

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Dissertação

**PERFIL DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E
HORMONIOTERAPIA DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DE UM MUNICÍPIO
DO SUL DO BRASIL**

Claudia das Neves Hisse

Pelotas, 2011

CLAUDIA DAS NEVES HISSE

**PERFIL DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E
HORMONIOTERAPIA DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DE UM MUNICÍPIO
DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eda Schwartz- Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H673p Hisse, Claudia das Neves

Perfil da demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia de um município do sul do Brasil / Claudia das Neves Hisse. Pelotas, 2011.
79f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011.
“Orientação: Eda Schwartz.”

1. Enfermagem. 2. Neoplasias. 3. Quimioterapia. 4.

Perfil de saúde. I.Título.

CDD: 616.992

Folha de Aprovação

Autor: Claudia das Neves Hisse

Título: Perfil da demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia de um município do sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Dr^a Eda Schwartz
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
(Titular)
Universidade Federal de Rio Grande

Dr^a Elaine Thumé
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Celmira Lange
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Maria Elena Echevarría Guanilo
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

DEDICO ESTE TRABALHO

*Aos meus pais, Freddi e Aldara,
pelo amor incondicional e por ensinar-me
que o estudo e aprimoramento são a base
da formação de um bom profissional.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, pelo dom da vida, pela sua presença constante ao meu lado, por me auxiliar nos momentos difíceis de provação, me auxiliar em minhas escolhas e propiciar que os sonhos se concretizem.

Aos meus pais Freddi e Aldara exemplos de amor, carinho e incentivo em todos os momentos de minha vida, agradeço pela formação que me oportunizaram e pelos valores transmitidos.

Ao meu esposo João, companheiro inseparável, por seu apoio incondicional e compreensão nos inúmeros momentos de ausência.

Aos meus adorados filhos, Luiz Otávio e Ana Carolina, por serem além do que sonhei e pedi a Deus.

Aos meus familiares e amigos, pela inigualável convivência e ajuda nos momentos que precisei dedicar-me ao trabalho.

À minha orientadora, professora Eda, por ter aceito o desafio de acompanhar-me nesta jornada, por não medir esforços na elaboração deste estudo, por compartilhar seu conhecimento, experiência e amizade. Meu muito obrigada!

À minha primeira orientadora, Maira, por sua confiança e carinho, seu exemplo sempre foi muito importante para o meu crescimento.

Às professoras que compuseram a Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho.

À diretora da Faculdade de Enfermagem e a coordenadora do Programa de Pós Graduação, por seu incentivo e compreensão.

Aos professores do Curso de Pós-graduação em Enfermagem, por seu entusiasmo ao transmitir seus ensinamentos e lapidar nossos conhecimentos.

Aos bolsistas e integrantes do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN), por participarem desta pesquisa, pelo empenho e comprometimento em todas as etapas deste processo.

Às amigas Isabel e Jandira, pelo apoio e amizade no início desta jornada, sem esta motivação jamais teria iniciado o mestrado.

À Aline e Francine, por seu estímulo e contribuições para o desenvolvimento deste estudo.

À Lílian Lima, pela sua disposição em ajudar e partilhar seu conhecimento durante a construção deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, pelo aprendizado, pelas experiências compartilhadas, pelos momentos de alegria e amizade. Em especial à Maria Angélica, Roberta, Marcos, Ariane, Lenice e Carolzinha.

Aos meus colegas do Hospital Escola da UFPel, em especial aos amigos da pediatria, que colaboraram oportunizando flexibilidade de horário para que eu realizasse o mestrado, e em particular ao meu amigo Dílson.

A gerência de enfermagem do Hospital Escola, Ângela e Gilmara, pelo apoio e incentivo.

Finalmente, meu agradecimento aos sujeitos portadores de neoplasias que concordaram em participar desta pesquisa.

*"É muito melhor alcançar triunfos e glórias,
mesmo expondo-se à derrota, do que formar fila com
os pobres de espírito, que nem sofrem nem gozam muito,
porque vivem nessa penumbra cinzenta,
que não conhece vitória nem derrota."*

Abraham Lincoln

Resumo

HISSE, Claudia das Neves. **Perfil da demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia de um município do sul do Brasil**. 2011. 79f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Nos últimos anos vários estudos promoveram um melhor entendimento acerca dos fatores que modificam a morbi-mortalidade do câncer, as formas de prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da qualidade de vida. Porém, existe uma lacuna no que se refere à caracterização do perfil clínico e epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, comorbidades, hábitos e situação de doença da demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia, atendidos em uma unidade de oncologia. Caracteriza-se por ser um estudo descritivo com recorte transversal. O estudo é um subprojeto da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob (nº 2008/23). A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um Hospital Escola de um município do sul do Brasil. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário com questões pré-codificadas. A amostra foi composta por toda demanda que realizou quimioterapia ou hormonioterapia na Unidade de Oncologia, totalizando 229 usuários, sendo entrevistados 221. A taxa de resposta totalizou 96,5%. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho do ano de 2010, por uma equipe de doze entrevistadores, nos turnos de funcionamento da unidade de oncologia, de segunda-feira a sábado, conforme escala de trabalho. O banco de dados da pesquisa principal foi elaborado no software *Epi-info versão 6.04*. As variáveis de interesse para este estudo foram transferidas para o programa *Epi-data* a fim de realizar medidas de tendência central (média), medianas e proporções. Nesse estudo, a maioria dos usuários foi composta pelo sexo feminino. A cor de pele predominante foi a branca. A média de idade do sexo feminino foi de 55,6 anos (DP 12,8) e 61,3 anos (DP 13,4) para o sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 51,1% dos usuários são casados ou vivem com companheiro. Sua procedência é na maioria urbana. Observou-se que 45,9% dos entrevistados possuem até quatro anos de escolaridade. A principal fonte de renda é o benefício (71,1%) e sua renda mensal é inferior a dois salários mínimos (60,3%). Desses usuários, 178 (80,5%) fazem uso do chimarrão, 22 (10%) são fumantes e 96 (43,4%) consomem bebida alcoólica. A hipertensão foi a doença auto-referida pela maior parte dos participantes (36,7%). As mulheres foram acometidas principalmente por tumores do sistema reprodutor com estadiamento em II (36,5%) e IV(28,6%), e os homens pelas neoplasias do sistema gastrointestinal, concentrando-se igualmente nos estadiamentos III e IV (38,9%). Com os resultados do presente estudo, espera-se instrumentalizar e qualificar a assistência de enfermagem e subsidiar o desenvolvimento de estratégias e ações em saúde específicas para os clientes oncológicos.

Palavras-Chave: Neoplasias. Quimioterapia. Perfil de Saúde. Enfermagem.

Abstract

HISSE, Claudia das Neves. **Profile of the demand of chemotherapy and hormone therapy users of an oncology unit of a city in southern Brazil.** 2011. 79f. Dissertation (Masters) – Post-Graduation Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

In recent years several studies have promoted a better understanding of the factors that modify the cancer morbi-mortality, forms of prevention, diagnosis, treatment and maintenance of quality of life. However, there is a gap with regard to the characterization of clinical and epidemiological profile of users of health services. In this sense, the present study aimed to characterize the socioeconomic and demographic profile, comorbidities, habits and disease situation of the demand of chemotherapy and hormone therapy users, treated at an oncology unit. It is characterized by being a descriptive study with a transversal cut. The study is a subproject of the research "Oncology clients and their families and care systems in chronic conditions," which was approved by the Ethics Committee in Research of Universidade Católica de Pelotas as opinion nº. 2008/23. The research was conducted at the Oncology Unit of a Teaching Hospital of a city in southern Brazil. The instrument for data collection was a questionnaire with pre-coded questions. The sample was composed of all the demand that performed chemotherapy or hormone therapy at the Oncology Unit, totalizing 229 users, and 221 interviewed. The response rate amounted to 96.5%. Data collection was performed from March to June of 2010 by a team of twelve interviewers, in the operation shifts of the oncology unit, from Monday to Saturday, according to the work schedule. The database of the primary research was prepared in Epi-info software, version 6.04. The variables of interest for this study were transferred to Epi-date in order to perform measures of central tendency (average), medians and proportions. In this study, most users was composed by women. The predominant skin color was white. The average age of women was 55.6 years (SD 12,8) and 61.3 years (SD 13,4) for males. With regard to marital status, 51.1% of users are married or living with a partner. Their origin is in most urban areas. It was observed that 45.9% of respondents have until four years of schooling. The main source of income is the benefit (71.1%) and your monthly income is less than two minimum wages (60.3%). From these users, 178 (80.5%) make use of the mate, 22 (10%) are smokers and 96 (43.4%) consume alcoholic beverage. Hypertension was the disease self-reported by most participants (36.7%). Women were particularly affected by tumors of the reproductive system with stage II (36.5%) and IV (28.6%), and men were affected by neoplasms of the gastrointestinal system, focusing also in stages III and IV (38, 9%). With the results of the present study it is expected to equip and qualify nursing attendance and subsidize the development of strategies and specific actions in health for oncology clients.

Keywords: Neoplasms. Chemotherapy. Health Profile. Nursing.

Lista de Figuras

Figura 1	Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária ...	25
Figura 2	Variáveis relacionadas às condições sociodemográficas e econômicas	31
Figura 3	Variáveis referentes às doenças auto-referidas.....	32
Figura 4	Variáveis relacionadas aos hábitos de vida/comportamentais	32
Figura 5	Variáveis referentes à realização de exames preventivos	33
Figura 6	Variáveis referentes à tipologia do câncer, estadiamento e tratamentos	34
Figura 7	Plano de despesas	38
Figura 8	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa	39

.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos usuários de uma unidade de oncologia segundo as características sócio-demográficas e econômicas, estratificados por sexo, Pelotas-RS, 2010.....	57
Tabela 2	Distribuição da demanda de usuários de uma unidade de oncologia, segundo as morbidades auto-referidas, estratificados por sexo, Pelotas-RS, 2010.....	58
Tabela 3	Distribuição dos usuários da unidade de oncologia, de acordo com os hábitos de vida, estratificados por sexo, Pelotas-RS, 2010.....	59

Lista de abreviaturas e siglas

Agência Internacional para Pesquisa em Câncer	IARC
Associação Brasileira do Câncer	ABCANCER
Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade	APAC
Centro Brasileiro de Radioterapia, oncologia e Mastologia	CEBRON
Centro de Alta Complexidade	CACON
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	DATASUS
Doenças Crônicas não transmissíveis	DCNTs
Faculdade de Enfermagem	Fen
Hospital Escola	HE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto Nacional do Câncer	INCA
National Cancer Institute	NCI
Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces	NUCCRIN
Organização Mundial da Saúde	OMS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	PPGEN
Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade	APAC/ONCO
Sistema de Informação sobre Mortalidade	SIM
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	SIA/SUS
Sistema Único de Saúde	SUS
União Internacional Contra o Câncer	UICC
Unidades de Assistência de Alta Complexidade	UNACON
Universidade Católica de Pelotas	UCPel
Universidade Federal de Pelotas	UFPeI
World Health Organization	WHO

Sumário

Apresentação.....	13
I Projeto de pesquisa	14
II Relatório do trabalho de campo	44
III Artigo com os principais resultados da pesquisa	51
IV Apêndices.....	69
IV Anexos	76

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado como requisito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEEn) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

O Programa de Pós Graduação em Enfermagem tem como área de concentração as Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde e o presente estudo foi desenvolvido na linha de pesquisa Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde, sendo um subprojeto da pesquisa intitulada “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, coordenada pela Prof^a Dr^a Eda Schwartz.

Esta dissertação de mestrado é composta das seguintes partes principais:

I Projeto de pesquisa: qualificado no mês de setembro de 2010. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora na qualificação.

II Relatório do trabalho de campo: descreve o caminho percorrido pela mestranda, desde sua inclusão no projeto até a construção do artigo com alguns dos principais resultados do estudo.

III Artigo com os principais resultados da pesquisa: O artigo intitulado Caracterização dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia da região sul do Brasil será submetido à publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem, após aprovação pela banca examinadora e incorporação de sugestões.

I Projeto de Pesquisa

CLAUDIA DAS NEVES HISSE

**PERFIL DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E
HORMONIOTERAPIA DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DE UM MUNICÍPIO
DO SUL DO BRASIL.**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz

Pelotas, 2010

Sumário

1 Introdução	17
2 Objetivos	21
3 Revisão de literatura	22
3.1 O câncer	22
3.2 Epidemiologia do câncer	24
3.3 O SUS e o atendimento ao usuário oncológico	26
4 Metodologia	29
4.1 Caracterização do estudo	29
4.2 Local do estudo	29
4.3 Recrutamento e amostragem	30
4.4 Critérios para a seleção dos sujeitos	30
4.5 Variáveis	31
4.6 Princípios éticos	34
4.7 Procedimentos para a coleta de dados	35
4.7.1 Controle de qualidade	36
4.8 Construção do banco de dados e Análise	36
4.9 Divulgação dos resultados	36
5 Recursos Humanos e Materiais	38
5.1 Recursos humanos	38
5.2 Recursos materiais e plano de despesas	38
6 Cronograma	39
Referências	40

1 Introdução

O câncer relaciona-se a um conjunto de patologias que possui mais de 100 doenças, que acometem o indivíduo nas suas diversas fases da vida, incluindo os tumores malignos com suas mais diversas localizações. As neoplasias malignas destacam-se no perfil de mortalidade brasileiro, pois ocupam o segundo lugar como causa *mortis*, sendo superadas apenas pelas doenças cardiovasculares. Esse crescimento decorre do aumento da expectativa de vida, da crescente globalização e industrialização (BRASIL, 2010).

O câncer era uma patologia dificilmente diagnosticada até o século XX em decorrência da inexistência de tecnologias para a efetivação do seu diagnóstico. Durante esse período, eram disponibilizadas somente ações de apoio que visavam minimizar a dor e manter o enfermo junto à família. No transcorrer da história brasileira, o câncer foi designado por diversas terminologias e visto de várias formas, foi chamado de tumor maligno e incurável à neoplasia, passou de drama particular a problema público de saúde.

Inicialmente, as primeiras tentativas de erradicar o câncer foram realizadas por meio de procedimentos cirúrgicos que muitas vezes levavam a uma sobrevida curta do doente. Durante toda essa trajetória, as ciências médicas procuraram erradicá-lo ou controlá-lo através da prevenção e utilização de tecnologias médicas modernas de tratamento (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Esta patologia pode acometer qualquer indivíduo, porém vários fatores podem colaborar para que a doença se manifeste em determinados sujeitos, desde a dieta, estilo de vida, predisposição genética, dentre outros (MAIESKI; SARQUIS, 2007).

Para WHO (2010) mais de 70% dos óbitos decorrentes do câncer são encontrados nos países subdesenvolvidos e de média renda, pois os mesmos ou não possuem recursos ou disponibilizam pequenos valores para serem utilizados na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

As classes sociais mais baixas são menos favorecidas para a assistência contra o câncer. Assim, elas apresentam maior exposição aos fatores ditos de risco e às co-

morbidades e possuem maior dificuldade em acessar os serviços de saúde, implicando em demora no diagnóstico, levando a um prognóstico pior e necessidade de intervenções muitas vezes mutiladoras (WUNSCH FILHO *et al.*, 2008).

Paralelamente, observamos grande evolução na área oncológica, nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, fato este que tem possibilitado melhor sobrevida e qualidade de vida ao paciente com câncer. As políticas de saúde no Brasil têm como tarefa primordial afiançar, aos usuários oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso integral e de qualidade, com os melhores resultados possíveis desde a prevenção até o tratamento do câncer. Para isso dispõe de forma crescente e continua de novos procedimentos e procura a estruturação dos serviços em todo território nacional (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza assistência integral nas diversas etapas enfrentadas pelo portador de neoplasia maligna. Esse atendimento é considerado um dos mais dispendiosos dentro do sistema, uma vez que são contabilizados custos diretos e indiretos. Os custos diretos vão da prevenção, passando pelo diagnóstico e tratamento, já os custos indiretos estão relacionados à improdutividade do portador de neoplasia, e da morbidade referente à doença e tratamento, além da mortalidade (BITTENCOURT; SCALETZKI; BOHEL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2006) foi instituída pela Portaria nº 2439, em 19 de dezembro de 2005, com o objetivo de organizar e alocar as redes estaduais ou regionais de atenção e como forma de garantir o acesso ao usuário oncológico aos diversos níveis de atenção. A portaria prevê o acesso, ao portador de neoplasia, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), em todos os estados brasileiros, de acordo com as competências das esferas nacional, estadual e municipal de gestão (LIMA, 2009).

Sabendo que o tratamento do câncer tem por objetivo, além da cura, o prolongamento da vida útil e a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2006; WHO, 2010), verifica-se a utilização de diversos tipos de medidas para atingir este propósito. A conduta terapêutica pode ser usada de forma isolada ou em conjunto, as terapêuticas podem ser cirúrgicas, radioterápicas e clínicas (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e uso de bloqueadores enzimáticos) conforme sua importância e ordem de indicação

(ANDRADE; SILVA, 2007; BRASIL, 2010). Atualmente incomuns são as neoplasias malignas que utilizam apenas uma terapêutica (BRASIL, 2008).

Com a evolução da indústria farmacêutica a quimioterapia tem se tornado um dos mais promissores tratamentos sendo utilizada em 70% dos casos de câncer (BITTENCOURT; SCALETZKI; BOHEL, 2004), diferentemente das terapêuticas cirúrgicas e radioterápicas, mais antigas e de desempenho localizado (SALVADORI; TATAGIBA; ZANON, 2008). Na atualidade, o quimioterápico é considerado o tratamento que viabiliza maiores índices de cura em vários tipos de câncer, abrangendo aqueles em estágios mais avançados, e permite um aumento na sobrevida dos pacientes oncológicos (ANDRADE; SILVA, 2007). A droga antineoplásica ou antitumoral é utilizada de modo sistêmico na forma de medicamentos específicos, isolados ou em combinação para diminuir ou cessar a atividade tumoral (BONASSA, 2005; ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2010; NCI, 2010).

A programação da terapêutica quimioterápica é delineada observando-se fatores como o tipo de tumor, o estágio da doença e a superfície corporal do usuário. São administrados esquemas terapêuticos ou ciclos, que podem ser diários, semanais, mensais, entre outros, seguindo avaliação periódica da resposta desta neoplasia aos medicamentos (BRASIL, 2008; CEBRON, 2010; BRASIL, 2010).

Nos últimos anos, vários estudos promoveram um melhor entendimento acerca dos fatores que modificam a morbi-mortalidade do câncer, as formas de prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da qualidade de vida (WUNSCH FILHO, *et al.* 2008). Porém, existe uma lacuna no que se refere à caracterização do perfil clínico e epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde, fomentando um crescente interesse dos gestores em instituir bases de dados fidedignas com essas informações (MARTINS; PERUNA, 2007). Assim, considera-se de extrema relevância conhecer o perfil do portador de neoplasia atendido nos serviços de quimioterapia.

Frente ao exposto e na tentativa de implantação de novos paradigmas na assistência em saúde, justifica-se o propósito deste estudo, que é aprofundar os conhecimentos sobre os portadores de câncer, pelos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, visando desenvolver uma assistência integral e equânime com ações de saúde voltadas a esta parcela específica da população.

Essa pesquisa tem como contribuição importante oferecer aos gestores públicos, subsídios para a criação e implantação de políticas públicas que visem ações de saúde para prevenção e detecção precoce da doença. Espera-se que o presente estudo possa

contribuir na descrição da população atendida na unidade de oncologia, cumprindo suas funções de informação para o sistema de saúde do município e do país permitindo uma melhor caracterização da sua clientela e auxiliaram no processo de planejamento.

A partir do exposto apresenta-se a questão norteadora deste trabalho: **Qual o perfil da demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia de um município do sul do Brasil?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia de um município do sul do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico da demanda dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia.

Identificar às doenças auto referidas associadas ao diagnóstico de câncer.

Conhecer os hábitos comportamentais da demanda dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia em relação ao consumo de bebida alcoólica, cigarro e chimarrão.

Identificar os exames preventivos realizados da demanda dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia.

Caracterizar os tipos de câncer, estadiamento e tratamentos efetuados na demanda de usuários de quimioterapia e hormonioterapia.

3 Revisão de Literatura

3.1 O câncer

Neoplasia é o termo utilizado para caracterizar uma massa de tecido anormal, que ultrapassa os limites teciduais e não possui a função das células normais, geralmente lhe é atribuído o nome de “tumor”. O conjunto das células neoplásicas pode apresentar caráter benigno ou maligno, as neoplasias malignas são constituídas por células diferenciadas, originadas num processo racional coordenado, quando uma célula específica sofre diferenciações passando a apresentar habilidades especiais (OTTO, 2002; BRASIL, 2009).

Câncer é uma terminologia genérica empregada para designar as neoplasias malignas. Segundo Guyton e Hall (2002), todas ou quase todas as neoplasias malignas têm origem na mutação de genes celulares. De acordo com Brasil (2008), a carcinogênese, processo de formação do câncer, em geral ocorre de forma lenta e gradual, passando por diversos estágios. Da formação de uma célula cancerosa até a origem de uma tumoração visível pode transcorrer inúmeros anos.

As neoplasias malignas possuem um comportamento biológico análogo, inicialmente crescem, realizam invasão local, destroem os órgãos adjacentes, com posterior dispersão regional e sistêmica. Essas fases possuem tempo indeterminado, com variação conforme o tipo de crescimento tumoral e fatores constitucionais do indivíduo (OTTO, 2002; BRASIL, 2008). Para Brasil (2008) e Smeltzer; Bare (2009) as metástases são decorrentes da disseminação das células malignas da tumoração inicial para diversas partes do organismo, pela via linfática, via sanguínea ou diretamente para as cavidades corporais (transcavitárias). A difusão das metástases para determinado órgão, está sujeita ao tipo histológico e localização do tumor primário e devem ser tratadas de forma diferente desse, como um novo tumor, autônomo no crescimento e propagação.

Em nível mundial, foi criado pela União Internacional contra o Câncer (UICC) o Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, sistema dinâmico e em constante

aprimoramento que classifica o progresso das neoplasias malignas, determina sua terapêutica e sobrevida dos portadores a partir da combinação de diversas variantes (UICC, 2006). No Brasil este sistema utilizado internacionalmente para determinar os estádios do câncer é chamado de Estadiamento Clínico. O estadiamento do tumor serve para avaliar a evolução e adequar o tipo de tratamento que deve ser iniciado para combater o câncer, seguindo os protocolos internacionalmente instituídos, sejam eles clínicos, cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos (UICC, 2006; ANDRADE; SILVA, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Na área de atuação da enfermagem o conhecimento do estadiamento clínico é vital para o planejamento da assistência de enfermagem a ser prestada ao usuário e para estabelecer os diagnósticos de enfermagem que nortearão a conduta da enfermagem. A extensão do câncer no momento do diagnóstico é de suma importância para a sobrevida do indivíduo (BRASIL, 2008). O diagnóstico tardio e a demora no início do tratamento terapêutico, independentemente do tipo, podem diminuir as chances de cura, reduzir a sobrevida desses indivíduos e comprometer a qualidade de vida (GONÇALVES *et al.*, 2009). Dessa forma observa-se a importante integração entre os serviços de oncologia e instituições hospitalares (BRASIL, 2005).

Segundo Salvadori, Tatagiba e Zanon (2008) a quimioterapia antineoplásica ou antilblástica tem se apresentado como uma das mais importantes terapêuticas no combate ao câncer. Ela é utilizada de modo sistêmico na forma de medicamentos específicos, isolados ou em combinação para diminuir ou cessar a atividade tumoral (BONASSA, 2005; ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2010; NCI, 2010). Esses medicamentos podem ser empregados com objetivo de cura, como nas leucemias e alguns tipos de linfoma, e na prorrogação da vida e na paliação de sintomas (BRASIL, 2006; NCI, 2010).

Os medicamentos antineoplásicos, com atividade antitumoral, podem ser ordenados conforme seu objetivo em curativos, adjuvante, neoadjuvante ou prévio e paliativo (OTTO, 2002; ALMEIDA 2009; BRASIL, 2010;). Os protocolos de quimioterapia são constituídos ainda de fármacos que não possuem atividade antitumoral, mas que auxiliam no tratamento como a mesma (para a redução da toxicidade da ifosfamida), os fatores de crescimento hematopoiético e antieméticos (para a manutenção da quimioterapia) e o ácido folínico (para a intensificação da ação de quimioterápicos) (BRASIL, 2008).

3.2 Epidemiologia do câncer

Para o estabelecimento de medidas efetivas de controle do câncer, são necessárias informações de qualidade sobre sua distribuição de incidência e mortalidade. Isso possibilita uma melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes; a formulação de hipóteses causais; a avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e ao tratamento, bem como a efetividade da atenção à saúde (BRASIL, 2009).

O câncer representa um grande desafio para a saúde pública mundial e brasileira. O grande número de casos e mortes acrescidos dos altos custos financeiros da assistência origina a imperativa necessidade de criação e definição de estratégias e políticas, que levem ao efetivo controle. A OMS em seus relatórios projeta para 2020 o diagnóstico de câncer em 17 milhões de indivíduos (ABCANCER, 2008).

O envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida, e o número crescente de idosos, aumentam a prevalência de câncer no Brasil e no mundo. Essa característica promove também mudanças no perfil de saúde do país, ocorrendo maior ênfase nas chamadas doenças crônicas (MEIRELES, 2008; BRASIL, 2009).

Conforme a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS, o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos (WORLD CANCER REPORT, 2007). Para o ano de 2008, projetou-se que aconteceriam aproximadamente 12,4 milhões de casos novos diagnosticados e 7,6 milhões de óbitos, com mais da metade destes (6,7 milhões) ocorrendo em países em desenvolvimento, dessa forma o câncer se tornou uma das doenças mais devastadoras do mundo.

Nessa perspectiva, no mundo, o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões) foram os que mais se destacaram. Como principal causa de morte, podemos citar o câncer de pulmão (1,31 milhões), o câncer de estômago (780 mil óbitos) e o câncer de fígado (699 mil óbitos) (WHO, 2003; WORLD CANCER REPORT, 2007; ASCO, 2010).

Na América do Sul, Central e Caribe, foram projetados quase um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos para o ano de 2008. No sexo masculino o mais incidente foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago e cólon e reto. No sexo feminino o mais comum foi o câncer de mama, seguido do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão (WORLD CANCER REPORT, 2007; WHO, 2010).

O quadro epidemiológico encontrado no Brasil demonstra as diversidades sociais do país, uma vez que coexistem doenças típicas de países subdesenvolvidos e

enfermidades crônicas não transmissíveis peculiares nos países industrializados. O câncer apresenta-se como segunda causa conhecida de morte no país desde o ano de 2003, totalizando aproximadamente 17% dos óbitos informados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009).

Para o biênio 2010/2011 espera-se a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Conforme figura 1, excetuando o câncer de pele do tipo não melanoma, as neoplasias malignas que apresentarão maior incidência serão os cânceres de próstata e de pulmão na população masculina e os cânceres de mama e do colo do útero na feminina, observando as mesmas proporções previstas para a América Latina (BRASIL, 2009).

Figura 1- Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	-	52.350
Mama Feminina	-	49.240	49.240
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e Reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo do Útero	-	18.430	18.430
Cavidade Oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemias	5.240	4.340	9.580
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras Localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	182.830	192.590	375.420
Pele não Melanoma	53.410	60.440	113.850
Todas as Neoplasias	236.240	253.030	489.270

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS

Nas regiões sul e sudeste ocorrem maior incidência de neoplasias malignas segundo a localização primária (BRASIL, 2009), este fato corrobora com Guerra; Gallo; Mendonça (2005), que afirmam haver diferenças na prevalência dos tipos de câncer em cada região, e enfatizam o estudo das características geográficas no desenvolvimento da doença.

O aumento do número de diagnóstico de câncer e da expectativa de vida ao nascer impulsionou a identificação da mortalidade por neoplasias, que passou de 11% em 1970 para 21% em 2005 no Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2006; BRASIL, 2007). Segundo dados da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade

proporcional por neoplasias no estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2008, foi aproximadamente de 21,4%, fato que demonstra seu crescimento e a consolida como a segunda causa de morte (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

No ano de 2008 as neoplasias mais incidentes que levaram a morte os homens no estado foram traquéia, brônquios e pulmões (4,7%), próstata (2,3%) e esôfago (1,8%); nas mulheres destacaram-se o câncer de traquéia, brônquios e pulmões (2,7%), mama (3,1%) e pâncreas (1,2%) (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Espera-se que ocorram 48.930 casos novos da doença no Rio Grande do Sul em 2010/2011. No sexo masculino, segundo localização primária, serão 9820 casos de câncer de próstata, 4890 casos de traquéia, brônquio e pulmão, 3010 de cólon e reto, 2680 de estômago e 2240 casos de esôfago. No sexo feminino, 9310 casos de câncer de mama, 3140 de cólon e reto, 3110 de colo de útero e 2340 casos de câncer de traquéia, brônquio e pulmão (BRASIL, 2009).

No município de Pelotas os dados epidemiológicos confirmam as neoplasias como segunda causa de óbito no ano de 2008, responsáveis por aproximadamente 22% das mortes. Entre os homens, os cânceres que ocasionaram mortes mais freqüentemente foram: neoplasia maligna de brônquios e pulmões (51,7%) e neoplasia de próstata (21,56%). Nas mulheres as principais causas de morte por câncer foram: neoplasia de mama (20,5%) e neoplasia maligna de brônquios e pulmões (16,6%) (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Os diferentes tipos de câncer e a forma como se encontram distribuídos no cenário nacional comprovam a transição epidemiológica em andamento no Brasil. A utilização de variadas terapêuticas nos estádios da doença e o aumento do número de idosos, fazem com que cresça a prevalência do câncer e a afinidade entre um maior ou menor nível socioeconômico e a presença de determinada tipologia (SERRANO; D'ORSI; SERRANO, 2007; BRASIL, 2008).

3.3 O SUS e o atendimento ao usuário oncológico

Nas últimas três décadas no Brasil, aconteceram várias mobilizações da sociedade em geral com a finalidade de reformular os serviços de saúde e instituir um novo sistema de saúde, o SUS. Com a reforma sanitária, o SUS foi criado para proporcionar a democratização, descentralização, modernização da gestão e

reformulação dos modelos de atenção à saúde, que devem garantir o acesso, acolhimento, aumento da capacidade de resolução e autonomia do usuário (GIL, 2006).

Para regulamentação do SUS, foram criadas as Leis 8080/90 e 8142/90, que estabelecem princípios e inauguram um modelo de atenção à saúde que prioriza a universalidade, equidade, integralidade da atenção e o controle social, incorporando em sua organização a territorialidade para promover o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

As normas empregadas na institucionalização do SUS deixavam de focalizar muitas das especificidades da população violando, dessa forma, o princípio da integralidade. Os pacientes oncológicos e suas demandas iniciaram seu reconhecimento com a estruturação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia editada pela Portaria nº 3535 do Ministério da Saúde em novembro de 1998 (BRASIL, 1998). Nesse momento, o gestor nacional passa a oferecer o atendimento integral e utiliza os parâmetros demográficos populacionais para calcular a quantidade e tipo de serviços de saúde e procedimentos (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2005; BRASIL, 2008).

A Portaria nº 3536/98 surge como complementar e implementa o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC/ONCO) (BRASIL, 1998). Os novos procedimentos quimioterápicos passaram a necessitar de autorização antecipada, baseados nas neoplasias e nas finalidades terapêuticas, dependendo de fatores específicos de cada caso (tipo celular, localização, extensão, outros tratamentos, condições clínicas) e começaram a alimentar um sistema de informações. (BRASIL, 2006).

Assim, o provimento de medicamentos quimioterápicos, a serem utilizados no paciente oncológico, ocorre por meio de notificação como procedimento quimioterápico no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). A Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) é o instrumento codificado utilizado pelos gestores e profissionais de saúde para ressarcimento dos gastos (BRASIL, 2008; BRASIL 2009).

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi institucionalizada a partir das orientações da OMS, no ano de 2005. Após esse período, o câncer passou a ser considerado como problema de saúde pública, iniciando o seu controle a partir do diagnóstico precoce e prevenção (BRASIL, 2009).

Novas categorizações e requisitos, para instituições que tratam câncer (Centros ou Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia – CACON ou

UNACON), são implantados com a Portaria nº 741, de 19 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005). Essa Portaria torna acessíveis os exames de média complexidade, determina ações para a Rede de Alta Complexidade em Oncologia e define processos para a informação em câncer.

Os hospitais terciários com capacidade de tratar os diversos tipos de neoplasias, e com todos os tipos de atendimento (radioterapia, hematologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia torácica, oftalmologia (referenciada no SUS), neurocirurgia, ortopedia, cirurgia pediátrica e oncologia pediátrica (própria ou referenciada) passam a ser CACON. O UNACON transforma-se em hospital terciário estruturado para tratar os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), com exceção do pulmão e pele não-melanoma (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

No ano de 2006 existiam na região Sul do Brasil 43 CACONs e UNACONs e 16 UNACONs sem radioterapia sendo que seriam necessários 77 CACONs e UNACONs com radioterapia. No ano de 2009, o Rio Grande do Sul possuía 28 CACONs e a cidade de Pelotas 02 unidades (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

O Programa de Aceleração do Crescimento do setor de saúde (Mais Saúde), anunciado em dezembro de 2007, projeta a implantação de sessenta novos CACONs até 2011, na atualidade são pouco mais de duzentos e oitenta (ABCANCER, 2008). A população brasileira dispõe de tecnologias encontradas em países desenvolvidos, na detecção, diagnóstico por imagem, tratamentos e técnicas cirúrgicas avançadas. Entretanto, para muitos brasileiros com câncer é inviável obter acesso a essas tecnologias, deixando de receber os melhores tratamentos. Equipamentos e técnicas de ponta permanecem adstritos a poucas instituições hospitalares especializadas. Devido à pequena oferta de serviços, essas instituições, possuem dificuldade em atender a demanda necessária, ainda que o procedimento tenha cobertura pelo SUS (OLIVEIRA, 2008).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define, que o controle do câncer no Brasil deve ser abrangente, iniciando com todas as ações em saúde da prevenção, chegando até ao atendimento de alta complexidade, nas redes de atenção oncológica, que objetivam minimizar a incidência e a mortalidade por câncer (BRASIL, 2009). No cenário mundial, a prevenção e o controle de câncer, caracterizam um dos principais desafios da ciência e da saúde pública na atualidade.

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Este trabalho se caracteriza por ser um estudo de demanda, descritivo e de recorte transversal. Será realizada uma abordagem quantitativa que, segundo Minayo (2008), traz como enfoque a objetividade, ou seja, os dados referentes à realidade social são objetivos se produzidos por instrumentos unificados, e visam suprir fontes de habilidades de todos os tipos e oferecer uma linguagem observacional imparcial.

Conforme Pereira (2008, p.4), “o estudo epidemiológico descritivo trata dos vários fatores e condições que determinam a frequência e a distribuição de um determinado evento com o objetivo de descrever, epidemiologicamente, os dados coletados em uma população”. Pereira (2008) ressalta, ainda, que os estudos descritivos transversais são limitados a apresentar a prevalência de qualquer evento relacionado ao processo saúde-doença.

O estudo será realizado com os usuários em tratamento quimioterápico e ou hormonioterapia, sendo um recorte da pesquisa intitulada “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas” (SCHWARTZ, 2008), a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob o nº 2008/23 (Anexo A). Essa pesquisa foi coordenada pela Prof^a Dr^a Eda Schwartz, da qual a pesquisadora do presente estudo obteve permissão formal para utilizá-la (Anexo B).

4.2 Local do estudo

A pesquisa será desenvolvida na Unidade de Oncologia de um Hospital de Ensino ligado a uma Universidade Federal de Pelotas, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um município da Região Sul do Brasil.

Essa unidade se constitui em uma unidade de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que são hospitais terciários estruturados para tratar, no

mínimo, os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo de útero, estômago, cólon e reto), exceto pulmão, referência para o tratamento do câncer no município e região. No ano de 2010 realizou 23.086 atendimentos, distribuídos em clínica médica (2.393), hematologia (1.215), mastologia (706), oncologia clínica (4.246), sessões de quimioterapia (14.526) e sessões de radioterapia (20.560).

O setor de quimioterapia atende diariamente em torno de 130 pacientes, entre consultas, exames, atendimento geral, administração de quimioterápico, hormonioterápico e retirada de medicação. Mensalmente há uma estimativa de 3.000 atendimentos.

A equipe multiprofissional do serviço de oncologia é composta por seis oncologistas clínicos, um hematologista, um oncologista pediátrica, três clínicos geral, um cirurgião oncológico, dois enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem, um psicólogo, dois farmacêuticos, cinco recepcionistas, dois auxiliares de limpeza. Há seis poltronas reclináveis e três leitos para realização de quimioterapia. O serviço conta, ainda, com acadêmicos de enfermagem da UFPel, que realizam estágio complementar.

No ano de 2010 teve início a Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica com a participação de dois residentes de cada área, a saber: Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

4.3 Recrutamento e amostragem

A amostra será composta por 229 usuários da unidade de oncologia com o diagnóstico de câncer que estão realizando quimioterapia ou hormonioterapia ambulatorial, no período de março a junho do ano de 2010 e que aceitem participar do estudo.

4.4 Critérios para seleção dos sujeitos

Os sujeitos serão selecionados para participação no estudo obedecendo aos seguintes critérios:

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser capaz de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação do instrumento;

- Receber tratamento quimioterápico e/ou hormonioterapia de forma ambulatorial.

4.5 Variáveis

As variáveis de interesse para este estudo foram extraídas, em parte, do instrumento utilizado na pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”. Para esse recorte da pesquisa serão escolhidas no instrumento aquelas variáveis relacionadas às condições sociodemográficas, às doenças auto-referidas, hábitos de vida/comportamento, tipologia de câncer e tratamentos que o usuário realizará.

Figura 2 - Variáveis relacionadas às condições sociodemográficas e econômicas

Variável	Definição	Tipo de variável
Idade	Referida pelo(a) entrevistado(a) em anos completos	Numérica Discreta
Sexo	Observado pelo(a) entrevistador(a) em Masculino/Feminino	Categórica Dicotômica
Cor	Referida pelo(a) entrevistado(a) em branca e não branca.	Categórica Nominal
Estado civil	Referida pelo(a) entrevistado(a) em casado, solteiro, separado/divorciado, viúvo, outro	Categórica Nominal
Companhia de cônjuge ou companheiro	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim; Não, mas viveu; Nunca viveu	Categórica Nominal
Município de Residência	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Categórica Nominal
Procedência	Referida pelo(a) entrevistado(a) Rural/Urbana	Categórica Dicotômica
Ler e escrever	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Anos completos e aprovados de estudo	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Numérica Discreta
Aposentadoria	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica

Principal fonte de renda	Referida pelo(a) entrevistado(a) Emprego, renda familiar, renda do cônjuge/companheiro, benefício, aposentadoria, aluguel de imóveis, outro	Categórica Nominal
Renda mensal	Referida pelo(a) entrevistado(a) em salários mínimo vigente no país.	Variável contínua e categórica
Renda mensal familiar	Referida pelo(a) entrevistado(a) em salários mínimo vigente no país.	Variável contínua e categórica
Dependentes da renda mensal familiar	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Categórica ordinal
Filhos	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Categórica ordinal

Fonte: Variáveis elaboradas pelas pesquisadoras (2010)

Figura 3 - Variáveis referentes às doenças auto-referidas

Variável	Definição	Tipo de variável
Doença do coração auto-referida	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Diabetes auto-referida	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Hipertensão e/ou uso de medicamentos anti-hipertensivos auto-referida	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Outros problemas de saúde	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica

Fonte: Variáveis elaboradas pelas pesquisadoras (2010)

Figura 4 - Variáveis relacionadas aos hábitos de vida

Variável	Definição	Tipo de variável
Fumo	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim (mais de um cigarro por dia há mais de um mês; parou de fumar (em meses); não, nunca fumou	Categórica ordinal

Motivo para parar de fumar	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Categórica Nominal
Tempo de tabagismo	Referida pelo(a) entrevistado(a) em meses	Numérica Discreta
Número de cigarros por dia	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Numérica Discreta
Bebida alcoólica	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Hábito de tomar chimarrão	Referida pelo(a) entrevistado(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Tempo de uso do chimarrão	Referida pelo(a) entrevistado(a) Menos de cinco anos, 6-10 anos, 11-20 anos, 20-30 anos, mais de 30 anos	Categórica ordinal
Frequência de uso do chimarrão	Referida pelo(a) entrevistado(a) Até 2 vezes por semana, 3-6 vezes na semana, todos os dias	Categórica ordinal

Fonte: Variáveis elaboradas pelas pesquisadoras (2010)

Figura 5 - Variáveis referentes à realização de exames preventivos

Variável	Definição	Tipo de variável
Realização de pré-câncer	Referida pela entrevistada Sim/Não	Categórica Dicotômica
Último pré-câncer	Referida pela entrevistada em meses	Numérica Discreta
Realização de mamografia	Referida pela entrevistada Sim/Não	Categórica Dicotômica
Última mamografia	Referida pela entrevistada em meses	Numérica Discreta
Realização de ultrassonografia de mamas	Referida pela entrevistada Sim/Não	Categórica Dicotômica
Última ultrassonografia de mamas	Referida pela entrevistada em meses	Numérica Discreta
Realização de auto-exame de mamas	Referida pela entrevistada Sim/Não	Categórica Dicotômica
Realização de exame de próstata	Referida pelo entrevistado Sim/Não	Categórica Dicotômica
Último exame de próstata	Referida pelo entrevistado em meses	Numérica Discreta

Realização de PSA para prevenção	Referida pelo entrevistado Sim/Não	Categórica Dicotômica
----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

Fonte: Variáveis elaboradas pelas pesquisadoras (2010)

Figura 6 - Variáveis referentes à tipologia do câncer, estadiamento e tratamentos

Variável	Definição	Tipo de variável
Tipo de Câncer	Prontuário do usuário(a) Pele, mama, próstata, pulmão, cólon e reto, colo uterino, estômago, esôfago, outro	Categórica Nominal
Estadiamento da doença	Prontuário do usuário(a) 0, I, II, III, IV	Categórica ordinal
Ciclo quimioterápico	Prontuário do usuário(a) Primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sexto	Categórica ordinal
Tipo de quimioterapia	Prontuário do usuário(a) Neoadjuvante, adjuvante, paliativa, controle, curativa	Categórica Nominal
Realização de hormonioterapia	Prontuário do usuário(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica
Fase da hormonioterapia	Prontuário do usuário(a) Inicial, intermediária, final	Categórica ordinal
Tempo de realização da hormonioterapia	Prontuário do usuário(a) 1 mês, 2-4 meses, 5-8 meses, 9-12 meses, mais de 12 meses	Categórica ordinal
Realização de outro tipo de quimioterapia (além da hormonioterapia)	Prontuário do usuário(a) Sim/Não	Categórica Dicotômica

Fonte: Variáveis elaboradas pelas pesquisadoras (2010)

4.6 Princípios éticos

O projeto da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, (SCHWARTZ, 2008), foi encaminhado ao responsável técnico da Unidade de Oncologia do Hospital Ensino da Universidade Federal de Pelotas e, após, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o número 2008/23 (Anexo A).

A pesquisa obedece aos princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº 311/2007, capítulo III (do ensino da pesquisa e da produção técnico-científico) no que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigo 89, 90 e 91) e às proibições (artigo 94 e 98)*. Respeitou ainda a Resolução 196/96[†] do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados serão arquivados no Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Aos sujeitos do estudo será assegurado, por meio do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o conhecimento dos objetivos da pesquisa, o livre arbítrio de desistir ou de não responder a quaisquer perguntas e a garantia de anonimato e do não comprometimento ao seu tratamento.

4.7 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados será realizada por uma equipe de doze entrevistadores, no período de março a junho de 2010, de segunda-feira a sábado, nos turnos de funcionamento da unidade de oncologia do HE/UFPeI, observando escalonamento antecipado. Esses entrevistadores serão previamente capacitados e, após, desenvolverão um estudo piloto para avaliação e adequação do instrumento de pesquisa.

A fase de coleta será supervisionada por duas mestrandas que intercalarão horários para permanecer na unidade.

Serão realizadas ainda, reuniões com os entrevistadores e supervisores, para discussão do estudo, e andamento da coleta de dados e controle da qualidade.

A população alvo será abordada na sala de espera e durante administração de quimioterápicos no serviço estudado. Os dados serão coletados através de um

* Capítulo III (das responsabilidades e deveres): Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das proibições): Art. 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja respeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

[†] Resolução 196/96: Incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

instrumento pré-codificado (Apêndice B e C) aplicado individualmente a cada sujeito que assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As demais informações relacionadas ao tipo de doença e tratamento serão coletadas junto aos prontuários. Os entrevistadores serão responsáveis pela codificação das respostas, auxiliados pelo manual de orientação para coleta.

4.7.1 Controle de qualidade

O controle de qualidade ocorrerá em todas as etapas da coleta de dados, através da checagem de cada instrumento ao término, da revisão por parte dos supervisores no momento da entrega, para detecção e correção de eventuais erros e inconsistências.

Também será confeccionado um questionário reduzido para controle de qualidade a ser aplicado a 10% dos sujeitos participantes da pesquisa a fim de observar a consistência das respostas. As questões que o compõem são: sexo, idade, número de filhos, cor da pele e se sabe ler.

A reaplicação desse questionário reduzido será efetivada por meio de ligações telefônicas a alguns sujeitos do estudo que serão sorteados aleatoriamente. Posteriormente algumas respostas referidas no questionário de controle de qualidade serão comparadas com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador.

4.8 Construção do banco de dados e análise

Para realização desta análise quantitativa, será utilizado o banco de dados da pesquisa principal que estava no *software Epi-inf versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos)*. Os dados coletados serão digitados sob a forma de dupla entrada para a análise da consistência interna. Todas as análises serão realizadas no *software Epi-info e Epi-data*. As análises realizadas serão uni e bivariadas, com medidas de tendência central (média) e proporções.

4.9 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, na forma de artigos científicos encaminhados a periódicos

indexados da área da Enfermagem e áreas afins, e na participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais. Os dados coletados na pesquisa serão armazenados conforme operacionalização da resolução 196/96, artigo IX.2*, e após cinco anos serão extinguidos.

* Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

5 Recursos Humanos e Materiais

5.1 Recursos humanos

- Revisor de português
- Revisor de inglês
- Revisor de espanhol

6.2 Recursos materiais e plano de despesas

Na figura abaixo estão descritos os recursos materiais que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 7- Plano de despesas

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Lápis	50	0,60	30,00
Caneta	50	1,00	50,00
Borracha	50	0,50	25,00
Apontador	50	0,60	30,00
Prancheta	15	2,50	37,50
Bloco de anotações	03	2,00	6,00
Envelope	50	1,30	65,00
Folha A4	5000 (10pct)	14,00	140,00
Cópias Xerográficas	2700	0,09	243,00
Pendrive	01	40,00	40,00
CD	10	1,50	15,00
Toner Impressora a Laser	2	60,00	120,00
Internet	-----	-----	200,00
Despesas com encadernações	10	15,00	150,00
Netbook	01	1100,00	1100,00
Revisor de português	02	150,00	300,00
Revisor de inglês	01	50,00	50,00
Revisor de espanhol	01	50,00	50,00
Capa Brochura	10	20,00	200,00
Total			2851,50

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras (2010)

Obs: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora e pelo Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCCRIN.

6 Cronograma

No quadro a seguir está a descrição do planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Figura 8 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Atividades	Período	2010				2011			
		Mai/ Jun	Jul/ Ago	Set/ Out	Nov/ Dez	Jan/ Fev	Mar/ Abr	Mai/ Jun	Jun
Escolha do tema									
Revisão de Literatura									
Encontros com a orientadora									
Elaboração do projeto									
Qualificação e entrega do projeto									
Coleta de dados									
Elaboração da análise dos dados									
Elaboração da dissertação									
Revisão de português									
Apresentação e entrega da dissertação									
Divulgação dos resultados									

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras (2010).

Referências

ABCANCER, Números (in)convenientes. **Revista da Associação Brasileira do Câncer**. São Paulo, v.8, n. 43, p. 14-19, 2008.

ALMEIDA, J.R.C. **Farmacêuticos em oncologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. 372p.

ANDRADE, M.; SILVA, S. R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Brasília), v.60, n.3, p.331-5, 2007.

American Society of Clinical Oncology (ASCO). **Cancer in developing countries**. Disponível em:

<<http://www.asco.org/ASCO/Communications%20Download/Microsoft%20World%20-%20Cancer%20%20Develping>> Acesso em: 1 jul. 2010.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.50, n.2, p.95-101, 2004.

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 538p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/oncologia/Portaria2439.pdf>> Acesso em: 30 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino aprendizagem**. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Registros Hospitalares de Câncer-região sul**. Disponível em: <www.inca.gov.br/inca/Arquivos/RHC/RHC_regiao_sul.pdf> Acesso em: 28 Jul. 2010.

_____. _____. Instituto Nacional do Câncer. **Quimioterapia/Radioterapia**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101> Acesso em: 2 jun. 2010.

_____. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2010.

_____. Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2010.

_____. Portaria MS/GM n. 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, Seção 1, n.169, p.75-77. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/oncologia/portaria_3535.pdf> Acesso em: 7 jun. 2010.

_____. Portaria MS/GM n. 3.536, de 2 de setembro de 1998. Implantar formulários/instrumentos e regulamentar sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais na área do câncer. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set.1998. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8640-3536.html>> Acesso em: 30 maio 2010.

_____. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 17 jun. 2010.

_____. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). 2009. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria_2048.pdf> Acesso em: 10 jun. 2010.

_____. Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). **Manual de bases técnicas - oncologia** - Atualização do Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais – APAC/ONCO. Brasília, 10ª ed., 2008.

_____. **Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul**, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>> Acesso em: 17 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2009. 119p.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública** (São Paulo), v.39, n.6, p.874-81, 2005.

Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia (CEBROM). **Quimioterapia**. Disponível em: <<http://www.cebrom.com.br/cebrom/quimioterapia.html>> Acesso em: 18 jun. 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v.22, n.6, p.1171-81, 2006.

GONÇALVES, I. I. C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Revista de Enfermagem da UERJ** (Rio de Janeiro), v.17, n.3, p.362-7, 2009.

GUERRA, M. R.; GALLO C. V. M; MENDONÇA G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.51, n.3, p. 227-34, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1264p.

LIMA, R. A. G. L. Políticas de controle do câncer infantojuvenil no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v.17, n.6, p. 927-8, 2009.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influencia sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem** (Curitiba), v.12, n.3. p.346-52, 2007.

MARTINS, S. J.; PERUNA, V. B. Caracterização dos protocolos de terapia antineoplásica na rede de assistência ambulatorial para servidores do estado da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública** (Salvador), v.31, n.2, p.338-45, 2007.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. A. H.; MATHIAS, T. A. F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Enfermagem Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, abr. 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2008. 406p.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). **Reducing disparities in Cancer Health Care**. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/newscenter/benchmarks-vol5-issue6/page1>> Acesso em: 01 jul. 2010.

OLIVEIRA, A. Radiocirurgia – só para poucos. ABCâncer Advocacy. **Revista da Associação Brasileira do Câncer**, v. 2, p. 14-15, fev. 2008.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. 526 p.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed Guanabara, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Centro Estadual de Vigilância em Saúde**. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório oficial 2008**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=41697>> Acesso em: 11 ago. 2010.

SALVADORI, A. M.; TATAGIBA, J. L.; ZANON, C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p.130-35, 2008.

SCHWARTZ, E. (coord.). **Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas**. Pelotas: Faculdade de Enfermagem/UFPel, 2008-2010.

SERRANO, A. I.; D'ORSI, E.; SERRANO, T. R. G. **Monitorando o cuidado**: Análise do Registro Hospitalar de Cancer do CEPON, de 2000 a 2002. SES/SC. Florianópolis: Insular, 2007. 128p.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Oncologia: Cuidado de Enfermagem no Tratamento do Câncer. In: _____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11^a ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 320-373.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. O. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública**: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172 p.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8^a ed. São Paulo: Fosp, 2006. 919 p.

World Health Organization (WHO). **Adherence to long-term therapies**. Evidence for action. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2010.

WHO. **Stop the global epidemic of chronic disease**. Disponível em:<<http://www.who.int/cancer/en/>>Acesso em: 01 jul. 2010.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Food, Nutrition, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective**. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

WUNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis** (Rio de Janeiro), v.18, n.3, p.427-50, 2008.

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do Trabalho de Campo

1 Introdução

O presente relatório foi elaborado a partir das atividades realizadas durante o trabalho de campo para a coleta de dados do projeto de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, intitulado **"PERFIL DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E HORMONIOTERAPIA DA UNIDADE DE ONCOLOGIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL"** desenvolvido na linha de Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

O estudo desenvolvido é um recorte da pesquisa intitulada "Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas", coordenada pela Prof^a Dr^a Eda Schwartz, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPeL sob parecer nº 2008/23. Essa pesquisa é composta por duas abordagens, uma quantitativa e a outra qualitativa, sendo desenvolvida na Unidade de Oncologia do HE/UFPeL (SCHWARTZ, 2008). Nesse estudo foi apresentada apenas a abordagem quantitativa com análise univariada e bivariada.

Para delineamento do trabalho e execução dos objetivos foram realizados encontros com a professora orientadora a partir do mês de abril de 2010 e os mesmos foram mantidos até o momento da defesa da dissertação.

O objetivo deste trabalho de pesquisa foi caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, co-morbidades, hábitos de vida e situação de doença dos usuários atendidos na unidade de oncologia de um hospital de ensino de um município do Sul do Brasil. A fim de atingir esses propósitos, foi utilizada uma abordagem quantitativa, descritiva com recorte transversal.

2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um hospital escola de um município do sul do Brasil, no período de março a julho de 2010. O serviço funciona de segunda a sábado, nos turnos manhã e tarde, sendo todos os pacientes assistidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse serviço se constitui em uma unidade de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que são hospitais terciários estruturados para tratar, no mínimo, os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo de útero, estômago, cólon e reto), exceto pulmão, sendo o serviço referência para o tratamento do câncer no município e região.

O UNACON, no ano de 2010 realizou 23.086 atendimentos, distribuídos em clínica médica (2.393), hematologia (1.215), mastologia (706), oncologia clínica (4.246), sessões de quimioterapia (14.526) e sessões de radioterapia (20.560). O setor de quimioterapia atende diariamente em torno de 130 pacientes, entre consultas (enfermagem, médica, psicológica), exames, atendimento geral (farmacêutico, serviço social), retirada de medicação, administração de quimioterápico e hormonioterápico. Mensalmente há uma estimativa de 3.000 atendimentos.

A equipe multiprofissional do serviço de oncologia é composta por seis oncologistas clínicos, um hematologista, um oncologista pediátrico, três clínico-gerais, um cirurgião oncológico, dois enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem, um psicólogo, dois farmacêuticos, cinco recepcionistas e dois auxiliares de limpeza. Há seis poltronas reclináveis e três leitos para realização de quimioterapia.

O serviço conta ainda com a colaboração de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em período de estágio curricular. No ano de 2010 iniciou a Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica com a participação de dois residentes de cada área, a saber: Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

3 Elaboração dos instrumentos

A organização e elaboração dos instrumentos da pesquisa foi realizada por uma equipe composta por aproximadamente vinte pessoas, desses três professores-doutores

em enfermagem, um mestre em ciências, quatro mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, um estatístico e alunos graduandos em enfermagem, bolsistas da iniciação científica.

A equipe reuniu-se semanalmente nos meses de novembro e dezembro de 2009 e janeiro e fevereiro de 2010, para formular as questões do instrumento de pesquisa e os manuais de instrução para os entrevistadores. O instrumento ficou constituído em 82 perguntas fechadas, que foram direcionadas aos usuários e 12 questões abertas, com respostas baseadas nos prontuários dos usuários.

Para avaliação e adequação do instrumento de pesquisa foi desenvolvido um estudo piloto, o qual foi aplicado no final do mês de fevereiro de 2010 em quatro usuários do serviço.

4 Seleção e capacitação da equipe

Para formação da equipe de entrevistadores houve prévia inscrição e entrevista para seleção dos interessados. Os selecionados já possuíam experiência prévia em coleta, digitação e supervisão em outras pesquisas. Esses entrevistadores foram capacitados no *softwer Epi-info* e *Epi-data*.

5 Amostragem

A amostra foi composta por toda demanda atendida na Unidade de Oncologia do HE/UFPel, ou seja, por todos os pacientes com o diagnóstico de câncer que realizaram quimioterapia e/ou hormonioterapia e atenderam aos critérios de seleção. Para a participação no estudo era necessário possuir idade superior a 18 anos, saber do diagnóstico, ser capaz de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação do instrumento e realizar tratamento quimioterápico e/ou hormonioterapia de forma ambulatorial.

6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de doze entrevistadores, no período de março a junho de 2010, nos turnos de funcionamento da unidade de oncologia

de um hospital de ensino de um município da Região Sul do Brasil, de segunda-feira a sábado, conforme escala de trabalho.

Os entrevistadores receberam um crachá individual, carta de apresentação, prancheta, material para escrever (lápis, borracha, apontador e caneta), instrumentos de pesquisa, manuais de instrução e envelopes. Na unidade de oncologia permaneceu guardado um livro de controle com o nome dos entrevistados, número do prontuário e assiduidade dos entrevistadores. A fase de coleta foi supervisionada por duas mestrandas que intercalavam horários para permanecer na unidade.

A participação na pesquisa foi oportunizada a todos os indivíduos cadastrados no serviço. A abordagem e entrevistas com os usuários ocorreram de forma individual, antes, durante e após a realização de quimioterapia/hormonioterapia através da utilização de instrumento previamente codificado. Foram abordados 229 indivíduos, desses oito usuários não aceitaram participar do estudo.

Os dados referentes ao tipo de patologia e tratamento foram coletados nos prontuários. Antes da aplicação dos instrumentos era confirmado no livro de controle se o usuário não havia participado do estudo.

Ao término das atividades diárias cada entrevistador registrava o nome dos indivíduos entrevistados e o número dos respectivos prontuários. Os entrevistadores foram responsáveis pela codificação das respostas auxiliados pelo manual de orientação. Os instrumentos preenchidos eram entregues semanalmente para as supervisoras que realizavam a conferência das questões.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2010, totalizando 221 instrumentos preenchidos. Foram realizadas ainda reuniões semanais com os entrevistadores para discussão do estudo, e acompanhamento da coleta de dados e controle da qualidade.

7 Controle de Qualidade

Para efetivar o controle de qualidade, em todas as fases da coleta de dados, cada instrumento foi checado ao término da aplicação pelos entrevistadores, e revisado na entrega pelos supervisores, objetivando identificar e corrigir possíveis erros e inconsistências.

Um instrumento reduzido composto de cinco questões foi aplicado por meio de ligações telefônicas a 10% dos sujeitos participantes do estudo a fim de verificar incoerências. As respostas referidas no questionário de controle de qualidade, pelo contato telefônico, foram comparadas com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador. Foi capacitado um entrevistador que não participou da aplicação do instrumento na unidade de oncologia para realizar as ligações telefônicas.

8 Construção do Banco de dados e digitação

O banco de dados da pesquisa principal foi elaborado por uma mestrande supervisora e uma digitadora no *software Epi-info versão 6.04*. Os dados foram digitados no programa *software Epi-info versão 6.04*, sob a forma de dupla entrada, com pareamento dos bancos de dados para verificação de possíveis inconsistências, seguidas de suas correções. A digitação foi realizada por um grupo de quatro digitadores previamente capacitados nos meses de setembro e outubro de 2010.

9 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada após a verificação de inconsistências e edição do banco de dados no programa *Epi-info versão 6.04*. Para esse estudo, foram utilizadas as questões pertinentes aos objetivos propostos, os dados foram transferidos para o programa *Epi-data* para a realização de medidas de tendência central (média) e proporções.

10 Segurança dos dados

Os dados coletados na pesquisa foram armazenados junto ao Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) conforme recomendação da Resolução 196/96, artigo IX.22*, e após cinco anos, serão extinguidos.

11 Aspectos positivos e limitações

* Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

O trabalho de pesquisa teve início em novembro de 2009, com a elaboração dos questionários e manuais de instrução e terminou em outubro de 2010 com a digitação dos dados.

Durante o processo de pesquisa é importante destacar o trabalho conjunto entre professores doutores, mestres, mestrandos e graduandos de enfermagem que integram o NUCCRIN da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A atuação destes atores, seus esforços, dedicação e generosidade de saberes durante todas as fases do estudo foram imprescindíveis para efetivação desta dissertação. Salienta-se, também, a parceria realizada com a unidade de oncologia e seus colaboradores, que muito contribuíram na fase de coleta de dados.

Ressalta-se ainda, a existência de algumas falhas no instrumento de pesquisa, que passaram despercebidas nas discussões da fase de elaboração dos instrumentos e manuais de orientação. Além desse fato, o curto período da coleta de dados, pode ter reduzido o número de informações, visto que, os tratamentos realizados pelos usuários no serviço são de longa duração.

III Artigo com os principais resultados da pesquisa

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E
HORMONIOTERAPIA DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA REGIÃO SUL DO
BRASIL¹**

**CHARACTERIZATION OF THE USERS OF CHEMOTHERAPY AND HORMONE
THERAPY OF AN ONCOLOGY UNIT IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL¹**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS USUÁRIOS DE LA QUIMIOTERAPIA Y LA
HORMONIOTERAPIA DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGIA DE LA REGIÓN SUR DE
BRASIL¹**

Claudia das Neves Hisse², Eda Schwartz³

1 Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “ Perfil da demanda dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia atendidos na unidade de oncologia de um município da Região Sul do Brasil”, apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2011.

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço: Rua Ismael Simões Lopes, 234. CEP 96030-570- Pelotas, RS, Brasil. Telefone (53) 32712212. E-mail: claudiah.08@hotmail.com

3 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN), e do Núcleo Saúde Rural e Sustentabilidade. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br

RESUMO: Objetivou-se caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, co-morbidades, hábitos e situação de doença de usuários de uma unidade de oncologia. Estudo descritivo com recorte transversal, aplicado a 221 usuários no período de março a junho de 2010. O banco de dados foi elaborado no *software Epi-info* e analisado no programa *Epi-data*. Os usuários na sua maioria são brancos, femininos, com baixo grau de escolaridade e renda mensal inferior a dois salários mínimos. Nesta amostra, 80,5% fazem uso do chimarrão, 10% são fumantes e 43,4% ingerem algum tipo de bebida alcoólica. A hipertensão foi a doença auto-referida prevalente (36,7%) .As mulheres foram acometidas principalmente por tumores do sistema reprodutor com estadiamento em II (36,5%) e IV(28,6%), e os homens pelas neoplasias do sistema gastrointestinal, nos estadiamentos III e IV(38,9%). O estudo pode subsidiar as políticas de saúde direcionadas á assistência de enfermagem e as ações em saúde para prevenção do câncer .

DESCRIPTORES: Neoplasias. Quimioterapia. Perfil de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to characterize the demographic and socioeconomic profile, comorbidities, habits and disease status of users of an oncology unit. It was a descriptive study with a transversal cut, applied to 221 users in the period from March to June 2010. The database was designed in *Epi-info* software and analyzed at *Epi-date* program. The users are mostly white, female, low education level and monthly income less than two minimum wages. In this sample, 80.5% make use of mate, 10% are smokers and 43.4% ingest some type of alcoholic beverage. Hypertension was the self-reported prevalent disease (36.7%). Women were particularly affected by tumors of the reproductive system with stage II (36.5%) and IV (28.6%), and men were affected by gastrointestinal system neoplasms, in stages III and IV (38.9%). The study can support health policies aimed at nursing attendance and health actions for cancer prevention.

DESCRIPTORS: Neoplasms. Chemotherapy. Health Profile. Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil socioeconómico, demográfico, comorbidades, hábitos y situación de la enfermedad de los usuarios de una unidad de oncología. Tratase de um estudio descriptivo de corte transversal, aplicado a 221 usuarios en el período de marzo a junio de 2010. La base de datos fue diseñada en *software Epi-Info* y analizada con *Epi-data*. Los usuarios son en su mayoría blancos, femeninos, de bajo nivel educativo y ingreso mensual de menos de dos salarios mínimos. En esta muestra, 80,5% toman el mate, 10% son fumadores y 43,4% ingieren algún tipo de bebida alcohólica. La hipertensión arterial fue la enfermedad auto-referida prevalente (36,7%). Las mujeres fueron particularmente afectadas por los tumores del sistema reproductor en estadio II (36,5%) y IV (28,6%), y los hombres por las neoplasias del sistema gastrointestinal , en los estadios III y IV (38,9%). El estudio puede apoyar las políticas de salud destinadas a la asistencia de enfermería y las intervenciones de salud para la prevención del cáncer.

DESCRIPTORES: Neoplasias. Quimioterapia. Perfil de la Salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O impacto global do câncer, conforme a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS, superou o dobro previsto em 30 anos¹. Para o ano de 2008, projetou-se que aconteceriam aproximadamente 12,4 milhões de casos novos diagnosticados e 7,6 milhões de óbitos, com mais da metade destes (6,7 milhões) ocorrendo em países em desenvolvimento. Dessa forma, o câncer se tornou uma das doenças mais devastadoras do mundo.¹⁻³

Nessa perspectiva o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões) foram os que mais se destacaram no mundo. Como principal causa de morte, podemos citar o câncer de pulmão (1,31 milhões), o câncer de estômago (780 mil óbitos) e o câncer de fígado (699 mil óbitos).^{1,2,4}

O quadro epidemiológico encontrado no Brasil demonstra as diversidades sociais do país, uma vez que coexistem doenças típicas de países subdesenvolvidos e enfermidades crônicas não transmissíveis peculiares nos países industrializados. O câncer apresenta-se como segunda causa conhecida de morte no país, desde o ano de 2003, totalizando aproximadamente 17% dos óbitos informados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).⁵

Para o ano de 2011, no Brasil, espera-se a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. As neoplasias malignas que apresentarão maior incidência serão os cânceres de próstata e de pulmão na população masculina e os cânceres de mama e do colo do útero, na feminina.⁵

Sabendo que o tratamento do câncer tem por objetivo, além da cura, o prolongamento da vida sem incapacidades e a melhora da qualidade de vida,^{4,6} verifica-se a utilização de diversos tipos de tratamento como a cirurgia, a radioterapia, a hormonioterapia e a quimioterapia, para atingir esse propósito. Com a evolução da indústria farmacêutica, a quimioterapia tem se tornado um dos mais promissores tratamentos, sendo utilizada em 70% dos casos de câncer,⁷ diferentemente das terapêuticas cirúrgicas e radioterápicas, mais antigas e de desempenho localizado.⁸ Na atualidade, a quimioterapia é considerada o tratamento que viabiliza maiores índices de cura em vários tipos de câncer, abrangendo aqueles em estágios mais avançados, e permite um aumento na sobrevida dos pacientes oncológicos.⁹

As neoplasias podem acometer qualquer indivíduo, porém vários fatores podem colaborar para que a doença se manifeste, tais como a dieta, estilo de vida, outras doenças crônicas (hipertensão arterial, *diabetes mellitus*) e predisposição genética, dentre outros.¹⁰⁻¹² A interação

desses fatores adicionam uma probabilidade ainda maior de desenvolvimento da patologia e em consequência são chamados de fatores de risco relacionados ao câncer.

O estudo desses fatores de risco e das co-morbidades numa população específica, em especial no câncer, leva ao monitoramento e identificação daqueles que ocasionam maior morbi-mortalidade e subsidia a construção de políticas públicas principalmente na atenção básica a saúde.

No mundo, foi criado pela União Internacional contra o Câncer (UICC) o Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos. É sistema dinâmico e em constante aprimoramento que classifica o progresso das neoplasias malignas, determina sua terapêutica e sobrevida dos portadores a partir da combinação de diversas variantes.¹³ No Brasil, este sistema utilizado internacionalmente para determinar os estádios do câncer, é chamado de Estadiamento Clínico. O estadiamento do tumor serve para avaliar a evolução e adequar o tipo de tratamento que deve ser iniciado para combater o câncer, seguindo os protocolos internacionalmente instituídos, sejam eles clínicos, cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos.^{5, 9, 13}

Nos últimos anos, vários estudos promoveram um melhor entendimento acerca dos fatores que modificam a morbi-mortalidade do câncer, as formas de prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da qualidade de vida.^{7, 11, 12, 14} Porém, existe uma lacuna no que se refere à caracterização do perfil clínico e epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde nas unidades oncológicas, fomentando um crescente interesse dos gestores em instituir bases de dados fidedignas com essas informações.¹⁵

Estudos^{15, 16, 17} que discutem perfil desses usuários referem-se ao estado nutricional, ao perfil de usuários de oncologia em serviços privados e ao perfil dos usuários em terapia antineoplásica e/ou de suporte concomitante a terapias complementares e /ou alternativas. Porém, esse estudo torna-se inovador pois caracteriza as co-morbidades e os hábitos de vida. Considera-se de extrema relevância conhecer o perfil do portador de neoplasia atendido nos serviços de quimioterapia e, ao descrever as características dos usuários, espera-se subsidiar o desenvolvimento de estratégias e ações em saúde específicas para os clientes oncológicos.

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, co-morbidades, hábitos de vida e situação de doença dos usuários de quimioterapia e hormonioterapia atendidos na unidade de oncologia de um hospital de ensino de um município da Região Sul do Brasil.

MÉTODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo descritivo com recorte transversal. O estudo é um subprojeto da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o número 2008/23. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um hospital de ensino de médio porte, público, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em uma cidade da região sul do Brasil.

Esse serviço se constitui em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Diariamente, atende, entre consultas, atendimento geral, administração de quimioterápico e hormonioterápico, exames e retirada de medicação, em torno de 130 pacientes. Mensalmente há uma estimativa de 3.000 atendimentos.

As variáveis utilizadas neste estudo foram divididas em cinco grupos: referentes às condições sociodemográficas e econômicas, relativas às doenças auto-referidas, relacionadas aos hábitos de vida, referentes à tipologia do câncer e ao estadiamento.

As variáveis das condições sociodemográficas e econômicas foram: sexo (feminino; masculino), idade (20 a 59 anos; 60 a 74 anos; ≥ 75 anos), cor da pele auto-referida (branca ou não branca), estado civil (casado ou com companheiro; solteiro; viúvo; separado ou divorciado), procedência (rural; urbana), escolaridade (sem escolaridade; 1-4 anos; 5-8 anos; 9-12 anos ou mais), principal fonte de renda (emprego; renda familiar; benefício), renda familiar (até um salário mínimo; 1 a 2 salários mínimos; 2 a 4 salários mínimos; 5 ou mais salários mínimos), dependentes da renda mensal familiar (1 a 3 pessoas; 3 ou mais pessoas).

As variáveis relativas às doenças auto-referidas foram: doença cardíaca (não; sim), diabetes (não; sim), hipertensão arterial sistêmica (não; sim), outros problemas de saúde (não; sim).

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida foram: fumo (nunca fumou; fumou e parou; fumante), motivação para parar de fumar (vontade própria, orientação de profissionais; adoecimento), ingestão alcoólica (não; sim), tempo de uso do álcool (até 10 anos; 11 à 30 anos; mais de 30 anos), chimarrão (não; sim), tempo de uso do chimarrão (até 10 anos; 11 à 30 anos; mais de 30 anos), frequência do uso do chimarrão (até 2 vezes na semana; 3 a 6 vezes na semana; todos os dias).

As variáveis referentes à tipologia do câncer e ao estadiamento foram: localização do câncer (sistema tegumentar; sistema reprodutor feminino; sistema reprodutor masculino; sistema respiratório; sistema gastrointestinal; sistema geniturinário; sistema hematopoiético; sistema

musculoesquelético; sistema nervoso central, não sabe o sitio primário) e estadiamento (I; II; III; IV).

A amostra foi composta por toda demanda atendida na Unidade de Oncologia, ou seja, por todos os pacientes com o diagnóstico de câncer que realizaram quimioterapia ou hormonioterapia que atenderam aos critérios de seleção: idade superior a 18 anos, ser capaz de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação do instrumento e realizar tratamento quimioterápico e/ou hormonioterapia de forma ambulatorial. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato e respeitadas a privacidade e a liberdade de desistirem de participar do estudo a qualquer momento.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho do ano de 2010, por uma equipe de doze entrevistadores, conforme escala de trabalho, nos turnos de funcionamento da unidade de oncologia, de segunda-feira a sábado. Para o controle de qualidade, foi aplicado a 10% dos sujeitos participantes do estudo um instrumento reduzido de cinco questões. As respostas referidas no questionário de controle de qualidade, por meio de contato telefônico, foram comparadas com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador demonstrando que houve consistência dos dados. Para essa etapa, foi previamente capacitado um entrevistador, que não participou da aplicação do instrumento na primeira etapa de coleta de dados na unidade de oncologia.

Os dados foram digitados no programa *software Epi-info versão 6.04*, sob a forma de dupla entrada, com pareamento dos bancos de dados para verificação de possíveis inconsistências, seguidas de suas correções. Para a análise dos dados, a realização de medidas de tendência central (média), medianas e proporções, utilizou-se o programa *Epi-data*.

RESULTADOS

Dos 229 usuários que estavam em tratamento na unidade de oncologia, no período de coleta de dados, foram entrevistados 221 indivíduos, dos quais 206 realizaram tratamento quimioterápico e 15 hormonioterapia, o que totalizou uma taxa de resposta de 96,5%.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sócio-demográficas dos usuários do serviço segundo sexo. A idade média foi de 55,6 anos (DP 12,8) no sexo feminino e 61,3 anos (DP 13,4) no sexo masculino. A proporção de usuários concentrados na faixa de 20 a 59 anos foi de 51,1% (n=113), superando a metade da população estudada. No sexo feminino 60,7% (n=71) encontravam-se na faixa etária de 20 à 59 anos, valor acima do encontrado para o sexo masculino que foi representado por 40,4% (n= 42) indivíduos.

Em relação à idade acima de 60 anos foi observado que 48,9% (n=108) do total dos indivíduos encontravam-se nessa faixa etária, dos quais 59,6% (n=62) são homens.

A maioria, 62% (n=137) dos usuários eram procedentes da zona urbana. Referiram ser casados ou viverem com companheiro 51,1% (n=113).

Quanto à escolaridade, 11,4% (n=25) dos usuários referiram ser analfabetos. Daqueles que estudaram, 41,7% (n=43) do sexo masculino estudaram até a quarta série e somente 13,6% (n=14) tiveram nove anos ou mais de estudo. Já entre as mulheres, 28,2% (n=33), estudaram por até quatro anos e 19,7% (n=23) possuíam nove anos ou mais de estudo.

A principal fonte de renda dos usuários é o benefício/aposentadoria, e sustentavam-se com renda familiar média de R\$ 1.213,00 (DP 801), variando de R\$ 90,00 a R\$ 5.000,00 (mediana 1020). Estes indivíduos viviam predominantemente, 60,3% (n=123), com renda mensal igual ou inferior a dois salários mínimos, sendo essa, a variável com o maior número de ignorados (n=204).

Tabela 1 – Distribuição dos usuários de uma unidade de oncologia segundo as características sócio-demográficas e econômicas, estratificadas por sexo, Pelotas-RS, 2010.

Características	Total (n=221)		Feminino (n=117)		Masculino (n=104)	
	n	%	n	(%)	n	(%)
Idade						
20 a 59 anos	113	51,1	71	60,7	42	40,4
60 a 74 anos	83	37,6	38	32,5	45	43,3
75 anos ou mais	25	11,3	8	6,8	17	16,3
Cor da Pele						
Branca	180	81,4	92	78,6	88	84,6
Não Branca	41	18,6	25	21,4	16	15,4
Estado Civil						
Casado/Com companheiro	113	51,1	54	46,1	59	56,8
Solteiro	44	19,9	27	23,1	17	16,3
Viúvo	36	16,3	25	21,4	11	10,6
Separado/Divorciado	28	12,7	11	9,4	17	16,3
Procedência						
Rural	84	38,0	35	29,9	49	47,1
Urbana	137	62,0	82	70,1	55	52,9
Escolaridade *						
Sem escolaridade	25	11,4	13	11,1	12	11,7
1-4 anos	76	34,5	33	28,2	43	41,7
5-8 anos	82	37,3	48	41,0	34	33,0
9-12 anos ou mais	37	16,8	23	19,7	14	13,6
Principal fonte de renda						
Emprego	25	11,3	11	9,4	14	13,5

Renda familiar	39	17,6	24	20,5	15	14,4
Benefício	157	71,1	82	70,1	75	72,1
Renda familiar **						
Até 1 salário mínimo	9	4,4	8	7,3	1	1,1
1 a 2 salários mínimos	114	55,9	62	56,9	52	54,7
3 a 4 salários mínimos	69	33,8	32	29,4	37	38,9
5 ou mais salários mínimos	12	5,9	7	6,4	5	5,3
Dependentes da renda mensal familiar						
1 a 3 pessoas	136	61,5	76	65,0	60	57,7
3 ou mais pessoas	85	38,5	41	35,0	44	42,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e sistemas de cuidado nas condições crônicas”, Pelotas, 2010.

* A variável escolaridade apresentou n= 220.

** A variável renda familiar apresentou n= 204. Salário mínimo regional no período da coleta de dados, R\$ 511,29.

Na Tabela 2, apresenta-se a distribuição, por sexo, das doenças auto-referidas pela amostra do estudo. A hipertensão foi a doença auto-referida com maior frequência, 36,7% (n=81), seguida de outros problemas de saúde com 25,3% (n=56).

Tabela 2 – Distribuição da demanda de usuários de uma unidade de oncologia, segundo as morbidades auto-referidas, estratificadas por sexo, Pelotas-RS, 2010.

Doenças auto-referidas	Total (n=221)		Feminino (n=117)		Masculino (n=104)	
	n	%	n	(%)	n	(%)
Doença cardíaca*						
Não	194	88,2	101	86,3	93	90,3
Sim	26	11,8	16	13,7	10	9,7
Diabetes*						
Não	192	87,3	100	86,2	92	88,5
Sim	28	12,7	16	13,8	12	11,5
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Não	140	63,3	71	60,7	69	66,3
Sim	81	36,7	46	39,3	35	33,7
Outros problemas de saúde						
Não	165	74,7	86	73,5	79	76,0
Sim	56	25,3	31	26,5	25	24,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e sistemas de cuidado nas condições crônicas”, Pelotas-RS, 2010.

* As variáveis doença cardíaca e diabetes apresentaram n= 220.

Na Tabela 3, são apresentados os resultados encontrados para os hábitos de vida relacionados ao consumo de tabaco, de álcool e de chimarrão. Em relação ao tabagismo observou-se

que no sexo masculino 65,4% (n=68) fumou e parou de fumar. Nos usuários que referiram ser fumantes ou fumaram e pararam, 61,5% (n=136), a média de tempo de tabagismo foi de 27,9 anos (DP 14,7), com média de 17 cigarros por dia (DP 14,0).

No sexo masculino 58,7% (n=61) referiram ter feito uso de bebida alcoólica, destes 78,7% (n=48), há mais de 10 anos. Na amostra 80,5% (n=178) faziam uso do chimarrão, destes 84,2% (n=150) diariamente e 62,9% (n=112) dos indivíduos o utilizavam há mais de 30 anos.

Tabela 3 Distribuição dos usuários da unidade de oncologia de acordo com os hábitos de vida, estratificado por sexo. Pelotas-RS, 2010.

Hábitos de vida	Total (n=221)		Feminino (n=117)		Masculino (n=104)	
	n	%	n	(%)	n	(%)
Fumo						
Nunca fumou	85	38,5	61	52,1	24	23,1
Fumou e parou	114	51,5	46	39,3	68	65,4
Fumante	22	10,0	10	8,6	12	11,5
Motivação para parar de fumar						
Vontade própria	54	47,4	21	45,7	33	48,5
Orientação de profissionais	11	9,6	2	4,3	9	13,3
Adoecimento	49	43,0	23	50,0	26	38,2
Ingestão alcoólica						
Não	125	56,6	82	70,1	43	41,3
Sim	96	43,4	35	29,9	61	58,7
Tempo de uso de álcool*						
Até 10 anos	28	29,5	15	44,1	13	21,3
11 à 30 anos	30	31,6	10	29,4	20	32,8
Mais de 30 anos	37	38,9	9	26,5	28	45,9
Chimarrão						
Não	43	19,5	22	18,8	21	20,2
Sim	178	80,5	95	81,2	83	79,8
Tempo de uso do chimarrão						
Até 10 anos	11	6,2	8	8,4	3	3,6
11 à 30 anos	55	30,9	32	33,7	23	27,7
Mais de 30 anos	112	62,9	55	57,9	57	68,7
Frequência do uso de chimarrão						
Até 2 x na semana	22	12,4	14	14,7	8	9,6
3 a 6 x na semana	6	3,4	3	3,2	3	3,6
Todos os dias	150	84,2	78	82,1	72	86,8

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Os clientes oncológicos e suas famílias e sistemas de cuidado nas condições crônicas”, Pelotas, 2010.

* A variável tempo de uso de álcool apresentou n= 95.

Em relação a localização do sítio primário mais freqüente e ao estadiamento que se encontram os usuários, o sexo feminino foi acometido por tumores do sistema reprodutor perfazendo 53,8% (n=63) dos casos, com estadiamento em II totalizando 36,5% (n=23), e estadiamento IV, com 28,6% (n=18). O câncer mais incidente nas mulheres foi a neoplasia mamária, com 41,1% (n=46).

Em segundo lugar, as mulheres entrevistadas, foram acometidas de câncer do sistema gastrointestinal com 21,4% (n=25). Os casos estão distribuídos nos estadiamento II 44% (n=11) e paritariamente com 28% (n=7) nos estádios III e IV.

Quanto ao sexo masculino, esse trabalho identificou 35,6% (n=37) de portadores de câncer do sistema gastrointestinal, que concentraram-se igualmente nos estadiamentos III e IV com 38,9% (n=14). Seguido pelos cânceres de sistema reprodutor com 20,2 % (n=21) e ocorrências principalmente no estadiamento IV, com 66,6% (n=14) dos casos, e pelo sistema respiratório com 17,3% (n=18).

DISCUSSÃO

A amostra foi composta na sua maioria pelo sexo feminino 52,9% (n=117). Dado semelhante foi encontrado em estudo na rede ambulatorial dos servidores do estado da Bahia, com 65,5% (n=833), de mulheres com doença oncológica em tratamento com terapias antineoplásicas.¹⁵ No trabalho que caracterizou os usuários atendidos em um centro de pesquisas oncológicas em Santa Catarina,¹⁶ verificou-se que 67,7% (n=235) dos portadores de neoplasia eram do sexo feminino e, na pesquisa realizada sobre o perfil nutricional dos usuários do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul,¹⁷ constatou-se que 68% (n=50) dos usuários eram mulheres.

A presença da maioria feminina nesse estudo pode ser decorrente da maior procura desses indivíduos por ações de prevenção e promoção da saúde. Tal fato está relacionado a valores culturais ou sociais vinculados à condição feminina,¹⁸ ou porque o sexo masculino, por acreditar que o adoecimento é reflexo de fragilidade, não associado a sua condição biológica, não procura os serviços de saúde.¹⁹ É importante, ainda, ressaltar que, nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, a prevalência de câncer no sexo feminino é 25% maior que no sexo masculino.²⁰

Em relação a cor auto-referida, encontrou-se a quase totalidade, 81,4% (n=180) dos indivíduos, da cor branca, fato similar ao achado do trabalho de Santa Catarina, que classificou 91,9% (n=235) dos usuários como brancos.¹⁶

A idade média dos usuários do sexo feminino neste estudo foi de 55,6 (DP 12,8) anos de idade. Assemelha-se ao inquérito de todos os casos de tumores malignos de ovário (n=57), que compareceram ao Ambulatório de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Jundiaí, São Paulo, no período de junho de 2001 a junho de 2006. Em Jundiaí, a média de idade das mulheres acometidas por tumor de ovário foi de 55 anos.²¹ Apresenta ainda idade média superior ao estudo com portadoras de câncer de colo de útero (n=60), diagnosticadas em 2009 e tratadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) de Roraima, que possuíam 49,2 anos.²²

A prevalência elevada de câncer em mulheres, de meia idade, detectada nesta pesquisa, evidencia que o sexo masculino procura tratamento em fases mais adiantadas da patologia, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de atenção primária ou pela mortalidade precoce.¹⁸

Em relação ao estado civil 51,1% (n=113) dos entrevistados eram casados ou possuíam companheiro. É importante ressaltar que a situação conjugal provavelmente influencie na situação de saúde do portador de neoplasia, uma vez que a presença do companheiro oportuniza apoio social, reduz os efeitos do estresse e auxilia na manutenção do tratamento e na sobrevida.^{23,24}

A renda familiar de até dois salários mínimos regionais, prevalente na amostra 60,3% (n=123), ratifica o baixo nível socioeconômico dos usuários do serviço. Sabe-se que as intervenções dos programas de prevenção estão sujeitas às diferenças socioeconômicas entre os indivíduos e que os mesmos devem focalizar na acessibilidade e em suprimir as iniquidades na utilização dos serviços de prevenção.²² Ainda enfatiza-se que o baixo nível socioeconômico das populações relaciona-se a um péssimo prognóstico após detecção e diagnóstico de neoplasia, o que pode implicar em uma maior dificuldade de acesso às tecnologias que dão suporte ao paciente oncológico.^{14,16}

O número de dependentes da renda mensal familiar foi de até três indivíduos em 61,5% (n=136) dos entrevistados. Isso caracteriza que o paciente oncológico atendido na unidade de oncologia reside em famílias pequenas, acompanhando uma tendência brasileira, confirmada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que investigou os domicílios brasileiros, no censo realizado no ano de 2010, e identificou a média de 3,34 indivíduos por residência na região sul do Brasil.²⁵

Neste estudo os entrevistados foram questionados quanto à doenças crônicas auto-referidas associadas a presença do câncer, a hipertensão arterial sistêmica foi citada por 36,7% (n=81) dos usuários e o *diabetes mellitus* por 12,7% (n=28) dos entrevistados. Valores superiores aos encontrados em uma revisão sistemática dos artigos organizados a partir de estudos transversais populacionais brasileiros que apresentaram a prevalência dos fatores de risco para as doenças

crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre os valores mínimo e máximo de hipertensão arterial 5,3% a 34,0% e *diabetes mellitus* 2,7% a 7,8%.¹¹

Em relação ao tabagismo foi observado que 10,0% (n=22) dos entrevistados eram fumantes, dado inferior ao encontrado pelo sistema Vigitel, que monitora, por meio de entrevistas telefônicas, a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNTs no Brasil que identificou 15,1% de fumantes no país e 20,0% na cidade de Porto Alegre.²⁶

Em relação ao sexo dos fumantes, foi encontrado 8,6% (n=10) fumantes do sexo feminino e 11,5% (12) do sexo masculino. Desta maneira podemos afirmar que a prevalência do uso do tabaco é semelhante entre os sexos da amostra, ocasionando exposição semelhante para esse fator carcinogênico, fato comumente encontrado nas cidades das regiões sul e sudeste do Brasil.²⁷

Apesar da inexistência de diferenças quanto ao uso do tabaco entre os sexos nesse estudo, alguns tipos de câncer que atingiam o sexo masculino, hoje aumentaram sua incidência no sexo feminino. Tal fato se deve, provavelmente, ao aumento do hábito do tabagismo, como exemplo temos o caso dos tumores de câncer de boca e orofaringe, que atingem cada vez mais as mulheres.²⁸

Entre os 136 indivíduos fumantes (fumaram e pararam ou fumam), identificados no presente estudo, a média de tempo de tabagismo foi de 27,9 anos (DP 14,7), com média de 17 cigarros por dia (DP 14,0). Observou-se nesses dados um longo período de exposição ao fumo, assim, pode-se concluir que seu uso iniciou na juventude. Corrobora um estudo²⁹ que afirma que, quanto mais precoce é o uso do tabaco, maior é a dificuldade em abandonar o hábito de fumar na vida adulta e maior é a exposição a esse fator de risco para o surgimento das doenças crônicas, como as neoplasias.

Sabe-se que o tabagismo está associado causalmente a vinte tipos diferentes de neoplasias e que sua prevalência encontra-se em declínio na população brasileira desde a década de 80, no século passado.^{27, 29} Este estudo confirma a redução da ocorrência do tabagismo, já que 65,4% (n=68) dos indivíduos do sexo masculino e 39,3% (n=46) do sexo feminino, fumou e parou de fumar, dado que vai de encontro ao apresentado pelo sistema Vigitel que identificou apenas 26% e 18,6%, respectivamente, de ex-fumantes.²⁶

Objetivando parar de fumar, 43% (n=49) dos entrevistados utilizaram o adoecimento por câncer como motivação para abandonar o uso do tabaco, levando à redução da prevalência desse hábito de vida. O decréscimo das prevalências de alguns fatores de risco, como o tabaco e consumo de álcool, com o avançar da idade, pode expressar a mortalidade precoce de adultos jovens ou mudança comportamental após o ato de adoecer.³⁰

Os usuários entrevistados de sexo masculino 58,7% (n=61) referiram ter feito uso de bebida alcoólica, destes 78,7% (n=48) há mais de 10 anos. Corroborando com o achado, de um estudo, que afirma serem os homens mais expostos ao álcool que as mulheres para as neoplasias de boca e faringe, com descrição de ingestão diária em 60% (n=101) dos casos no sexo masculino, principalmente no formato de bebidas destiladas (47,3%).³¹

O álcool é uma das drogas lícitas aceitas e estimuladas pela sociedade, e seu uso cresce gradualmente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Alguns tipos de neoplasias têm o uso do álcool como fator carcinogênico preponderante para sua incidência, no câncer oral a exposição dos pacientes ao álcool em frequência inferior a três vezes por semana atinge 50% dos portadores da neoplasia,³² já nas neoplasias de boca e orofaringe, com associação ao hábito do tabagismo ultrapassa 85% dos casos.^{28,31}

O hábito do chimarrão é muito comum na região sul do país. Neste estudo 80,5% (n=178) faziam uso do chimarrão, desses 84,2% (n=150) diariamente, fazendo desse um fator de risco para o surgimento de câncer de esôfago.²⁰

Em relação a localização do sítio primário mais frequente e ao estadiamento que se encontram os usuários, o sexo feminino foi acometido primeiramente por tumores do sistema reprodutor perfazendo 63 casos, com estadiamento em II, (n=23), totalizando 36,5%, e estadiamento IV, (n=18), com 28,6%. O câncer mais incidente nas mulheres foi a neoplasia mamária, com 41,1% (n=46), números que confirmam as estimativas de câncer de mama para o Brasil, para o ano de 2010, de um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres e na região sul de 64/100.000.⁵

Quanto ao estadiamento das mulheres com neoplasia do aparelho reprodutor, encontraram-se resultados semelhantes ao estudo em Aracajú-Sergipe³³ que identificou 34,5% (n=428) das mulheres com câncer de mama no estágio II e ao estudo de Santo André-São Paulo³⁴ que apresenta 42,4% (n=68) também no estágio II. Apresentaram ainda o estadiamento IV com 28,6% (n=18) usuárias, dados superiores ao estudo em Aracajú-Sergipe³³ que encontrou somente 19% (n=428).

Os estágios mais avançados encontrados nestes usuários podem ser um indicativo da dificuldade dessas mulheres em realizar os exames que possibilitem o diagnóstico precoce, já que existe uma correlação entre a demora no diagnóstico, terapêutica e estadiamento das neoplasias.^{34,35}

Nas neoplasias malignas do sistema gastrointestinal, o sexo feminino foi acometido significativamente na idade jovem³⁵ principalmente pelos cânceres de boca e faringe.^{29,30} Nesses últimos tipos de câncer, o diagnóstico no início da doença e a implementação do tratamento adequado permitem ao cliente a chance de cura em 80 a 85% dos casos.³²

Quanto ao sexo masculino, este trabalho identificou 37 casos de câncer do sistema gastrointestinal, concentrando-se igualmente nos estadiamentos III e IV com 38,9% (n=14). Em estudo³⁶ que averiguou casos confirmados de tumores de cólon e reto, a maioria das neoplasias foi encontrada nos estágios mais avançados, com predomínio do estágio III (45,5% n=61), valor superior ao encontrado em nosso trabalho.

Em estudo³⁷ com portadores de neoplasias gástricas, nos casos com estadiamento conhecido, mais da metade, 56,2% (n=355), apresentou estágio IV e a grande maioria, 77,7%, encontrava-se nos estádios avançados III e IV.

Os cânceres de sistema reprodutor masculino foram o segundo tipo de neoplasia identificada. Foram 21 ocorrências, principalmente no estadiamento IV perfazendo 66,6% (n=14) dos casos, diferentemente do esperado para os homens que possuem como tipo de câncer prevalente o câncer de próstata.⁵ Esses achados corroboram ao mostrar que a elevação da perspectiva de vida populacional, melhora dos métodos para diagnóstico e da qualidade dos dados de informação podem auxiliar na redução das taxas de neoplasias no país.

Em todos os tipos de neoplasias deste estudo encontramos predominantemente os estádios III e IV, caracterizados como avançados e com mau prognóstico. Para instituição da terapêutica do paciente oncológico é de extrema importância a definição do estadiamento do câncer, porém a demora na efetivação do diagnóstico e/ou tratamento viabilizam o aumento dos tumores prejudicando as chances de cura.

Afirma-se, então, que o diagnóstico em estádios avançados da doença sempre refletem uma pior predição do câncer, inviabilizam a perspectiva de cura, reduzem a sobrevida e qualidade de vida, gerando um conflito sociopsicológico frente à mutilação e ao tratamento.^{33,38}

Podemos caracterizar os usuários da unidade de oncologia como uma população, na sua maioria, feminina, branca, de baixa renda e baixo grau de escolaridade, características estas que podem ter sido motivadas pelo local da pesquisa que realiza atendimento exclusivo pelo SUS.

O estudo visa contribuir para compreensão das características sociodemográficas dos pacientes oncológicos, as formas de diagnóstico e tratamento, suas co-morbidades e identificação de alguns fatores carcinogênicos a que foram expostos. Anseia-se que essas informações subsidiem a formulação e aprimoramento de políticas de saúde direcionadas aos usuários dos sistemas de saúde.

A prevenção das doenças crônicas não transmissíveis deve ser prioridade dos governos. Todavia, para que isso ocorra, faz-se necessária a implantação de medidas sociais para a coletividade, a aceleração do crescimento econômico e extinção da pobreza, na realização do controle das intervenções custos-efetivos.

A existência de algumas falhas no instrumento de pesquisa, que passaram despercebidas nas discussões da fase de elaboração dos instrumentos e manuais de orientação, além do curto período da coleta de dados, pode ter reduzido o número de informações, visto que, os tratamentos realizados pelos usuários no serviço são de longa duração. Desta forma recomenda-se novos estudos.

Espera-se, ao apresentar o perfil dos usuários atendidos na unidade de oncologia, oferecer subsídios para o incremento da atividade da enfermagem na promoção e prevenção no combate ao câncer.

REFERÊNCIAS

- 1 World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, and the Prevention of Cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.
- 2 American Society of Clinical Oncology - ASCO. Cancer in developing countries. [acesso 2010 Jul 01]. Disponível em: <http://www.asco.org/ASCO/Communications%20Download/Microsoft%20World%20-%20Cancer%20%20Develping>
- 3 World Health Organization-WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva, 2003. [acesso 2010 Jul 05]. Disponível em: http://www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf
- 4 World Health Organization-WHO. Stop the global epidemic of chronic disease. [acesso 2010 Jul 01]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>
- 5 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [acesso 2010 Jun 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- 7 Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. Rev Bras. Cancerol. 2004 Abr.-Jun; 50(2): 95-101.
- 8 Salvadori AM, Ttagiba JL, Zanon C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008 Mar.; 12(1): 130-35.
- 9 Andrade M, Silva SR. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2007 Maio-Jun; 60(3): 331-5.
- 10 Maieski VM, Sarquis LMM. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. Cogitare enferm. 2007 Jul.-Set.; 12(3): 346-52.
- 11 Casado L, Bergmann A, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Brasil. Cancerol. 2009 Out-Dez; 55(4): 379-388.
- 12 Silva CALO, Oliveira KM, Carvalho CO, Silveira MV, Vieira IHI, Casado L, et al. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas Áreas da Saúde e Ciências Biológicas. Rev. Bras. Cancerol. 2010 Abr.-Jun; 56(2): 243-49.
- 13 União Internacional contra o câncer. Manual de oncologia clínica da UICC. 8ª Ed. São Paulo: Fosp; 2006.
- 14 Wünsch Filho F, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. Physis Rev. Saúde Coletiva. 2008 Set; 18(3): 427-50.

- 15 Martins SJ, Peruna VB. Caracterização dos protocolos de terapia antineoplásica na rede de assistência ambulatorial para servidores do estado da Bahia, Brasil. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2007 Jul-Dez; 31(2): 338-45.
- 16 Vieira, RCF. Estudo do uso de plantas medicinais e/ou produtos a base de plantas medicinais como tratamento complementar, por pacientes atendidos no Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON/SC, e as suas implicações clínicas.[dissertação].Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina.Programa de Pós-Graduação em Farmácia; 2008.
- 17 Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em Quimioterapia. *Rev. Bras. Cancerol.* 2010 Mar; 56(1): 43-50.
- 18 Laurenti, R, Jorge, MHPM, Gotlieb, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005 Jan-Mar; 10(1): 35-46.
- 19 Feijó, AM. A rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
- 20 Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev. Bras. Cancerol.* [online]. 2005[acesso 2011 Fev 27]; 3 (51). Disponível em: http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf
- 21 Luiz BM, Miranda PF, Maia EMC, Machado RB, Giatti MJL, Filho AA, et all. Estudo Epidemiológico de Pacientes com tumor de ovário no município de Jundiá no período de junho de 2001 a junho de 2006. *Rev. Bras. Cancerol.* 2009 Jul-Set; 55(3): 247-53.
- 22 Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS Epidemiology and economic impact of cervical cancer in Roraima, a Northern state of Brazil: the public health system perspective. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010 Ago; 32(8): 386-92.
- 23 Di Primio AO, Schwartz E, Bielemann VLM, Burille A, Zillmer JGV, Feijó AM. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Abr-Jun; 19(2): 334-42.
- 24 Silva TBC, Santos MCL, Almeida AM, Fernandes AFC. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010 Mar; 44(1): 113-19.
- 25 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo demográfico 2010. [acesso 2011 Abr 24]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=43
- 26 Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2010. [acesso 2011 Abr 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf
- 27 Malta DC, Moura L, Souza MFM, Curado MP, Alencar AP, Alencar GP. Lung cancer, cancer of the trachea, and bronchial cancer: mortality trends in Brazil, 1980-2003. *J. Bras. Pneumol.* 2007 Set-Out; 33(5): 536-43.
- 28 Souza RM, Sakae TM, Guedes AL. Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. *Arq. Catarin. Med.* 2008 Mar-Jun; 37(2): 32-41.
- 29 Wunsch Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2010 Jun; 13(2): 175-87.
- 30 Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O Perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008 Jul; 91(1): 1-10.
- 31 Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Rev Gaúcha Odontol.* 2010 Jul-Set; 58(3): 351-55.

- 32 Mauricio HA, Matos FCM, Guimarães TMR. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre câncer de boca da comunidade atendida pelo PSF de São Sebastião do Umbuzeiro/PB. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009 Jan-Mar; 38(1): 10-4.
- 33 Gonçalves LC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Oliveira LAR, Abud AC, et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso as medidas de detecção precoce. *Rev. Enferm. UERJ*. 2009 Jul-Set; 17(3): 362-7.
- 34 Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2008 Fev; 54(1): 72-6.
- 35 Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2008 Jul-Ago; 54(4): 339-46.
- 36 Neto JRT, Teixeira FR, Prudente ACL, Silvino CJ, Arciere JS, Vieira Filho MC. Estudo Demográfico do Câncer de Cólon e Reto no Estado de Sergipe. *Rev Bras Coloproct*. 2008 Abr-Jun; 28(2): 215-22.
- 37 Arregi MMU, Ferrer DPC, Assis ECV, Paiva FDS, Sobral LBG, André NF, *et all*. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período 2000-2004. *Rev. Bras. Cancerol*. 2009 Abr.-Jun; 55(2): 121-28.
- 38 Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2005 Dez; 39(6): 874-81.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: “Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas”

Autor: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Para o desenvolvimento da pesquisa, solicito sua colaboração no sentido de participar respondendo ao instrumento a fim de conhecer o perfil dos clientes em tratamento quimioterápico do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Ensino da Universidade Federal de Pelotas.

As informações e opiniões serão compiladas juntamente com a dos outros participantes e os resultados obtidos serão colocados à disposição. A coleta de dados não acarretará em riscos, pois não prevê procedimentos invasivos ou de ordem moral, considerando que durante a entrevista as perguntas poderão ser ou não respondidas na totalidade, podendo haver desistência da participação no estudo em qualquer momento. Informo também que não haverá nenhum custo na sua participação da pesquisa. A coleta de dados será realizada por entrevistadores previamente capacitados em períodos acordados com os sujeitos.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo que são: Conhecer o perfil dos clientes em tratamento quimioterápico do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Ensino da Universidade Federal de Pelotas; descrever o perfil dos clientes em tratamento quimioterápico segundo sexo, cor, idade, situação conjugal, religião, escolaridade e renda; identificar nos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico as morbidades pré-existentes.

Fui igualmente informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; de que o trabalho será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos, do anonimato, da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu _____ aceito participar da pesquisa a qual refere-se: “Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas”, emitindo meu parecer quando solicitado.

Pelotas, __ de _____ de 2010.

Participante da pesquisa

Entrevistador

Obs.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas Pesquisadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz. Rua Gomes Carneiro, 1. Campus Porto/ Pelotas - Cep: 96 010-610. Telefone/Fax: (53) 32786475. E-mail: eschwartz@terra.com.br

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces
Hospital Ensino – UFPEL



“Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e os Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas”

Questionário para o(a) **PACIENTE ONCOLÓGICO**

1. Número do questionário	nquest _ _ _
2. Unidade hospitalar	uhosp _
3. Entrevistador(a): _____ Código: __ Data da entrevista: __/__/____ Horário da entrevista: __: __	codcol _ _ dent __/__/____
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
4. Qual o seu nome? _____ Qual seu endereço? _____ Ponto de Referência? _____ Qual o seu telefone/contato? (____) _____	
5. Qual é a sua data de nascimento? __/__/____	dnasc __/__/____
6. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (1) Masculino (2) Feminino	sex _
7. Qual a sua cor ou raça? (CITE AS OPÇÕES) (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Outra – Qual? _____	cor _
8. Qual o seu atual estado civil? (CITE AS OPÇÕES) (1) Casado (2) Solteiro (3) Separado (4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outro – Qual? _____ (9) IGN	estaciv _
9. Em qual município o(a) senhor(a) reside? _____	munires _ _
10. Onde o(a) senhor(a) viveu a maior parte do tempo? (CITE AS OPÇÕES) (1) Rural (campanha) (2) Urbana (cidade)	viveu _
11. O(a) senhor(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 17.	ler _
12. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	anosc _ _
13. O(a) senhor(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim	apos _

14. O(a) senhor(a) desenvolve trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 21 .	trabr _
15. Qual o seu vínculo empregatício? (1) formal (2) informal (8) NSA	vincul _
16. Qual a sua <u>principal (maior)</u> fonte de renda? (CITE AS OPÇÕES) (01) emprego (04) benefício (ex: pensão, auxílio doença) (02) renda familiar (05) aposentadoria (03) renda do cônjuge/companheiro (06) aluguel de imóveis (07) outro – Qual? _____	rendfo _ _
17. Qual a sua renda mensal? _____, ____	renda _____, ____
18. Qual a renda mensal da sua família? _____, ____	rendaf _____, ____
19. Quantas pessoas dependem da renda mensal da família – incluindo o(a) senhor(a)? _ _	deprend _ _
20. O(a) senhor(a) tem filhos? (0) Não () número de filhos	filh _ _
BLOCO B – DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES E FATORES DE RISCO	
21. O(a) senhor(a) tem doenças do coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN	docor _
22. O(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	dm _
23. O(a) senhor(a) tem pressão alta e/ou toma remédio para controlar a pressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	has _
24. O(a) senhor(a) tem outros problemas de saúde? Qual(is)? _____	outros _
25. O(a) senhor(a) fuma ou já fumou? (1) Não, nunca fumou. → Pule para a questão 43 . (2) Já fumou, mas parou de fumar a _ _ anos _ _ meses. (3) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês). Pule para a questão 41 . (9) IGN	fum _ fumpt _ _ _
26. Se o(a) senhor(a) parou de fumar, qual foi o motivo? _____ _____ _____ (88) NSA	fump _ _
27. Há quanto tempo o(a) senhor(a) fuma (ou fumou)? _ _ anos _ _ meses (888) NSA (999) IGN	fumte _ _ _
28. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma (ou fumava) por dia? _ _ cigarros (88) NSA (99) IGN	cigd _ _
29. O(a) senhor(a) costuma ou costumava tomar bebida alcoólica? (Ex: cerveja, chopp, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, champagne, whisky,	bebin _

vodka) (0) Não (1) Sim (9) IGN Se não pule para a questão 46 .	
30. Há quanto tempo o(a) senhor(a) toma (ou tomava) bebida alcoólica? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) menos de cinco anos (2) de seis a dez anos (3) de onze a vinte anos (4) de 21 a 30 anos (5) mais de 30 anos (8) NSA	tbebi _
31. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma (ou costumava) tomar alguma bebida alcoólica? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) 2 a 3 dias por semana (2) 4 a 6 dias por semana (3) todos os dias (4) uma vez por mês (5) duas a quatro vezes por mês (6) esporadicamente ao ano (8) NSA	fbebi _
32. O(a) senhor(a) tem ou teve o hábito de tomar chimarrão? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 50 (mulher) ou 63 (homem).	chim _
33. Há quanto tempo o(a) senhor(a) toma (ou tomou) chimarrão? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) menos de cinco anos (2) de seis a dez anos (3) de onze a vinte anos (4) de 21 a 30 anos (5) mais de 30 anos (8) NSA	tohim _
34. Com que frequência o(a) senhor(a) toma (ou tomou) chimarrão? (1) até duas vezes por semana (2) de três a seis vezes por semana (3) todos os dias (8) NSA	fchim _
BLOCO C - AGORA VAMOS FALAR SOBRE EXAMES PREVENTIVOS	
AS QUESTÕES SÃO DIRECIONADAS PARA AS MULHERES	

35. A senhora já fez alguma vez exame de pré-câncer (exame do colo do útero ou ginecológico ou Papanicolau)? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se não pule para a questão 56 .	pcfe _
36. Quanto tempo faz que a senhora realizou o último exame de pré-câncer (exame do colo do útero ou ginecológico ou Papanicolau)? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	pctem __
37. A senhora já fez alguma vez mamografia (Raio X das mamas)? (8) NSA (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 59 .	raiox _
38. Há quanto tempo a senhora fez a última mamografia (Raio X das mamas)? __ _____ (88) NSA (99) IGN	raioxt __
39. A senhora já realizou ultra-sonografia das mamas? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se não pule para a questão 61 .	ultra _
40. Há quanto tempo a senhora fez a última ultra-sonografia das mamas? ____ _____ (88) NSA (99) IGN	ultrat __
41. A senhora faz o auto-exame das mamas? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se não pule para a questão 69 .	autoex _
AS QUESTÕES SÃO DIRECIONADAS PARA OS <u>HOMENS</u>	
42. O senhor já fez alguma vez o exame de próstata (exame de toque)? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se não pule para a questão 67 .	prost _
43. Quanto tempo faz que o senhor fez exame de próstata? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	prosst __
44. O senhor já realizou o exame de PSA (exame de sangue) para a prevenção do câncer de próstata? (0) Não (1) Sim (8) NSA Se não pule para a questão 69 .	expsa _
82. A entrevista foi realizada: (1) Antes do tratamento (2) Durante o tratamento (3) Após o tratamento Hora do término: __: __ OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!	entrq _

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces
Hospital Ensino – UFPEL



“Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”

Instrumento para coleta de dados do PRONTUÁRIO do(a) PACIENTE ONCOLÓGICO

1. Número do prontuário: _____	npront _____
2. Nome do(a) paciente oncológico: _____	
3. Qual a idade do(a) paciente em anos completos? ____ (FAZER O CÁLCULO)	idde ____
4. Tipo de câncer? (01) Pele (02) Mama (03) Próstata (04) Pulmão (05) Cólon e Reto (06) Colo Uterino (07) Estômago (08) Esôfago (09) Outro – Qual? _____	tcant ____
5. Estadiamento da doença? (1) 0 (1) I (2) II (3) III (4) IV (9) IGN	est ____
6. Qual período planejado de tratamento quimioterápico do(a)? _____ _____ (88) NSA (99) IGN	quimit ____
7. Em qual ciclo quimioterápico o(a) paciente está? (8) NSA (9) IGN (1) Primeiro (2) Segundo (3) Terceiro (4) Quarto (5) Quinto (6) Sexto	quimiat ____
8. Qual o tipo de quimioterapia realizada? (1) Neoadjuvante (prévia) (2) Adjuvante (3) Paliativa (4) Controle (5) Curativa (9) ING	quimtip ____
AS QUESTÕES 9, 10, 11 e 12 DEVEM SER COLETADAS DO PRONTUÁRIO DOS PACIENTES EM <u>HORMONIOTERAPIA</u>	
9. Atualmente o(a) paciente está realizando hormonioterapia? (0) Não (1) Sim Se não encerre a coleta de dados.	horm ____
10. Em que fase do tratamento hormonioterápico o(a) paciente se encontra? (1) Inicial (2) Intermediária (3) Final (8) NSA	hormf ____
11. Há quanto tempo o(a) paciente está realizando a hormonioterapia? _____ _____ (888) NSA	hormt ____
12. O(a) paciente já realizou outro tipo de quimioterapia (além da hormonioterapia) para a doença atual? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	quimt ____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADEMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2008/23

Título do projeto: Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas

Investigador(a) principal: Eda Schwartz

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 15 de maio de 2008, ata nº 03, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 19 de maio de 2008

Profª Dra. Elaine Pinto Albernaz
Coordenadora CEP/UCPel



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Recursos da Instituição	Não
Recursos Externos	Agencia de financiamento
Referências Bibliográficas	Adequada
Recomendação	Aprovado
Comentários Gerais sobre o projeto O projeto de modo geral está bem formulado, detalhado e fundamentado, em consonância com a orientação do CEP. Todos os requisitos foram atendidos pela equipe de pesquisa. O objetivo é bastante claro e não há qualquer comprometimento das questões éticas envolvidas. Recomenda-se sua aprovação sem restrições.	

ANEXO B- Autorização de utilização dos dados da pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS- UFPEL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E SUAS INTERFACES-NUCRIN**



Pelotas, 10 de agosto de 2010

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Claudia das Neves Hisse**, pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participou ativamente na elaboração do banco de dados da pesquisa “**Os clientes oncológicos e suas famílias e sistemas de cuidado nas condições crônicas**”, sob minha coordenação. Desta forma está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “ **PERFIL DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE QUIMIOTERAPIA E HORMONIOTERAPIA DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**” , sob minha orientação. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Eda Schwartz

Coordenadora do Projeto de Pesquisa, nº 4.04.01.015