / 2020 / Alemanha	
A70 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	<p>Suporte Mudanças nas políticas de admissão precoce na Unidade de Terapia Intensiva, para cuidado de infecções de pacientes com neoplasias hematopoiéticas.</p>
A71 [†] / 2017 / Polônia	<p>Suporte Nutricional - atuação profilática, a partir da avaliação do estado nutricional, com auxílio de diversos métodos (questionários de avaliação do risco de desnutrição, medidas antropométricas, testes bioquímicos, entre outros), e introdução da suplementação de nutrientes pela nutrição enteral, pelo fornecimento de suplementos nutricionais orais ou nutrição parenteral, em casos de desnutrição e caquexia já instalados.</p>
A72 [†] / 2016 / Inglaterra	<p>Suporte O uso de transfusões de plaquetas profiláticas em baixas doses para pacientes trombocitopênicos, devido à quimioterapia mielossupressora ou transplante de célula-tronco.</p>

Continua

Continuação do Quadro 1

Cód.*/Ano/País	Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas
A73 [†] / 2015 / China	Suporte Implementação do protocolo para reduzir efetivamente o tempo porta-antibiótico para atender ao padrão internacional de atendimento em pacientes com sepse neutropênica.
A74 [†] / 2006 / Coreia do Sul	Suporte Avaliação e gestão de infecções associadas à neutropenia, com realização de profilaxia para infecções bacterianas e fúngicas, devido ao estado imune comprometido do paciente.
A75 [†] / 2012 / Estados Unidos da América	
A76 [†] / 2018 / Itália	
A77 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	Suporte Implementação de protocolo de terapia de loga no câncer, incluindo consciência corporal, consciência respiratória, movimento adaptativo e prática de imagens relaxantes.
A78 [†] / 2007 / Estados Unidos da América	Cuidados paliativos Engajar os pacientes no planejamento de cuidados antecipados, que inclui a realização de testamento em vida, discussão do prognóstico, opções de tratamento e preferências de tratamento de suporte de vida.
A79 [†] / 2018 / Estados Unidos da América	
A80 [†] / 2020 / Estados Unidos da América	Cuidados paliativos Gerenciar sintomas, suporte emocional, atenção às necessidades psicossociais e espirituais, planejar cuidados avançados e coordenação de cuidados.
A81 [†] / 2015 / Finlândia	
A82 [†] / 2017 / Espanha	
A83 [†] / 2015 / Estados Unidos da América	
A84 [†] / 2019 / Holanda	Cuidados paliativos Inserir em tempo hábil os pacientes elegíveis nos cuidados que promovam a qualidade de vida, de acordo com as preferências individuais.
A85 [†] / 2012 / Estados Unidos da América	
A86 [†] / 2020 / Alemanha	
A87 [†] / 2014 / Brasil	
A88 [†] / 2019 / Estados Unidos da América	
A89 [†] / 2019 / Arábia Saudita	Pós-tratamento Realizar rastreio para neoplasias secundárias ou recorrência do câncer, minimização dos fatores de risco e exposições e intervenção precoce, caso detectado.
	Pós-tratamento Avaliar a persistência de toxicidade relacionada ao tratamento e os riscos dos efeitos tardios.
	Pós-tratamento Realizar aconselhamento sobre reprodução, avaliação de fertilidade basal, aconselhamento sobre banco de esperma e banco de oócitos. Em caso de disfunção sexual, realizar reposição de hormônio sexual e/ou tratamento de secura vaginal.
	Pós-tratamento Efetuar triagem para questões psicossociais, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, síndromes metabólicas, como diabetes, ganho ou perda de peso, dislipidemia.
	Pós-tratamento Gerar incentivo à saúde preventiva, com prática de hábitos de vida saudáveis, recomendações de atividade física regular, manutenção do índice de massa corporal ideal, vacinação, rastreio de rotina para fadiga, triagem de rotina e avaliação da dor e educação sobre higiene do sono.
A90 [†] / 2019 / China	Pós-tratamento Monitorar a doença residual mínima, prevenir e tratar a recidiva.
A91 [†] / 2000 / Austrália	Pós-tratamento Engajar o paciente em serviços de apoio, como programas educacionais, grupos de apoio e voluntários, para suporte no retorno à rotina no domicílio e fornecimento de apoio às famílias.
A92 [†] / 2014 / Austrália	Pós-tratamento Aplicar ferramenta de pesquisa de necessidades não atendidas de sobreviventes em cinco domínios: preocupações financeiras, saúde emocional, acesso e continuidade de cuidados, informação e relacionamentos.

Continua

Continuação do Quadro 1

Cód.*/Ano/País	Elementos para assistência a pacientes com neoplasias hematológicas
A93 [†] / 2017 / Estados Unidos da América	<p>Pós-tratamento Proposição de modelos de cuidado:</p> <p><i>1. Modelo Consultivo</i> O responsável pelo cuidado passa a ser o profissional de saúde da atenção básica, que possui prática avançada de oncologia (enfermeiro, oncologista ou médico de atenção primária focado na sobrevivência ao câncer). Há realização de uma consulta de sobrevivência com visitas de acompanhamento com a formação dos planos de cuidados de sobrevivência, resumo dos efeitos tardios, avaliação de sintomas e qualidade de vida.</p> <p><i>2. Modelo de Atendimento Compartilhado</i> A realização de assistência é compartilhada entre o especialista em câncer e o médico de atenção primária. Nessa relação, o oncologista oferece todos os cuidados relacionados ao câncer na fase pós-tratamento, enquanto o risco de recidiva da doença é maior. Durante esse período, os médicos de atenção primária gerenciam os cuidados não relacionados ao câncer, se aplicável. Quando considerado apropriado, o oncologista libera o paciente para prestação de cuidados na atenção primária, incluindo na transição de cuidados um resumo de tratamento por escrito e um plano de cuidados de sobrevivência para ajudar a formalizar as vias de comunicação, delegar responsabilidades e garantir o acompanhamento médico adequado.</p>

*Cód. - código; †A - artigo; ‡DNA - ácido desoxirribonucleico.

O local de realização dos estudos mais frequente foram os EUA e países europeus; em contrapartida, observou-se que o continente Africano não teve representação, o que é possível correlacionar com o investimento no aparato tecnológico e desenvolvimento de produções científicas desses países⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Da mesma forma, essa relação pode estar associada à magnitude do câncer hematológico⁽²¹⁻²²⁾ nesse conjunto de países, dado que a América do Norte apresenta a segunda maior incidência de casos de LNH, e a Europa ocupa a terceira posição em relação ao diagnóstico dessa doença⁽²³⁾. Além disso, a LLC e a LMA foram mais comumente diagnosticados em países localizados na Europa e América do Norte entre 1997 e 2017⁽⁹⁾.

Ademais, as neoplasias mais abordadas nos estudos foram as leucemias e os linfomas, em consonância com a necessidade da prestação de assistência aos pacientes, dado que esses são os tipos de câncer hematológico mais distribuídos entre a população^(7,9,20,24-26).

Quanto ao nível de atenção à saúde, os achados deste estudo revelam que os cuidados onco-hematológicos se concentram nos níveis de média e alta complexidade, uma vez que o câncer é um tipo de doença que requer equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada⁽²⁷⁻²⁸⁾.

No entanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, na realização de rastreamento da doença, diagnóstico precoce, regulação dos pacientes para outros níveis de atenção e capacitação das equipes, além de coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer⁽²⁹⁾.

Contudo, observa-se que existem dificuldades na prestação da assistência ao paciente com câncer nos serviços de APS, devido à necessidade de qualificação de profissionais envolvidos no processo de identificação de sinais e sintomas, ao encaminhamento ao diagnóstico e tratamento precoce, à desigualdade de acesso dos usuários aos serviços disponíveis e às demoras na realização de exames e retorno para consultas⁽²⁹⁾. Assim, faz-se necessário melhorar as ações nesse nível de atenção à saúde, para minimizar o atraso no diagnóstico, na realização dos cuidados e na utilização de recursos, de modo a garantir uma assistência integral ao paciente com neoplasias hematológicas.

Nesse sentido, o diagnóstico precoce aumenta o sucesso no tratamento e as chances de cura. Não obstante, nas leucemias pediátricas⁽³⁰⁻³¹⁾, em que não é possível a prevenção primária, relacionada a fatores modificáveis⁽³²⁾, frequentemente recomendada aos adultos, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e outros hábitos de vida, ressalta-se a importância da identificação das diversas tecnológicas desenvolvidas para a investigação da doença⁽³³⁾.

Outro aspecto de notável relevância são os cuidados de suporte⁽³⁴⁾, uma vez que minimizam complicações⁽³⁵⁾, como o alto risco de infecções, caquexia, mucosite, depressão, perda da função social e outros efeitos colaterais ao tratamento e ao comprometimento ocasionados pelo curso do câncer⁽³⁶⁻³⁹⁾. Além disso, viabiliza a vivência do processo de enfrentamento do câncer com melhor qualidade de vida e melhor resposta ao tratamento da neoplasia⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Nessa perspectiva, ainda pode-se inferir um enfoque maior dos estudos no processo curativo, em detrimento da detecção e dos cuidados direcionados ao pós-tratamento. Com isso, tem-se um aumento crescente de sobreviventes do câncer, a partir do desenvolvimento e do sucesso das terapêuticas antineoplásicas⁽⁴²⁾.

Contudo, a taxa de mortalidade para as neoplasias hematológicas ainda é elevada^(7,43-44). Desse modo, os cuidados paliativos têm a finalidade de melhorar o cuidado durante a trajetória final de vida e devem ser integrados em tempo hábil no cuidado oncológico padrão. Não obstante, ainda se observam a implementação de cuidados intensivos até o final da vida e frequentes óbitos hospitalares^(22,45-46).

Isso se associa à natureza complexa das neoplasias hematológicas e seu tratamento, atrasos nas discussões sobre o fim da vida, a falta de integração dos serviços de cuidados paliativos e barreiras no domicílio para que o paciente vivencie o final da vida em casa⁽²²⁾.

Em contrapartida, o aumento da sobrevida tem implicado uma nova demanda de cuidados pós-tratamento, que ainda não são supridas pelos serviços de saúde, visto que estudos revelam a alta prevalência de necessidades não atendidas nessa população, como preocupações com a mudança na concentração e na memória, fadiga, mudança na atividade sexual, ansiedade, depressão e mudança na imagem corporal^(42,47-48).

Assim, verifica-se a necessidade de mudanças na assistência aos pacientes com câncer hematológico. A determinação de uma LC que sistematize o itinerário terapêutico desses pacientes pode minimizar as lacunas existentes na RAS e promover uma prestação de cuidados segura, com qualidade e tempo oportuno, que pode propiciar maior tempo de sobrevida⁽⁴⁹⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, tem-se a dificuldade de acesso a artigos indisponíveis na íntegra, por não se adequarem a este critério, fato que pode ter levado à perda de publicações que poderiam enriquecer os achados deste estudo.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

O presente estudo traz contribuições relevantes para a saúde, em especial para o âmbito da onco-hematologia, ao destacar as particularidades dos elementos que podem compor uma LC para sistematizar os serviços e a assistência prestada aos pacientes.

Cabe ressaltar a importância da equipe multiprofissional, em especial da enfermagem, dentro desse contexto, por ser a categoria profissional mais presente durante todo o processo de cuidado e, assim, com maiores oportunidades para identificar as necessidades de saúde-doença do paciente, traçar e tomar as melhores decisões e condutas para implementação das LC, ao considerar as particularidades de cada caso.

CONCLUSÕES

Diante dos achados, esta pesquisa alcançou o objetivo proposto e apresentou os principais elementos que podem embasar a proposição de uma LC para assistência a pacientes onco-hematológicos, quando sumarizou aspectos importantes sobre o diagnóstico, tratamento, cuidados de suporte, cuidados paliativos e assistência pós-tratamento.

De forma geral, esses pacientes enfrentam diversos obstáculos para alcançar atendimento especializado, tendo em vista a complexidade que cerca o diagnóstico e o tratamento das neoplasias hematológicas, assim como as dificuldades, que se impõem em relação ao acesso e continuidade do cuidado em rede que, muitas vezes, implica desfecho desfavorável e morte.

Para tanto, essa temática precisa ser abordada em novas pesquisas, buscando suscitar evidências para basear a prática dos profissionais de saúde e a dinâmica dos serviços de saúde, a partir das necessidades apresentadas, associado à atualização e capacitação dos profissionais de saúde com os novos conhecimentos.

COLABORAÇÕES

Azevedo IC contribuiu com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Rocha MCS e Azevedo VD contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Santos MFL, Soares RDA e Santos VEP contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Marques M, Barbiani R, Nora CRD, Cremonese L, Miguel TB, Ciconet RM, et al. Line of care for the attention to morbimortality from external causes in adolescents and young people. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0428>
2. Trindade LF, Kolankiewicz ACB, Bandeira LR, Rodrigues CD, Zeitoun RCG, Loro MM. Praxis of family health teams in the care of cancer patients. *Acta Paul Enferm.* 2021;34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO03054>
3. Damasceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Health care networks: a strategy for health systems integration. *Rev Enferm UFSM.* 2020;10(14):1-14. <https://doi.org/10.5902/2179769236832>
4. Landim ELAS, Guimarães MCL, Pereira APCM. Healthcare network: systemic integration from the perspective of macromanagement. *Saúde Debate.* 2019;43(suppl 5). <https://doi.org/10.1590/0103-110420195514>
5. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(01). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
6. Galvão ND, Souza RAG, Souza BSN, Melanda FN, Andrade ACS, Sousa NFS, et al. Cancer surveillance in Mato Grosso, Brazil: methodological and operational aspects of a university extension/research project. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720220002.supl.1.1>
7. Silva FF, Latorre MRDO. Survival from acute lymphocytic leukemia in children in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008019>
8. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1859-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
9. Dong Y, Shi O, Zeng Q, Lu X, Wang W, Li Y, et al. Leukemia incidence trends at the global, regional, and national level between 1990 and 2017. *Exp Hematol Oncol.* 2020;9:14. <https://doi.org/10.1186/s40164-020-00170-6>
10. Zhou L, Deng Y, Li N, Zheng Y, Tian T, Zhai Z, et al. Global, regional, and national burden of Hodgkin lymphoma from 1990 to 2017: estimates from the 2017 Global Burden of Disease study. *J Hematol Oncol.* 2019;12(1):107. <https://doi.org/10.1186/s13045-019-0799-1>
11. Vosberg S, Greif PA. Clonal evolution of acute myeloid leukemia from diagnosis to relapse. *Genes Chromosomes Cancer.* 2019;58(12):839-49. <https://doi.org/10.1002/gcc.22806>

12. Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Reviewer's Manual [Internet]. JBI; 2020 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
16. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. The Joanna Briggs Institute. 2014 [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>
17. Syed-Abdul S, Firdani RP, Chung HJ, Uddin M, Hur M, Park JH, et al. Artificial intelligence based models for screening of hematologic malignancies using cell population data. *Scientific Rep*. 2020;10:4583. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61247-0>
18. Osterman CK, Triglianos T, Winzelberg GS, Nichols AD, Rodriguez-O'Donnell D, Bigelow SM, et al. Risk stratification and outreach to hematology/oncology patients during the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer*. 2021;29(3):1161-64. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05744-y>
19. Okoroïwu HU, López-Muñoz F, Povedano-Montero FJ. Bibliometric analysis of global sickle cell disease research from 1997 to 2017. *Hematol, Transfus Cell Ther*. 2022;44(2):186-96. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.09.156>
20. Hofsefh LJ. Getting rigorous with scientific rigor. *Carcinogenesis*. 2018;39(1):21-5. <https://doi.org/10.1093/carcin/bgx085>
21. Mascaro JS, Waller AV, Wright L, Leonard T, Haack C, Waller EK. Individualized, single session yoga therapy to reduce physical and emotional symptoms in hospitalized hematological cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2019;18. <https://doi.org/10.1177/1534735419861692>
22. Verhoef MJ, Nijss EJ, Ootjers CS, Fiocco M, Fogteloo AJ, Heringhaus C, et al. End-of-life trajectories of patients with hematological malignancies and patients with advanced solid tumors visiting the emergency department: the need for a proactive integrated care approach. *Am J Hosp Palliat Care*. 2029;37(9):692-700. <https://doi.org/10.1177/1049909119896533>
23. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
24. Lomonaco LA, Koifman RJ, Freire C. Clinical epidemiological profile and survival of hospital cases of acute leukemia in a reference hospital in Rio Branco: Acre, 2007-2014. *Cad Saúde Colet*. 2021;29(3). <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030550>
25. Leisch M, Jansko B, Zaborisky N, Greil R, Pleyer L. Next Generation Sequencing in AML-On the Way to Becoming a New Standard for Treatment Initiation and/or Modulation? *Cancers (Basel)*. 2019;11(2). <https://doi.org/10.3390/cancers11020252>
26. Damlaj M, Fakhri RE, Hashmi SK. Evolution of survivorship in lymphoma, myeloma and leukemia: Metamorphosis of the field into long term follow-up care. *Blood Rev*. 2019;33:63-73. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2018.07.003>
27. Lopes-Júnior LC, Lima RAG. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(1):1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>
28. Jaggi LMA, Canabarro ST, Rabin EG, Caregnato RCA. Strategic management promoting teaching and service integration: multidisciplinary residency deployment in Onco-Hematology. *Interface*. 2018;22(66):939-49. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0906>
29. Lombardo MS, Popim RC. Access of the patient to the cancer network under the "Sixty-Day Law": Integrative Review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>
30. Bezerra WSP, Ferreira Júnior MA, Azevedo IC, Cardoso MP, Cardoso AIQ, Frota OP, et al. Clinical and epidemiological profile of children and adolescents submitted to the hematopoietic cell transplantation. *Biosci J*. 2019;35(5):1622-32. <https://doi.org/10.14393/BJ-v35n5a2019-36227>
31. Creutzig U, van den Heuvel-Eibrink MM, Gibson B, Dworzak MN, Adachi S, Bont E, et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in children and adolescents: recommendations from an international expert panel. *Blood*. 2012;120(16):3187-205. <https://doi.org/10.1182/blood-2012-03-362608>
32. Tüfekçi O, Koçak U, Kaya Z, Yenicesu I, Albayrak C, Albayrak D, et al. Juvenile myelomonocytic leukemia in turkey: a retrospective analysis of sixty-five patients. *Turk J Haematol*. 2018;35(1):27-34. <https://doi.org/10.4274/tjh.2017.0021>
33. Silva FF, Latorre MRDO. Survival from acute lymphocytic leukemia in children in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00008019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008019>
34. Resick JM, Sefcik C, Arnold RM, LeBlanc TW, Bakitas M, Rosenzweig MQ, et al. Primary palliative care for patients with advanced hematologic malignancies: a pilot trial of the SHARE intervention. *J Palliat Med*. 2020;24(6):820-29. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0407>
35. Gurney M, O'Dwyer M. Realizing Innate Potential: CAR-NK Cell therapies for acute myeloid leukemia. *Cancers (Basel)*. 2021;13(7):1568. <https://doi.org/10.3390/cancers13071568>
36. Goswami P, Oliva EN, Ionova T, Else R, Kell J, Fielding AK, et al. Quality-of-life issues and symptoms reported by patients living with haematological malignancy: a qualitative study. *Therapeutic Ther Adv Hematol*. 2020;11:1-14. <https://doi.org/10.1177/2040620720955002>

37. Azoulay E, Shimabukuro-Vornhagen A, Darmon M, von Bergwelt-Baildon M. Critical Care Management of Chimeric Antigen Receptor T Cell-related Toxicity. Be Aware and Prepared. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(1):20-23. <https://doi.org/10.1164/rccm.201810-1945ED>
 38. Olin RL. Delivering intensive therapies to older adults with hematologic malignancies: strategies to personalize care. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2019;2019(1):63-70. <https://doi.org/10.1182/hematology.2019001300>
 39. Pagano L, Busca A, Candoni A, Criscuolo M, Giovanni DPM, Fianchi L, et al. Risk of infection in elderly patients with AML and MDS treated with hypomethylating agents. *Acta Biomed*. 2018;89(suppl 11):5-39. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i11-5.7988>
 40. Silva DA. Cancer patients and spirituality: an integrative review. *Rev Cuid*. 2020;11(3):e1107. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1107>
 41. Talati C, Frantz D, Lubas A, Salamanca C, Tobon K, Kubal T. How I treat newly diagnosed acute myeloid leukemia in an outpatient setting: a multidisciplinary team perspective. *Future Oncol*. 2020;16(7):281-91. <https://doi.org/10.2217/fo-2019-0781>
 42. Shakeel S, Tung J, Rahal R, Finley C. Evaluation of factors associated with unmet needs in adult cancer survivors in Canada. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e200506. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0506>
 43. Mehlis K, Bierwirth E, Laryionava K, Mumm F, Heussner P, Winkler EC. Late decisions about treatment limitation in patients with cancer: empirical analysis of end-of-life practices in a haematology and oncology unit at a German university hospital. *ESMO Open*. 2020;5(5). <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000950>
 44. Odejide OO, Uno H, Murillo A, Tulskey JA, Abel GA. Goals of care discussions for patients with blood cancers: association of person, place, and time with end-of-life care utilization. *Cancer*. 2020;126(3):515-22. <https://doi.org/10.1002/cncr.32549>
 45. Freeman AT, Wood WA, Fox A, Hanson LC. Access to palliative care consultation and advance care planning for adults with high-risk leukemia. *J Palliat Med*. 2018;21(2):225-28. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0097>
 46. Porta-Sales J, Guerrero-Torrelles M, Moreno-Alonso D, Sarrà-Escarré J, Clapés-Puig V, Trelis-Navarro J, et al. Is early palliative care feasible in patients with multiple myeloma? *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(5):692-700. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.012>
 47. Tsatsou I, Konstantinidis T, Kalemikerakis I, Adamakidou T, Vlachou E, Govina O. Unmet supportive care needs of patients with hematological malignancies: a systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020;8(1):5-17. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_41_20
 48. Herrmann A, Mansfield E, Tzelepis F, Lynagh M, Hall A. Use of the supportive care framework to explore haematological cancer survivors' unmet needs: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05927-7>
 49. Delazeri S, Pasquini R, Castro AS, Pontes L, Gomes IM, Maluf EMPC, et al. Therapeutic itinerary of hematological patients: the importance of early diagnosis. *Res, Soc Develop*. 2022;11(4). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27670>
-