

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em
Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**

Julieta Carriconde Fripp

Pelotas, 2015

Julieta Carriconde Fripp

**Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em
Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

.

Orientador: Prof Dr Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F915s Fripp, Julieta Carriconde

Sobrevivência e qualidade de vida de indivíduos com câncer registrados em serviços de alta complexidade no município de Pelotas-RS / Julieta Carriconde Fripp ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Bruno Pereira Nunes, Suele Manjouray Silva Duro, coorientadores. — Pelotas, 2015.
200 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Câncer. 2. Sobrevida. 3. Qualidade de vida. 4. Coorte. 5. Cuidados paliativos. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Duro, Suele Manjouray Silva, coorient. IV. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Julieta Carriconde Fripp

Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 15 de Dezembro de 2015

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr Luiz Augusto Facchini. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof. Dra Inês Gimenes Rodrigues. Doutora em Enfermagem Fundamental pela USP-Ribeirão Preto.

.....
Prof. Dra. Elaine Thumé. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal Pelotas.

.....
Prof. Dra. Elaine Tomasi. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

.....
Prof. Dra. Isabel Cristina Oliveira Arrieira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas.

.....
Prof. Dra. Eda Schwartz. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (suplente)

.....
Prof. Dra. Rosani Manfrim Muniz. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (suplente).

.....
Dra. Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande (suplente).

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus amados filhos Julia, Laura e Guilherme. Também ao meu companheiro Florismar. Quero sempre estar ao lado de vocês, SOMOS UMA UNIDADE...

AGRADECIMENTOS

Minha caminhada para a construção desta tese chegou ao fim. Não somente pelo meu esforço pessoal, que foi bastante intermitente ao longo destes 4 anos, mas também pelo apoio que recebi de muitas pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta durante o processo.

Agradeço aos meus filhos Julia, Laura e Guilherme, que pela tenra idade, não puderam colaborar intelectualmente ou com trabalho braçal, mas abriram mão de estarem mais tempo comigo em muitos momentos de reclusão que a tese exigiu. Confesso a vocês que em várias ocasiões pensei em abandonar o doutorado para ficar mais dedicada aos meus filhos. Guilherme, hoje com 4 anos, tinha 2 meses quando fui aprovada na seleção para o doutorado, tão pequeno, lutou por um lugar e espaços de exclusividade com a mamãe, e conquistou. Laura passou da infância para a adolescência durante o período da tese, sempre compreensiva e me apoiando nos momentos mais críticos, leveza, solidariedade e capacidade de socialização fazem parte do seu arcabouço e isso me alentou, por saber que estava bem. Julia completou 15 anos em meio às minhas idas e vindas acadêmicas, por ser mais velha, sempre me incentivou a buscar mais conhecimento, agradeço tua sensibilidade em me ajudar nesse processo, estamos crescendo juntas, podes contar comigo.

Ao meu companheiro, em quase bodas de prata ao meu lado, Florismar é muito bom saber que tenho realmente um companheiro, para os bons e maus momentos. Seria muito difícil, para não dizer impossível, dar conta de tantas demandas somadas a tese, tua contribuição colaborativa em ações diretas e indiretas permitiu o meu afastamento para dedicar a tese com mais tranquilidade. Quero agradecer especialmente o suporte aos nossos filhos quando necessário. Obrigada pela ajuda nas diagramações e nos embrólios do sumário.

As minhas irmãs Jeanine e Regina que muito contribuíram no trabalho de campo. Como “batedora, indo buscar os indivíduos em todos os cantos da cidade, Jeanine foi persistente e conseguiu entregar um mapa geral dos casos possíveis de serem entrevistados depois de tantos anos da constituição da coorte. Regina entrou no campo em um momento crítico das coletas, onde já haviam muitas perdas e dificuldade de adesão dos entrevistadores, ambas foram atrás e conseguiram concluir vários casos já considerados perdidos em diferentes bairros. Também não poderia deixar de agradecer a minha sobrinha Desiree que realizou as duas digitações dos questionários.

Agradeço imensamente aos meus coorientadores Bruno e Suele. Bruno, em especial, foi fundamental nas apresentações das análises, coerentes as demandas da tese e do artigo de análise de sobrevivência, garantiu suporte permanente às dúvidas geradas na construção dos resultados e discussões.

Agradeço a minha colega de doutorado, amiga e comadre Isabel, me ajudou muito durante todo o doutorando. Por esse motivo e pelo reconhecimento a sua competência técnica e acadêmica, convidei a doutora para ser banca da minha tese.

Agradeço aos meus colegas da gestão do Hospital Escola, Camila, Eduardo, Tomas e Isabel que foram compreensivos e me apoiaram em momentos de maior demanda da tese. Dirigir um hospital e fazer doutorado não seria possível sem apoio desta equipe afinada, de grande competência e dedicação ao SUS.

Agradeço as 311 pessoas sobreviventes, que receberam diagnóstico de câncer no passado e que se disponibilizaram a contar um pouco de sua história respondendo o questionário da tese. Sua contribuição foi fundamental, os resultados apresentados trazem informações de grande relevância da epidemiologia do câncer em Pelotas e, apresentar estes resultados a respeito de sobrevida e qualidade de vida em oncologia para os gestores que constroem as políticas de saúde em todos os níveis de atenção, será prioridade no futuro próximo.

Por fim gostaria de agradecer ao meu orientador, Facchini. Fico impressionada com a sua capacidade de “surfar” em qualquer onda quando o assunto é saúde pública. Doutor em epidemiologia, ex presidente da ABRASCO e referência em pesquisa para o Ministério da Saúde através dos estudos PROESF e AQUARIS, são alguns dos adjetivos que permeiam a sua longa caminhada como pesquisador. Fico muito orgulhosa e segura em saber que recebi o título de mestre e agora de doutora sob seu olhar e orientação. Resgatando tratado de São Tomas de Aquino, que define agradecimento em três níveis, no sentido mais profundo, quero dizer: muito obrigada Facchini.

Resumo

FRIPP, Julieta Carriconde. **Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**. 2015. 200f. Tese. (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Estudo com objetivo de avaliar a sobrevivência e qualidade de vida de indivíduos com câncer registrados em serviços de alta complexidade em oncologia e residentes em Pelotas-RS, no período de 2005 a 2008. O delineamento do estudo foi uma coorte, com característica retrospectiva para o estudo de sobrevida e prospectiva para avaliar qualidade de vida. Os desfechos foram mortalidade e qualidade de vida. Foram coletados dados primários para análise de qualidade de vida e dados secundários para análise de sobrevivência da coorte. Todas as análises foram realizadas no programa Stata 12.0. Para análise de sobrevida, foi utilizado o método de Kaplan-Meier e a regressão de Cox. Enquanto para a análise de qualidade de vida foi utilizada a regressão linear múltipla. Foram identificados 2602 indivíduos, a maioria do sexo feminino e idosos. Na análise ajustada, cinco fatores estiveram associados à sobrevida: sexo, idade, local do câncer, estadiamento e tratamento cirúrgico. Os homens tiveram probabilidade de morrer 37% maior do que as mulheres. Utilizando como referência a neoplasia de mama, pacientes com câncer de estômago, pulmão, pâncreas, esôfago, tiveram menor sobrevida [HR=3,72 (IC 95% 2,34-5,9)], [HR=3,61 (IC 95% 2,66-4,88)], [HR=3,24 (IC 95% 1,86-5,64)], [HR=3,46 (IC 95% 2,39-5,03)], respectivamente. Menor sobrevida foi observada para os cânceres de cólon e reto [HR=2,91 (IC 95% 2,91-3,77), colo de útero [HR=1,98 (IC 95% 1,4-2,79)] e cabeça e pescoço [HR=2,18 (IC 95% 1,56-3,05)]. Para câncer de próstata, a velocidade para morrer foi 39% menor em comparação ao câncer mama [HR=0,66 (IC 95% 0,47-0,91)]. A sobrevida diminuiu linearmente conforme aumentou o estadiamento. Observou-se uma redução de 28% na velocidade dos óbitos [HR=0,72 (IC 95% 0,60-0,86), em indivíduos que realizaram cirurgia, em comparação a pacientes não operados. A sobrevida global em 5 anos para todos os tipos de câncer foi de 67%. Os achados permitem comparar a ocorrência e a sobrevida de câncer no município com as estimativas nacionais e internacionais, contribuindo para avaliar e subsidiar as políticas locais de atenção ao câncer.

Palavras-chave: câncer, sobrevida, qualidade de vida, cuidados paliativos, coorte

Abstract

FRIPP, Julieta Carriconde. **Survival and Quality of Life of Individuals with Cancer Registered in High Complexity Services in the City of Pelotas – RS, Brazil.** 2015. 200f. Thesis (Doctorate in Science) – Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

This paper intends to analyze the survival and quality of life of individuals with cancer registered in high complexity services in oncology, living in Pelotas-RS, from 2005 to 2008. The study outlining was a cohort, with a retrospective characteristic for the survival study and a prospective one to evaluate quality of life. The outcomes were mortality and quality of life. We collected primary data for quality of life analysis and secondary data for cohort survival assessment. All analyses were made in the software Stata 12.0. To analyze survival, we employed the Kaplan-Meier method and the Cox regression. While for the analysis of quality of life we used multiple linear regression. 2602 individuals were identified, the majority being female and elderly people. In the adjusted analysis, five factors were associated with survival: gender, age, cancer location, staging and surgical treatment. Men had a death probability 37% higher than women. Taking as reference breast neoplasia, patients with stomach, lungs, pancreas and esophagus cancer had a smaller survival rate [HR=3.72 (IC 95% 2.34-5.9)], [HR=3.61 (IC 95% 2.66-4.88)], [HR=3.24 (IC 95% 1.86-5.64)], [HR=3.46 (IC 95% 2.39-5.03)], respectively. Smaller survival rate was observed for the cancers of colon and rectum [HR=2.91 (IC 95% 2.91-3.77), cervical [HR=1.98 (IC 95% 1,4-2,79)] and head and neck [HR=2.18 (IC 95% 1.56-3.05)]. For prostate cancer, the speed of death was 39% lower when compared to breast cancer [HR=0.66 (IC 95% 0.47-0.91)]. The survival rate diminished linearly as the staging increased. We observed a 28% reduction in the speed of fatalities [HR=0.72 (IC 95% 0.60-0.86), in individuals that had surgery, in comparison to patients that had not. The global survival in 5 years for all kinds of cancer was 67%. These findings allow us to compare the occurrence and survival rate regarding cancer in the city with the national and international estimates, contributing to evaluate and endorse the local policies regarding cancer treatment.

Keywords: cancer, survival, quality of life, palliative care, cohort

Resumen

FRIPP, Julieta Carriconde. **Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**. 2015. 200f. Tese. (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Estudio con objetivo de evaluación de la supervivencia y calidad de vida de individuos con cáncer registrados en servicios de alta complejidad en oncología y residentes en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul, en el periodo de 2005 a 2008. El diseño del estudio fue una cohorte con característica retrospectiva, para el estudio de sobrevida, y prospectiva, para la evaluación de la calidad de vida. Los desenlaces fueron mortalidad y calidad de vida. Se recolectaron datos primarios para análisis de calidad de vida y datos secundarios (APAC – Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad– y SIM –Sistema de Información sobre Mortalidad) para análisis de supervivencia de la cohorte. Todos los análisis fueron realizados con el programa Stata 12.0. Para el análisis de sobrevida, se utilizó el método de Kaplan-Meier y la regresión de Cox. Y, para el análisis de calidad de vida, se utilizó la regresión lineal múltiple. Fueron identificados 2602 individuos, la mayoría del sexo femenino y ancianos. En el análisis ajustado, cinco factores estuvieron asociados a la sobrevida: sexo, edad, lugar del cáncer, estadificación, tratamiento quirúrgico. Los hombres tuvieron probabilidad de muerte 37% mayor que las mujeres. Utilizándose como referencia la neoplasia de mama, pacientes con cáncer de estómago, pulmón, páncreas y esófago tuvieron menor sobrevida [HR=3,72 (IC 95% 2,34-5,9)], [HR=3,61 (IC 95% 2,66-4,88)], [HR=3,24 (IC 95% 1,86-5,64)], [HR=3,46 (IC 95% 2,39-5,03)], respectivamente. Se observó menor sobrevida para los cánceres de colon y recto [HR=2,91 (IC 95% 2,91-3,77), de cuello de útero [HR=1,98 (IC 95% 1,4-2,79)] y de cabeza y cuello [HR=2,18 (IC 95% 1,56-3,05)]. Para el cáncer de próstata, la velocidad de muerte fue 34% menor en comparación al cáncer de mama [HR=0,66 (IC 95% 0,47-0,91)]. La sobrevida disminuyó linealmente según el aumento de la estadificación. Se observó una reducción de 28% en la velocidad de los óbitos [HR=0,72 (IC 95% 0,60-0,86) en individuos que realizaron cirugía, en comparación a pacientes no operados. La sobrevida global en 5 años para todos los tipos de cáncer fue de 67%. Los resultados encontrados permiten que se compare la ocurrencia y la sobrevida de cáncer en la ciudad con las estimativas nacionales e internacionales.

contribuyendo para la evaluación y el subsidio de las políticas locales de atención al cáncer.

Palabras-clave: cáncer, sobrevida, calidad de vida, cuidados paliativos, cohorte

Índice de Ilustrações

Figuras

Projeto de Tese

Figura 1. Tendências das causas de morte no Brasil. Período 1930 - 2007	29
Figura 2. Modelo Teórico	46
Figura 3. Distribuição global de câncer de mama e mortalidade. Taxas por 100.000 hab. ajustadas para a idade.	48
Figura 4. Distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes, segundo estadiamento clínico (INCA, 1999-2003).	50
Figura 5. Tipos de câncer mais incidentes no Brasil. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele e não melanoma.	58
Figura 6. Mapa da estruturação de Cuidados Paliativos no mundo, apresentado pelo Observatório Internacional de Cuidados no Final de Vida.	66
Figura 7. Ranking qualidade da morte (nota máxima 10,0)	67
Figura 8. Modelo de Construção da Coorte Ambispectiva	70

Artigo Científico

Figura 1. Curva de sobrevivência Kaplan-Meier, estimativas segundo o sexo.	122
Figura 2: Estimativa de sobrevida, segundo estadiamento na primeira APAC	123
Figura 3. Estimativa de sobrevida para câncer de mama, próstata, colo de útero e intestino.	124
Figura 4. Estimativa de sobrevida para câncer de pulmão, esôfago, estômago e pâncreas.	124

Tabelas

Projeto de Tese

Tabela 1. Distribuição proporcional das principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasi, 1980-2011. 52

Tabela 2. Razão de incidência e mortalidade para alguns tipos de câncer registrados no Brasil, 2012..... 59

Artigo Científico

Tabela 1. Descrição das características demográficas, perfil do câncer e mortalidade em indivíduos residentes em Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade oncológica do município, entre 2005-2008, (n=2602) 115

Tabela 2. Regressão de Cox bruta e ajustada entre sobrevida e sexo, idade, cor da pele, localização, estadiamento, metástases e tempo de diagnóstico antes do tratamento do câncer entre indivíduos registrados em serviços de alta complexidade no município de Pelotas-RS. 119

Relatório do Estudo da Qualidade de Vida

Tabela 1. Descrição das características demográficas, comportamentais de indivíduos sobreviventes de câncer perfil moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008, (n=311)..... 137

Tabela 2. Descrição das características de saúde de indivíduos sobreviventes de câncer perfil moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008, (n=311) 138

Tabela 3. Descrição da necessidade de melhorar a qualidade de vida, segundo WHOQOL-bref nas dimensões física, psicológica, relações sociais e meio ambiente de indivíduos sobreviventes de câncer moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008. 140

Quadros

Projeto de Tese

Quadro 1. Novos casos de câncer por estabelecimento hospitalar, no município de Pelotas, período 2005 a 2013.....	30
Quadro 2. Número de casos novos de câncer, internações e mortalidade por neoplasias malignas em Pelotas-RS, 2008 a 2013.	31
Quadro 3. Descrição das buscas e artigos encontrados	34
Quadro 4. Principais referências sobre Câncer e Sobrevida, 2013	36
Quadro 5. Principais referências sobre Qualidade de Vida, Sobrevida e Cuidados Paliativos	40
Quadro 6. Distribuição proporcional das causas de mortalidade no Brasil, Regiões, RS e Pelotas, 2011.....	51
Quadro 7. Projeção da incidência de câncer para 2014, fatores de risco, proteção, formas de rastreamento e sobrevida.	54
Quadro 8: Distribuição dos serviços de Alta Complexidade em Oncologia no Brasil, por Estados e por complexidade	60
Quadro 9. Variáveis independentes (coleta de dados primários)	72
Quadro 10. Variáveis independentes (coleta de dados secundários).....	76

Relatório do Trabalho de Campo

Quadro 1. Totalização das buscas do trabalho de campo, por bairros zona urbana de Pelotas, 2014.....	102
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOELC	Observatório Internacional de Cuidados em Final de Vida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDI	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar
QOL	Qualidade de Vida
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

Sumário

I – Projeto de Tese	20
Resumo	24
Abstract	25
Definição de Termos	26
1. Introdução.....	28
2. Justificativa	33
3. Revisão Bibliográfica	34
3.1. Estratégias de Buscas	34
3.2. Resultados da revisão bibliográfica.....	35
4. Marco Teórico: O câncer, o diagnóstico, o tratamento e suas relações com o contexto e a população	45
4.1. O câncer e seu contexto: do global ao local.....	47
4.2. O câncer, as características da população e a sobrevida	52
4.3. Relevância de Registros de Base Populacional e Hospitalar.....	59
4.4. Qualidade de Vida em Portadores de Câncer	61
4.5. Pacientes com Câncer Fora de Possibilidade de Cura, Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida	63
5. Objetivos.....	68
5.1. Objetivo Geral	68
5.2. Objetivos Específicos	68
6. Hipóteses.....	69
7. Metodologia	70
7.1. Delineamento	70
7.2. População em estudo	70
7.3. Definição operacional de termos.....	71
7.4. Definição de Desfechos	71
7.5. Quadro de variáveis	71
8. Instrumentos.....	77
9. Logística	78
9.1. Análise de sobrevivência.....	78

9.2. Qualidade de vida	78
9.3. Controle de qualidade	79
9.4. Processamento de dados.....	79
9.5. Análise dos dados.....	79
10. Aspectos Éticos.....	81
11. Cronograma	82
12. Orçamento.....	83
Referências	84
II – Aprovação dos Comitês de Ética - CEPs	90
1. Parecer Consubstanciado do CEP – Faculdade de Enfermagem	91
2. Aprovação CEP - Faculdade de Medicina, 2008	94
3. Autorização da Secretaria Municipal da Saúde para acesso ao Sistema de Informação Mortalidade - SIM, período 2005 a 2013	95
III – Relatório do Trabalho de Campo.....	96
1. Estudo de Análise de Sobrevida	97
1.1. Instrumento de coleta de dados	97
1.1.1 Formulários.....	97
1.1.2 Manual de instruções	97
1.2. Seleção de pessoal.....	97
1.3. Treinamento dos coletadores.....	98
1.4. Logística do trabalho de campo	98
1.4.1. Coleta de dados	98
1.4.2. Acompanhamento do trabalho de campo	98
1.4.3. Codificação, entrega e revisão dos formulários.....	99
1.4.4. Controle de qualidade	99
1.4.5. Digitação e processamento dos dados.....	99
1.5. Informações sobre Mortalidade dos Indivíduos da Coorte	99
2. Estudo de Qualidade de Vida	100
2.1. Instrumento de coleta de dados	100
2.1.1. Questionário	100
2.1.2. Manual de instruções	100
2.2. Seleção de pessoal.....	101
2.2.1. Identificação e seleção dos indivíduos e perdas	101

2.2.2. Treinamento dos entrevistadores	103
2.3. Logística do trabalho de campo	104
2.3.1. Coleta de dados	104
2.3.2. Acompanhamento do trabalho de campo	104
2.3.3. Codificação, entrega e revisão dos formulários	104
2.3.4. Digitação e processamento dos dados	104
IV – Artigo Científico	105
Resumo	107
Abstract	108
1. Introdução	109
2. Métodos	111
3. Resultados	113
4. Discussão	126
5. Conclusões	131
Referências	132
V – Relatório do Estudo da Qualidade de Vida	135
1. Síntese dos principais achados	136
Apêndices	141
1. Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa	142
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	143
3. Questionário de Entrevista de Campo	145
4. Formulário de Quimioterapia	175
5. Formulário de Radioterapia	178
Anexos	181
1. Publicações Recentes	182
1.1. Artigo Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	182
2. Escala de Avaliação Funcional – ECOG	193
3. Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky	194
4. Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS	195
5. Tabela de Distribuição da oferta de serviços de cuidados paliativos nos países da América Latina, 2012	196

6. Oferta de serviços de cuidados no Brasil, por nível de atenção, 2012	197
7. Divulgação ao Público	198
7.1. Jornal Diário Popular, 6 de janeiro de 2016	198

I – Projeto de Tese

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Tese

**Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em
Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**

Julieta Carriconde Fripp

Pelotas, 2014

Julieta Carriconde Fripp

**Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em
Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**

Projeto de tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2014

Julieta Carriconde Fripp

Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS

Projeto de tese, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 09 de Junho de 2014

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr Luiz Augusto Facchini. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof. Dra Inês Gimenes Rodrigues. Doutora em Enfermagem Fundamental pela USP-Ribeirão Preto.

.....
Prof. Dra. Elaine Thumé. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal Pelotas.

.....
Prof. Dra. Elaine Tomasi. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

.....
Prof. Dra. Vera Maria Freitas da Silveira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

.....
Prof. Dra. Eda Schwartz. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (suplente)

.....
Prof. Dra. Rosani Manfrim Muniz. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (suplente).

.....
Dra. Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande (suplente).

Resumo

FRIPP, Julieta Carriconde. Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS

O aumento da incidência e prevalência do câncer no Brasil e no mundo tem como consequência o aumento de mortalidade geral de indivíduos de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias. Estudos e publicações sobre o tema demonstraram que cerca de cinquenta por cento das pessoas quando recebem o diagnóstico de câncer já apresentam estádios avançados da doença sem possibilidade de cura. Neste contexto, o presente estudo se propõe a realizar uma análise da sobrevivência dos pacientes que estavam registrados e em tratamento de câncer no período de 2005 a 2008 em serviços de alta complexidade em oncologia, no município de Pelotas no sul do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, no ano de 2014, se realizará uma análise da qualidade de vida dos sobreviventes, com ênfase nas diferentes estratégias assistenciais utilizadas para o manejo da doença. O delineamento do estudo apresentado será uma coorte ambispectiva, com característica retrospectiva para o estudo de sobrevida e prospectiva para avaliar qualidade de vida. A população do estudo será os pacientes com diagnóstico de câncer registrados no Sistema Único de Saúde em Pelotas, atendidos em serviços de alta complexidade em oncologia no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas no período de 2005 a 2008, os desfechos serão mortalidade e qualidade de vida. Serão coletados dados primários para análise de qualidade de vida e dados secundários para análise de sobrevivência da coorte. A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 12.0. Para análise de sobrevida, será utilizado o método de Kaplan-Meier e a regressão de Cox. Enquanto para a análise de qualidade de vida será utilizada a regressão linear múltipla. Para todas as análises será considerado um nível de significância de cinco por cento. Os achados do estudo poderão subsidiar ações de qualificação e organização de serviços, na expectativa de melhoria das práticas de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com consequente aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos indivíduos e fortalecimento de toda a linha de cuidados prioritários para os usuários com neoplasias. **Palavras-chave:** câncer, sobrevida, qualidade de vida, cuidados paliativos

Abstract

FRIPP, Julieta Carriconde. Survival and Quality of Life of Individuals with Cancer Registered in Services of High Complexity in the Municipality of Pelotas-RS

The increased incidence and prevalence of cancer in Brazil and the world has led to an increase in overall mortality of individuals of both sexes and different age groups. Studies and publications on the subject have shown that about fifty percent of those diagnosed with cancer already have advanced stages of the disease with no possibility of cure. In this context, the present study aims to conduct a survival analysis of patients who were registered and treated for cancer in the period 2005-2008 in high complexity oncology services in Pelotas, Southern state of Rio Grande do Sul, Brazil. Furthermore, in 2014, there will be an analysis of the quality of life of survivors, with emphasis on the different care strategies used to manage the disease. The presented study design will be an ambispective cohort, presented with a retrospective characteristic to study survival and a prospective one to evaluate quality of life. The studied population will be composed of patients with a cancer diagnosis registered in the Unified Health System in Pelotas, under treatment in high complexity oncology services at the University Hospital, Federal University of Pelotas, and Santa Casa de Pelotas in the 2005-2008 period, the outcomes will be mortality and quality of life. Primary data for the analysis of quality of life and secondary data to analyze survival of the cohort will be collected. Data analysis will be performed in Stata 12.0 statistical program. For survival analysis, the Kaplan-Meier and the Cox regression methods will be used. As for the analysis of quality of life, multiple linear regression will be employed. For all analysis we will consider a significance level of five percent. The study findings may support actions of qualification and service organization in the hopes of improving practices for prevention, treatment, rehabilitation and palliative care, with consequent increase in survival and quality of life of individuals and strengthening of the entire line of priority care to users with neoplasias. **Keywords:** cancer, survival, quality of life, palliative care.

Definição de Termos

1. **Câncer:** Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação das neoplasias malignas ².
2. **Incidência:** é a frequência de casos novos de uma determinada doença ou problema de saúde em um determinado período de tempo, oriundos de uma população sob risco de adoecimento no início da observação ³.
3. **Prevalência:** é definida como a frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento ³
4. **Sobrevida / Sobrevivência:** a proporção de sobrevida, também denominada sobrevida, é uma medida complementar à incidência acumulada. É uma estimativa de probabilidade de um indivíduo não morrer, ou de não desenvolver o desfecho sob estudo, como uma determinada doença, ao longo de um intervalo de tempo ($\Delta t = t - t_0$). Tal como a incidência acumulada, é conceitualmente definida em nível individual, porém referida a um grupo populacional ³.
5. **Prevenção Primária:** são medidas que visam evitar o surgimento de uma determinada doença. O exemplo clássico de prevenção primária são as imunizações ³.
6. **Prevenção Secundária:** são medidas que visam a identificação precoce de doenças evitando assim a sua progressão para situações muitas vezes incuráveis. Este tipo de prevenção se evidencia nos exames ou testes de rastreamento ³.
7. **Estudo de Coorte:** são estudos observacionais em que a situação dos participantes quanto a exposição de interesse determina sua seleção para o estudo. Os indivíduos são monitorados ao longo do tempo para avaliar a incidência de doença ou de outro desfecho de interesse, como por exemplo mortalidade ³.
8. **Qualidade de vida:** percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto cultural em que está inserido, contemplando a saúde física e psicológica, autonomia, relações sociais, crenças e subjetividade individual ⁴.
9. **Cuidados paliativos:** definido como o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, com o adequado controle da

dor e de outros sintomas físicos e problemas de ordem psicológica, social e espiritual. Através de equipe interdisciplinar, busca a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares ^{5, 6}.

10. **Classificação TNM:** o sistema TNM que define o estadiamento do câncer, trabalha prioritariamente com a classificação por extensão anatômica da doença, determinado clínica (cTNM) e histopatologicamente (pTNM). Para descrever a extensão anatômica utiliza a seguinte terminologia: (INCA, 2004)

- **T** - a extensão do tumor primário
- **N** - a ausência ou presença e a extensão de metástase em

linfonodos regionais

- **M** - a ausência ou presença de metástase à distância

1. Introdução

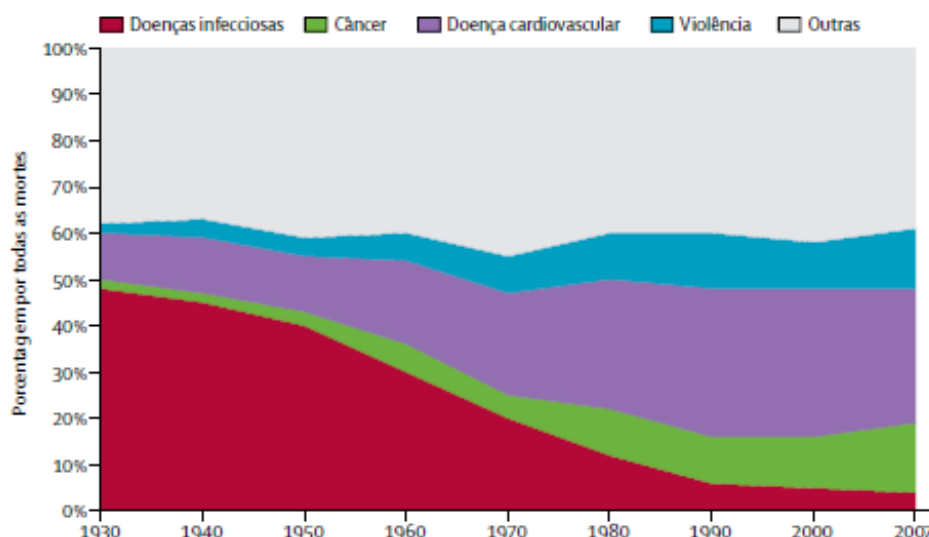
No Brasil e no mundo, estamos vivenciando transições demográficas e epidemiológicas, com um crescente aumento da população idosa, o qual resulta na elevação de morbidade e mortalidade por doenças crônicas ^{7, 8}.

Entre as doenças crônicas, as neoplasias malignas representam a segunda causa de morte na maioria dos países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, poderão ocorrer 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas ^{9, 10}.

Os países com recursos limitados ou inexistentes para prevenção, diagnóstico e tratamento acumulam um maior número de casos de câncer com detecção tardia, quando já não existe possibilidade de cura ¹¹.

O Brasil, em seu processo de transição, tem produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população ⁸. Observa-se, a partir da década de 60, que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias, como demonstra a Figura 1. No país, as neoplasias representam a segunda maior causa de mortalidade geral, com cerca de 16% de todos os óbitos registrados ⁹. Esta situação é ainda mais destacada no Rio Grande do Sul, representando 21% do total de óbitos no ano de 2011 ^{12, 13}.

Figura 1. Tendências das causas de morte no Brasil. Período 1930 - 2007



Fonte: Schmidt (2011) ⁸.

O município de Pelotas, localizado na Região Sul do estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada em 340 mil habitantes ¹⁴, possui gestão plena do sistema de saúde, sendo referência para 25 municípios da região, o que corresponde a cerca de um milhão de habitantes. O município não dispõe de Registro de Câncer de Base Populacional (RCPB), as informações referentes ao diagnóstico e tratamento de novos casos de câncer no município são inseridas no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), sistema disponibilizado pelo INCA às duas instituições que possuem Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): Hospital Escola da UFPel e Santa Casa de Misericórdia. Em média, são registrados cerca de 1250 novos casos de câncer por ano somados os dois serviços, mas cerca de 40% são de moradores de outros municípios que são referenciados para Pelotas, portanto, do total, cerca de 750 usuários são residentes em Pelotas. O quadro 1 ilustra as informações provenientes do RHC com relação ao número de casos novos registrados em Pelotas.

Quadro 1. Novos casos de câncer por estabelecimento hospitalar, no município de Pelotas, período 2005 a 2013

Ano	Hospital Escola UFPel	Santa Casa	Total	Pelotas
2005	644	530	1174	704
2006	535	520	1055	663
2007	572	705	1277	766
2008	608	681	1289	773
2009	465	821	1286	771
2010	763	538	1301	780
2011	624	726	1350	810
2012	803	530	1333	800
2013	770	570	1340	804
Total	5784	5051	11405	

Fonte: RHC/INCA/MS

No período de 2005 a 2013, o número total de óbitos por neoplasias em Pelotas, disponibilizado pelo Sistema de Informação Mortalidade (SIM), apresentou pouca variação, com discreta tendência de aumento (DATASUS, 2013). Com relação às hospitalizações, as informações são fornecidas através do Sistema de Internações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH-SUS) e, ao contrário dos óbitos, no mesmo período, observou-se redução importante no número de internações hospitalares em Pelotas. Isso pode ser resultante da implantação do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para pacientes oncológicos (PIDI) no Hospital Escola da UFPel, no ano de 2005. Durante o período citado, o PIDI internou cerca de 1800 pacientes com câncer em domicílio. O quadro 2 ilustra as informações do número de casos novos de câncer, o total de internações e também de óbitos por neoplasias malignas em Pelotas ^{12, 15}.

Quadro 2. Número de casos novos de câncer, internações e mortalidade por neoplasias malignas em Pelotas-RS, 2008 a 2013.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
casos novos	704	663	766	773	771	780	810	800	804
Internação Hospitalar	3609	2937	2402	2379	2173	1924	2154	2012	2015
Mortalidade	525	529	602	591	531	561	612	602	613

Fonte: MS / SIH / SIM / SUS, 2014

Para normatizar as ações de atendimento a usuários com câncer, o Ministério da Saúde, através das Portarias 2439/2005 GM/MS e 874/2013 GM/MS, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A portaria 140/2014, redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados com UNACON e CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS em consonância com a Linha de Cuidado em Oncologia. Assim, os serviços de alta complexidade em oncologia deverão garantir atenção integral aos pacientes, nas estruturas ambulatoriais, hospitalares e domiciliares sob constante monitoramento ¹⁶⁻¹⁸.

O município de Pelotas oferece prevenção e diagnóstico de câncer nos serviços de atenção primária, secundária e terciária, enquanto que os tratamentos ativos da doença através de quimioterapia, radioterapia e cirurgia são realizados em dois hospitais habilitados com UNACON, o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, que atende exclusivamente pelo SUS, e a Santa Casa de Misericórdia, que é uma entidade filantrópica. No âmbito do SUS, a oferta do componente de cuidados paliativos para pacientes com câncer fora de possibilidade de cura somente ocorre através do Programa de Internação Domiciliar (PIDI), sediado no Hospital Escola da UFPEL.

O advento de tratamentos combinados, incluindo radioterapia, quimioterapia e cirurgia, melhorou significativamente o prognóstico de muitas formas de câncer, com

consequente aumento de sobrevida com a doença controlada. Como consequência, as neoplasias são responsáveis por elevado grau de sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Esta situação se verifica especialmente nas fases mais avançadas da enfermidade. Nos últimos anos vem aumentando a preocupação com as necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes oncológicos, principalmente nos países desenvolvidos, com vistas a uma melhor qualidade de vida. Em contraste, na grande maioria dos países em desenvolvimento, as pessoas não recebem atenção adequada para controle de seus sintomas ¹⁹.

Qualidade de vida (QoL) se caracteriza como um conceito amplo e subjetivo, levando em consideração aspectos físicos, psicológicos, espirituais, sociais e a capacidade funcional para desenvolver atividades da vida diária. Além dos aspectos de gravidade da doença (malignidade, tratamento, entre outros), também é fundamental valorizar a subjetividade de pessoas com lesões, sinais e sintomas muito semelhantes, mas que apresentam diferentes níveis de qualidade de vida ^{20, 21}.

A utilização da qualidade de vida como medida de desfecho vem aumentando nos ensaios clínicos. No caso do câncer, esta variável foi identificada como o segundo mais importante resultado primário, logo depois de sobrevivência ²².

Para pessoas com câncer, estratégias de saúde como cuidados paliativos favorecem uma melhor qualidade de vida, fortalecidas pela essência do cuidado integral, que abarca as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Dessa forma, a OMS preconiza os princípios dos cuidados paliativos que direcionam as ações do cuidado integral. Tais princípios são os seguintes: afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural, sem antecipá-la ou retardá-la; proporcionar alívio da dor e de outros sintomas físicos; integrar os aspectos psicológicos, espirituais e sociais do cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível e oferecer suporte para auxiliar a família a cooperar durante a doença e trabalhar o luto e a perda; utilizar uma abordagem de equipe para atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento para a perda, se indicado; reforçar a qualidade de vida e também influenciar positivamente o curso da doença; aplicar cuidados paliativos precocemente no decorrer da doença, em conjunto com outras terapias que tendem a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou a radioterapia, e abranger aqueles investimentos necessários para melhor entender e manejar complicações clínicas angustiantes ²³.

2. Justificativa

O câncer no Brasil tem apresentado aumento não apenas na incidência, mas também na prevalência da doença. Além do aumento da mortalidade, destacado anteriormente, os pacientes com câncer estão vivendo mais tempo com a doença e, conseqüentemente, apresentando inúmeras complicações decorrentes do seu estado de saúde e do tratamento. Boa parte dos pacientes recebe o diagnóstico quando já não existe mais a possibilidade de cura, acarretando muitas intercorrências relacionadas à progressão da doença, aumentando a demanda de serviços de emergência e internações hospitalares para controle de sintomas.

Neste contexto, justifica-se avaliar sobrevivência e qualidade de vida em indivíduos submetidos ao tratamento oncológico ²². O estudo se propõe a realizar, no município de Pelotas, uma análise da sobrevivência dos pacientes que estavam em tratamento de câncer no período de 2005 a 2008. Além disso, no transcurso de 2014, se realizará uma análise da qualidade de vida dos sobreviventes, com ênfase nas diferentes estratégias assistenciais utilizadas para o manejo da doença.

Os achados do estudo poderão subsidiar ações de qualificação e organização de serviços, na expectativa de melhoria das práticas de prevenção, tratamento, reabilitação e, sobretudo, dos cuidados paliativos, fortalecendo toda a linha de cuidados prioritários para os usuários com neoplasias.

3. Revisão Bibliográfica

3.1. Estratégias de Buscas

O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos sobre câncer, análise de sobrevivência, qualidade de vida e cuidados paliativos. As buscas foram realizadas nas bases de dados referenciais PubMed, Lilacs, portal de revistas on-line Scielo, sites na Internet como os do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer, de *hospices*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e também no banco de teses e dissertações da CAPES. Além disso, foram consultados livros sobre os temas de interesse. Por fim, através da leitura dos artigos na íntegra e das referências bibliográficas de cada um, novos trabalhos foram selecionados.

Para localizar estudos relevantes nas bases de dados bibliográficas, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: limite de tempo de 15 anos (1998-2013); idiomas espanhol, inglês e português; estudos em humanos. (Quadro 3).

Quadro 3. Descrição das buscas e artigos encontrados

Base de dados	Descritores	Período das buscas	Nº de referências encontradas
Pubmed	"Sickness Impact Profile" OR "Quality of Life" OR "Karnofsky Performance Status" OR "Activities of Daily Living" AND cancer OR neoplasms AND "Palliative care" OR "Hospice care"	2013 e 2014	2010
Pubmed	"Survival rate" AND cancer AND "palliative care"	2013 e 2014	664
Pubmed	"palliative care" AND "Survival rate"	2013 e 2014	796
Pubmed	survivorship research" AND "palliative care" AND cancer	2013 e 2014	40
Lilacs	Câncer AND "Análise de sobrevida	2013 e 2014	319

Lilacs	Câncer AND “Análise de sobrevida” AND “Quality of Life” AND “Cuidados paliativos”	2013 e 2014	7
--------	--	----------------	---

3.2. Resultados da revisão bibliográfica

Ao final da revisão dos artigos, livros e teses, foram selecionados 197 estudos. Os mais relevantes estão descritos nos Quadros 4 e 5.

Com relação aos termos associados à análise de sobrevivência, na leitura dos resumos foram excluídos os estudos de intervenção, sendo priorizados os estudos observacionais. Os artigos destacados foram aqueles que, via de regra, demonstraram para análise de sobrevivência os fatores associados a uma maior letalidade de alguns tipos de câncer através de metodologia validada.

Além disso, de forma geral, foram selecionados artigos sobre qualidade vida em oncologia e a importância dos cuidados paliativos precoces associados ao tratamento ativo como estratégia para melhorar a qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos portadores de câncer.

Quadro 4. Principais referências sobre Câncer e Sobrevida, 2013

Câncer e Sobrevida					
Título	Autor(s)	País / ano	Amostra	Delineamento	Principais resultados
Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil	Instituto Nacional do Câncer (INCA)	Brasil / 2014			Apresenta as estimativas de câncer no Brasil para o ano de 2014, incluindo incidência, prevalência, mortalidade, globais e por região do país, bem como as características dos tipos câncer mais prevalentes
Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais	Maria Inês Schmidt, Bruce Duncan, Gulnar Azevedo e Silva, Ana Maria Menezes, Carlos Augusto Monteiro, Sandhi Maria Barreto, Dora Chor, Paulo Rossi Menezes	Brasil / 2011 (Series Lancet)			O artigo apresenta atualização da importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. Sugere que apesar da implementação de políticas importantes de prevenção e controle ainda são bastante impactantes as “epidemias” de obesidade, diabetes e hipertensão no país como consequências de hábitos de vida pouco saudáveis.
Perfil da Incidência e da Sobrevida do Câncer de Mama: análise	Daniele Pinto da Silveira	Brasil / 2011	Mulheres com câncer mama	Coorte	Os resultados mostram uma sobrevida média geral das pacientes estimada pelo Kaplan-Meier, em 80 meses de estudo, de 75,6% com um tempo mediano de sobrevida de 41 meses. O

a partir dos Registros de Câncer de Base Populacional e cobertura de planos privados de saúde no Município de São Paulo			residentes SP, período 2003-2009		maior tempo de sobrevida acumulado foi encontrado entre as pacientes com plano de saúde, com uma probabilidade de sobrevivência de 89,1% aos 60 meses.
Técnicas de análise de sobrevida	Maria Teresa Bustamante-Teixeira Eduardo Faerstein Maria do Rosário Latorre	Brasil / 2002			Apresenta abordagem de técnicas de análise de sobrevida, especialmente em oncologia. Demonstra os tipos de estudos epidemiológicos e de fontes de dados sujeitos a este tipo de análise. Faz-se a diferença entre estudos com base hospitalar e de base populacional.
Chemotherapy versus best supportive care in stage iv non-small cell lung cancer, non metastatic to the brain	Agnaldo Anelli, Candice A. A. Lima, Riad N. Younes, Jefferson L. Gross and Ricardo Fogarolli	Brasil / 2001 (Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo)	78 pacientes	Análise retrospectiva	O estudo demonstrou que pacientes com câncer pulmonar não-pequenas células estágio IV, não metastático para o cérebro, aumentaram a sobrevida quando recebiam quimioterapia em relação aos cuidados de suporte sem quimioterapia
Relación diagnóstico	Milagros Machado	Cuba / 2011	192	Descritivo	A maior sobrevida dos pacientes estudados,

y supervivencia en el cáncer de colon	Pineda, Zenén Rodríguez Fernández, Jaime Humberto González Tuero Rafael Rodríguez Ramírez	(MEDISAN 2011)	pacientes	transversal	esteve relacionada à intervenção cirúrgica em estádios mais precoces, tumores bem diferenciados e localizados no cólon direito
Survival analysis of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology in Espírito Santo State, Brazil, 2000-2005	Keila Cristina Mascarello Eliana Zandonade Maria Helena Costa Amorim	Brasil / 2013	964 pacientes	Coorte	Os resultados demonstraram que o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais na redução da mortalidade por câncer do colo do útero. As mulheres com estadiamento III e IV apresentaram risco de 4,33 e 15,4 vezes maior, respectivamente, de terem menor sobrevida quando comparadas ao estágio I
Letalidad del cáncer de vesícula biliar es independiente del lugar de atención o características socio- demográficas. Chile 2002-2005	Mauricio Gabrielli, Sebastián Hugo, Angélica Domínguez, Sergio Baez, Aliro Venturelli, María Puga, Alfonso Díaz, Nicolás Jarufe, Catterina Ferreccio	Chile / 2010 (Rev Med Chile)	598 pacientes	Estudo retrospectivo	Sugere que câncer de vesícula apresenta maior incidência em regiões mais pobres. Indica que somente o diagnóstico precoce melhora aumenta sobrevida. Cirurgias agressivas ou quimioterapia não modificam significativamente a sobrevida

Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado	Arn Migowski Gulnar Azevedo e Silva	Brasil / 2010 Rev Saúde Pública	258 pacientes	Coorte	A sobrevida específica por câncer de próstata foi de 88% em cinco anos e de 71% em dez. A classificação de Gleason maior que 6, PSA maior que 40ng/ml, estágio B2 e cor da pele branca foram marcadores independentes de pior prognóstico.
Análises de sobrevida em uma coorte de 1328 pacientes com carcinoma de seno	Jose Fernando Abad, Jose Joaquin Mallarino, Rodrigo Deantonio Soares	Colômbia / 2005 Rev Colombina de Cirurgia	1328 pacientes	Coorte (1989- 2003)	O estudo demonstra que o comportamento e manejo do câncer de mama para estádios precoces e avançados é semelhante a de outros países
Sobrevida global y por estádios de 137 pacientes con câncer intraoral. Experiencia del Instituto Nacional del Câncer	Pablo Bórquez , Felipe Capdeville, Arturo Madrid, Marcelo Veloso, Marcela Cárcamo	Chile / 2010	137 pacientes	Coorte (1989- 2004)	A sobrevida global foi de 57% em 5 anos, por estádios a sobrevida foi de 86% para I, 67% para II, 52% para III e 51% para IV. Resultados são comparáveis a outros centros oncológicos de outros países e são reflexos do adequado manejo dos pacientes com câncer no Chile

Quadro 5. Principais referências sobre Qualidade de Vida, Sobrevida e Cuidados Paliativos

Qualidade de Vida, Sobrevida, Cuidados Paliativos					
Título	Autor(s)	País / ano	Amostra	Delineamento	Principais resultados
The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure	David F. Cella, David S. Tulsky, George Gray, Bernie Sarafian, Elizabeth Linn, Amy Bonomi	USA / 1993 (Journal of Clinical Oncology)	854	Estudo de validação de escala FACT-G	O estudo concluiu que a FACT-G atende as exigências para utilização em ensaios clínicos de oncologia, apresenta facilidade de aplicação, confiabilidade, capacidade de responder às mudanças do quadro clínico para determinar melhor ou pior qualidade de vida.
Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer	Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B.,	EUA/ 2010 (NEJM)	151	Controlado randomizado	O estudo demonstrou que pacientes com câncer de pulmão não pequenas células metastático, quando recebiam intervenção de cuidados paliativos precoce apresentaram menos depressão, melhor qualidade de vida e maior sobrevida.
Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps—From the	Frank D. Ferris, Eduardo Bruera, Nathan Cherny, Charmaine Cummings, David	EUA / 2009 (Journal of Clinical Oncology)			O estudo produziu recomendações da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, dentre ela que a oferta de cuidados paliativos precoce juntamente com tratamento ativo do câncer reduz sofrimento de pacientes e

American Society of Clinical Oncology	Currow, Deborah Dudgeon, Nora JanJan, Florian Strasser, Charles F. von Gunten, and Jamie H. Von Roenn				familiares, impactando em melhor qualidade de vida.
The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial to Improve Palliative Care for Patients with Advanced Cancer	Marie Bakitas, DNSc, ARNP, FAAN, Kathleen Doyle Lyons, ScD, OTR, Mark T. Hegel, PhD4, Stefan Balan, MD, Frances C. Brokaw, MD, MS, Janette Seville, PhD, Jay G.	EUA / 2009 (JAMA)	322	Controlado randomizado	Estudo que apresentou como objetivo principal avaliar o efeito dos cuidados paliativos associados ao tratamento ativo do câncer em moradores da zona rural. Concluiu que a intervenção está associada a uma melhor qualidade de vida e menor intensidade de sintomas.
Phase II Study of an Outpatient Palliative Care Intervention in Patients With Metastatic Cancer	Matthew Follwell, Debika Burman, Lisa W. Le, Kristina Wakimoto, Dori Seccareccia, John Bryson, Gary Rodin,	EUA / 2009 (Journal of Clinical Oncology)	150	Longitudinal	Estudo realizado com pacientes ambulatoriais, com câncer metastático acompanhados em clínica de cuidados paliativos. Observou melhora do controle de sintomas e maior satisfação dos usuários com a intervenção.

	and Camilla Zimmermann				
Components of early intervention outpatient palliative care consultation in patients with incurable NSCLC	V. A. Jackson, J. Jacobsen, J. Greer, C. Dahlin, J. A. Billings, W. Pirl, P. Perez Cruz, S. Admane, C. Blinderman and J. Temel	EUA / 2009 (Journal of Clinical Oncology)	90	Controlado randomizado	Estudo comparou a intervenção de cuidados paliativos associada ao tratamento ativo do câncer com tratamento standard sem cuidados paliativos. Demonstrou uma maior satisfação dos usuários, principalmente devido a um maior tempo de atendimento dos profissionais para promover uma melhor gestão sintomas e processo educativo dos pacientes.
Impacting Quality of Life for Patients With Advanced Cancer With a Structured Multidisciplinary Intervention: A Randomized Controlled Trial	Teresa A. Rummans, Matthew M. Clark, Jeff A. Sloan, Marlene H. Frost, John Michael Bostwick, Pamela J. Atherton, Mary E. Johnson, Gail Gamble, Jarrett Richardson, Paul Brown,	EUA / 2006 (Journal of Clinical Oncology)	103	Controlado randomizado	O estudo randomizou pacientes com câncer em tratamento radioterapêutico, o grupo de intervenção recebeu tratamento com equipe multiprofissional para controlar sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais. Conclui que no grupo intervenção os pacientes mantiveram ou até melhoraram sua qualidade de vida.
Late Referrals to Specialized Palliative	Tatsuya Morita, Tatsuo Akechi,	Japão / 2005 (Journal of	630	Observacional longitudinal	Estudo realizado com pacientes e familiares antes depois de receberem cuidados paliativos

Care Service in Japan	Masayuki Ikenaga, Yoshiyuki Kizawa, Hiroyuki Kohara, Taketo Mukaiyama, Toshimichi Nakaho, Nobuaki Nakashima, Yasuo Shima,	Clinical Oncology)			em centros especializados. Concluiu que havia um desconhecimento e preconceito em relação aos cuidados de saúde ofertados em clínicas de cuidados paliativos e que depois de passarem pela experiência a maioria das pessoas mudaram de opinião sobre o tema. Sugere a importância de difundir na sociedade a prática dos cuidados paliativos naquela comunidade.
The impact of palliative care on cancer deaths in Hong Kong: a retrospective study of 494 cancer deaths	Tse, D. M. Chan, K. S. Lam, W. M. Leu, K. Lam, P.T.	Hong Kong / 2007	494 pacientes	Retrospectivo	O estudo concluiu que os serviços de cuidados paliativos apresentam papel fundamental na melhora da qualidade de vida dos pacientes terminais.
longitudinal study of palliative care: patient-evaluated outcome and impact of attrition	Stromgren, A.S. Sjogren, P. G. Petersen, M. A. Pedersen L, Hoermann. L	England / 2005	267 pacientes	Longitudinal	O estudo observou que a intensidade dos sintomas iniciais em pacientes com câncer, como dor, falta de apetite, náuseas / vômitos, insônia, constipação apresentou melhora significativa ao longo do tempo nos pacientes que receberam tratamento em programas de cuidados paliativos.
A Randomized,	Kurtz, M. E.;Kurtz, J.	2007	237: 118	Controlado	O estudo concluiu, após 20 semanas, que a

Controlled Trial of a Patient/Caregiver Symptom Control Intervention: Effects on Depressive Symptomatology of Caregivers of Cancer Patients	C. Given, C. W.; Given, B		intervenção e 119 controles	Randomizado	intervenção de enfermagem clínica isolada não tem efeito benéfico sobre os cuidadores com depressão e que, devido à complexidade apresentada, sugere que sejam realizados mais estudos para avaliar outras formas de apoio ao contexto do cuidador e do paciente com câncer.
Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológicogico	Vera Lucia Rezende, Sophie Françoise Mauricette Derchain, Neury José Botega, Luis Otávio Sarian, Daniela Landulfo Vial, Sirlei Siani Moraes	Brasil/ 2005	133 cuidadores	Transversal	O processo de cuidar de paciente na fase terminal elevou as taxas de ansiedade e depressão de cuidadores de pacientes terminais. Os homens e maridos despontaram neste estudo como cuidadores menos ansiosos.

4. Marco Teórico: O câncer, o diagnóstico, o tratamento e suas relações com o contexto e a população

A ocorrência de câncer, seu diagnóstico e tratamento apresentam profundas relações com o contexto social e as características sociodemográficas, culturais e comportamentais da população. A fundamentação teórica permite entender a sobrevida e a qualidade de vida de indivíduos com câncer, conforme o Modelo Teórico sintetizado na figura 2.

Figura 2. Modelo Teórico

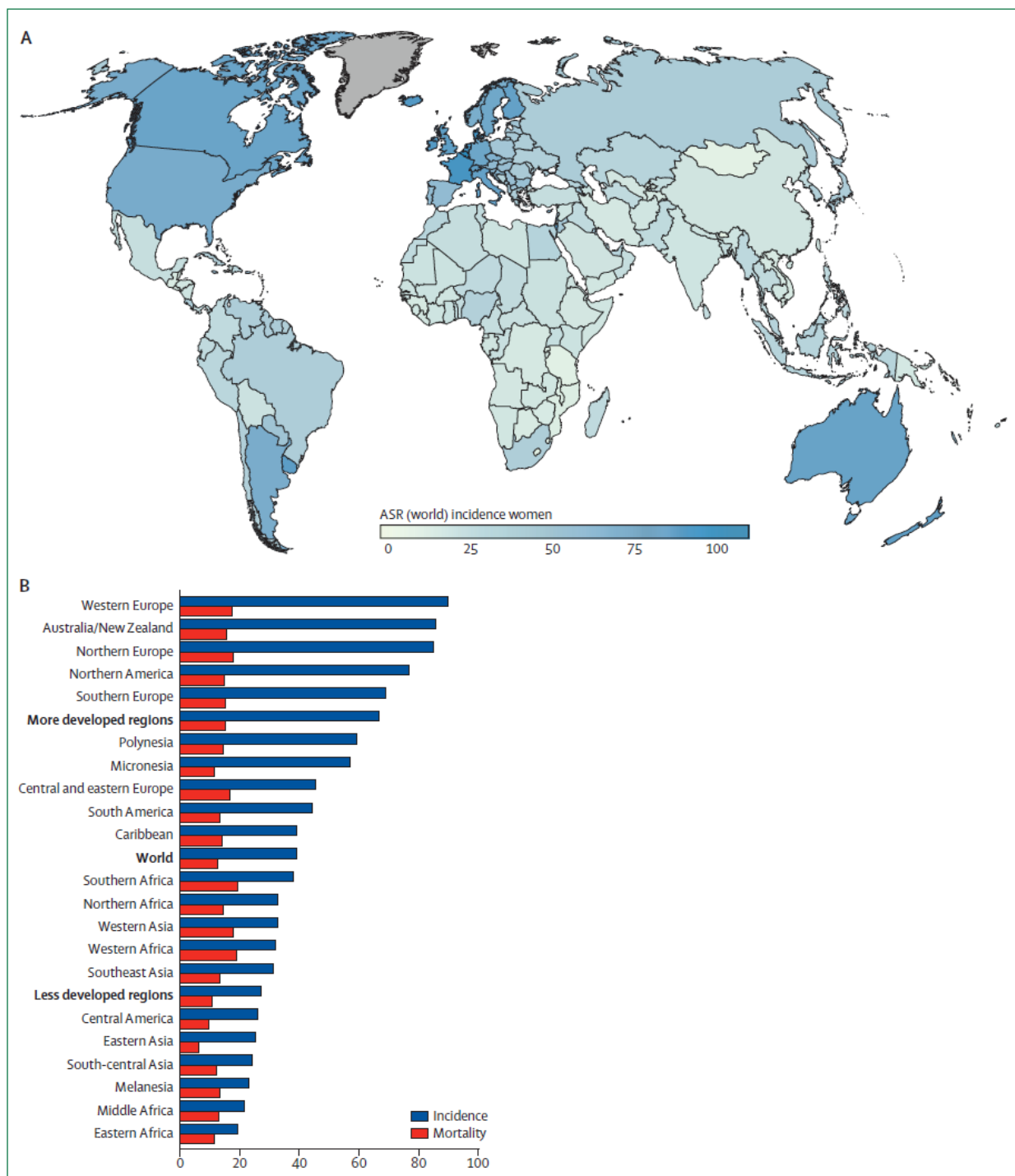


4.1. O câncer e seu contexto: do global ao local

A ocorrência de câncer, seu rastreamento – se disponível e indicado –, diagnóstico, tratamento e sobrevida apresentam profundas relações com o contexto social. Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer em todo o mundo. Atualmente mais de 70% dos óbitos por câncer ocorrem em países em desenvolvimento, onde os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes ^{6, 24}.

Em 2008, foi estimado que cerca de 28 milhões de pessoas no mundo receberiam diagnóstico de câncer em cinco anos. Em torno da metade desta população estaria localizada em países com IDH elevado, que compreendem apenas um sexto de população do mundo. Por outro lado, os países com IDH baixo e médio, com cerca de 3,4 bilhões de pessoas teriam apenas pouco mais de um terço da prevalência global do câncer (10,8 milhões de casos). Esta disparidade deve-se principalmente às taxas mais elevadas de câncer diagnosticado precocemente naqueles com IDH alto e as taxas de sobrevivência mais baixas nos países de IDH médio e baixo. A figura 3 exemplifica para câncer de mama, a relação de incidência e mortalidade em países de alta, média e baixa rendas ¹⁰.

Figura 3. Distribuição global de câncer de mama e mortalidade. Taxas por 100.000 hab. ajustadas para a idade.



Fonte : Globocan (2012) ²⁴.

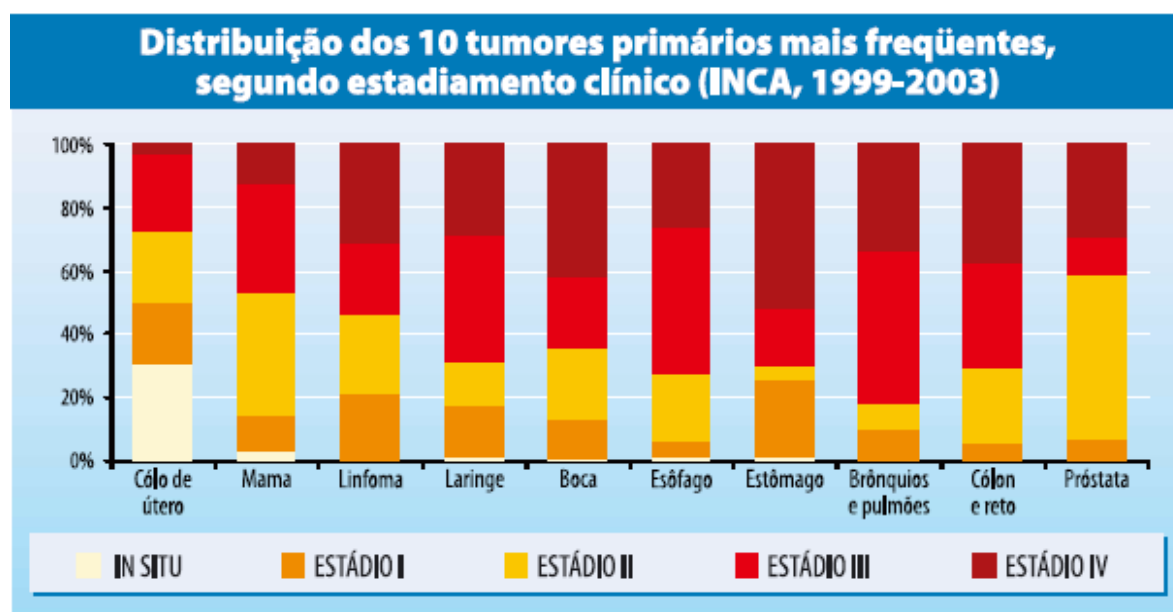
As neoplasias malignas são responsáveis por cerca de 13% de todas as mortes no mundo e a maioria dos indivíduos com câncer apresenta doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. Além de provocar transtornos aos indivíduos, através da perda de equilíbrio físico, emocional, social e espiritual, o

câncer também onera o Estado, com elevados custos no processo de diagnóstico, tratamento e controle de sintomas durante a evolução da doença, além daqueles decorrentes da perda ou redução da capacidade produtiva ¹¹.

No Brasil, à semelhança de muitos lugares do mundo, para muitos tipos de câncer, em 60% dos casos os indivíduos que recebem o diagnóstico já se encontram com a doença avançada e fora de possibilidade de cura, com tempo de sobrevida reduzido.

A fim de estabelecer a melhor estratégia de tratamento do câncer, existe a necessidade de realizar investigação para cada tipo e local de câncer, esse processo é denominado de estadiamento ou classificação TNM (T= Tumor, N= Nódulo, M= Metástase), que considera o tamanho do Tumor, o comprometimento de Linfonodos e presença de Metástases a distância. O estadiamento pode variar de I a IV, sendo estádios I e II de melhor prognóstico com possibilidade de cura e estádios III e IV de pior prognóstico, com menor ou sem possibilidade de cura. A figura 4 ilustra o estadiamento de alguns locais de câncer, dado durante a fase de diagnóstico, chama a atenção que cânceres de pulmão, esôfago e estômago são aqueles que ao diagnóstico já se encontram em estádios mais avançados, enquanto que colo de útero, mama e próstata apresentam estádios mais precoces. Portanto devido a essa classificação e conhecimento de sobrevida média para cada nível de estadiamento, a literatura apresenta que no Brasil, a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos ⁹.

Figura 4. Distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes, segundo estadiamento clínico (INCA, 1999-2003).



Fonte : Registro Hospitalar de Câncer / INCA ⁹.

Para enfrentar os iminentes aumentos de câncer, seja em escala global, ou local, a prevenção primária é a estratégia mais importante de controle, destacando como exemplos a prevenção, por meio de vacinas, de algumas doenças infecciosas que podem causar câncer, campanhas e leis antitabaco e o incentivo à alimentação saudável ¹⁰. Além disso a prevenção secundária através de ações e medidas de detecção precoce ou rastreamento de lesões neoplásicas malignas, a exemplo do exame citopatológico de colo de útero (pré-câncer) e mamografia para câncer de mama, são medidas bastante eficazes com vistas ao tratamento curativo e redução da mortalidade por câncer ²⁵.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2012;2014).

Em 2011, o câncer representou a segunda maior causa de mortalidade no país (15,7% de todos os óbitos), ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (28,6%), conforme Quadro 6.

Quadro 6. Distribuição proporcional das causas de mortalidade no Brasil, Regiões, RS e Pelotas, 2011.

	Mortalidade Geral	Cardiovasculares	Neoplasias malignas	Externas
Brasil	1.170.498 (100%)	335.213 (28,6%)	184.384 (15,7%)	145.842 (12,4%)
Norte	67.789 (5,7%)	15.268 (22,5%)	8.495 (12,5%)	12.205 (18,0%)
Nordeste	301.596 (25,7%)	86.415 (28,6%)	38.869 (12,8%)	44.220 (14,6%)
Sudeste	541.518 (46,2%)	158.472 (29,2%)	89.541 (16,5%)	56.108 (10,6%)
Centro-Oeste	74.937 (6,4%)	20.479 (27,3%)	11.329 (15,1%)	12.521 (16,7%)
Sul	184.658 (15,7%)	54.579 (29,5%)	36.151 (19,5)	20.788 (11,2%)
Rio Grande do Sul	74.937 (6,8%)	23.811 (29,7%)	16.751 (20,9%)	7.167 (8,9%)
Pelotas	3.019 (0,25%)	838 (27,7%)	612 (20,3%)	215 (7,2%)

Fonte MS/DATASUS/SIM

Em 2011, no Rio Grande do Sul (RS) e em Pelotas o câncer também foi a segunda causa de mortalidade, representando cerca de 20% do total de óbitos ¹².

Com relação à evolução da mortalidade proporcional no estado, de acordo com a CID 10, observa-se o aumento importante da mortalidade por neoplasias nos últimos 30 anos no RS conforme Tabela 1¹³.

Tabela 1. Distribuição proporcional das principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasi, 1980-2011.

Causas de óbito	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011
Aparelho circulatório	34,6	35,5	34,9	34,3	33,7	30,1	29,7
Neoplasias	14,0	15,7	16,2	17,3	19,2	20,8	20,9
Aparelho respiratório	10,1	10,1	12,1	12,6	12,0	11,9	12,5
Causas externas	9,6	10,3	11,1	10,5	9,6	9,6	8,9
Endócrinas/imunitárias	2,5	2,9	3,1	4,7	4,7	5,4	5,5
Mal definidas	10,2	9,0	8,0	6,1	4,4	5,4	10,7
Aparelho digestivo	3,7	3,9	4,3	4,8	5,1	4,7	4,8
Infecto-parasitárias	4,7	3,5	2,8	2,5	3,7	4,1	3,9
Sistema nervoso	1,3	1,0	0,9	1,1	1,4	2,1	3,0
Perinatais	4,9	4,3	3,0	2,6	2,1	1,6	0,09

Fonte: DATASUS ¹².

4.2. O câncer, as características da população e a sobrevida

A semelhança do contexto, as características sociodemográficas, culturais e comportamentais da população apresentam profundas relações com a ocorrência de câncer, seu diagnóstico, tratamento e sobrevida (Figura 2).

Idade, sexo, história familiar, nível socioeconômico, situação de saúde e características culturais e comportamentais resumem os principais fatores de risco e de proteção e o padrão de sobrevida para a grande maioria dos cânceres (Quadro 8). A sobrevida é o parâmetro mais amplamente utilizado para avaliar resultados de detecção precoce, diagnóstico e tratamento em oncologia. Por se tratar de uma doença multifatorial, que atinge diferentes estruturas orgânicas com comportamento mais ou menos agressivo, relacionado à sua formação histopatológica, o câncer pode se apresentar de forma lenta que permite na maioria das vezes o diagnóstico precoce e tratamento curativo com sucesso, como por exemplo, o câncer de próstata, mama e colo de útero. Por outro lado, existem muitos tipos de câncer que quando apresentam sintomas, já se encontram em estágios bastante avançados, impossibilitando estratégias curativas, como por exemplo, o câncer de pulmão, esôfago, estômago e pâncreas.

O incremento da efetividade do rastreamento, se disponível e indicado e do tratamento do câncer elevou as taxas de sobrevivência, aumentando a esperança de vida dos pacientes. O câncer de forma geral, não é mais considerado uma doença mortal a curto prazo, mas sim uma doença crônica. O Quadro 7 ilustra as características mais relevantes dos cânceres mais prevalentes no Brasil, destacando a incidência, os fatores de risco e de proteção mais relevantes, a disponibilidade e indicação de rastreamento e sobrevida ^{1, 26-35}.

Quadro 7. Projeção da incidência de câncer para 2014, fatores de risco, proteção, formas de rastreamento e sobrevida.

	Nº CASOS NOVOS 2014	FATOR DE RISCO	FATOR DE PROTEÇÃO (prevenção primária)	RASTREAMENTO (prevenção secundária)	SOBREVIDA E ASPECTOS ASSOCIADOS
PRÓSTATA	68.800	Idade (principal), raça, etnia, história familiar, dieta (carne vermelha, cálcio), obesidade, síndrome metabólica	Dieta rica vegetais, vit D e E, licopeno e Omega 3	Rastreamento com PSA não demonstrou redução mortalidade	Sobrevida aproximada de 80% em 5 anos
MAMA	57.120	Idade, menarca precoce, nulíparas, anticoncepcional oral história familiar, maior renda, álcool, excesso de peso	Amamentação, atividade física, alimentação saudável, baixo consumo álcool	Exame clínico Mamografia	Sobrevida 80% em 5 anos
COLON E RETO	♂ 15.070 ♀ 17.530	História familiar, dieta (carne vermelha, embutidos, álcool), tabagismo, obesidade, idade, álcool	Dieta rica em vegetais, frutas, cereais e peixes, atividade física	Pesquisa sangue oculto nas fezes e endoscopia digestiva baixa (pólipos)	Sobrevida 40% em 5 anos

PULMÃO	♂ 16.400 ♀ 10.930	Tabagismo (principal), carcinógenos ambientais – amianto, arsênio, radônio, deficiência ou excesso vit A, tuberculose, história familiar	Dieta rica em vegetais e frutas (carotenoides)	Exames rastreamento não se aplica	Diagnóstico tardio, altamente letal, baixa sobrevida em 5 anos de 18%
ESTÔMAGO	♂ 12.870 ♀ 7.520	Má conservação dos alimentos, dietas ricas em gorduras e conservantes, alta ingestão de sal, infecção por <i>Helicobacter pylori</i> , baixo nível socioeconômico	Dieta rica em verduras, legumes e frutas (antioxidantes vit C, E e betacaroteno)	Endoscopia digestiva alta e pesquisa <i>H. pylori</i>	Diagnóstico tardio, sobrevida muito baixa em 5 anos, cerca de 25%
COLO DE ÚTERO	15.590	Infecção pelo papilomavírus humano (HPV 16 e 18), comportamento sexual, idade, tabagismo, baixo nível socioeconômico	Uso de preservativos, vacina HPV	Exame citopatológico	Sobrevida aproximada de 70% em 5 anos
CABEÇA E	♂ 18.150	Tabagismo, etilismo e	Abolir consumo de	Inspeção visual	Câncer laringe

PESCOÇO (cavidade oral e laringe)	♀ 4.780	infecções por HPV, exposição produtos químicos, alimentação, radiação UVA (lábio) baixa renda	fumo e álcool, dieta frutas e vegetais	cavidade oral	possui bom prognóstico com alto poder de cura, elevada sobrevida
ESÔFAGO	♂ 8.010 ♀ 2.770	Idade, história familiar, tabagismo, etilismo, infecções fúngicas e HVP, chimarrão com temperaturas elevadas, refluxo gastroesofágico (adenocarcinoma)	Uso de AAS, AINE, ingestão de frutas e legumes crus	Sem evidência	Elevada letalidade Diagnóstico tardio Sobrevida muito baixa
TIREOIDE	♂ 1.150 ♀ 8.050	Radiação ionizante (tratamento, ambientais), sexo ♀, deficiência ou excesso de iodo, dieta peixes e frutos do mar		Aumento ecografia e biopsia guiada detecção precoce, aumento taxas de incidência	Elevada sobrevida em 5 anos, com diagnóstico precoce
BEXIGA	♂ 6.750 ♀ 2.190	Tabagismo, exposição a benzeno, história familiar, infecção por Schistosoma hematobium	Dieta rica em frutas	Sem evidência	Sem informação

OVÁRIO	♀ 6.190	História familiar câncer de mama ou ovário, TRH pós menopausa, obesidade, tabagismo, menopausa tardia, endometriose	Afastar fatores de risco modificáveis	Sem evidência	Diagnóstico tardio, elevada letalidade e baixa sobrevida, 32% em 5 anos
--------	---------	---	---------------------------------------	---------------	---

Fonte: INCA ¹

No Brasil, os tumores mais incidentes para o sexo masculino serão o câncer de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral. Para o sexo feminino, destacam-se, os tumores de pele não melanoma, mama, cólon e reto, colo de útero, pulmão e tireoide, conforme ilustrado na Figura 5 ^{1, 9}.

Figura 5. Tipos de câncer mais incidentes no Brasil. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele e não melanoma.

Localização primária	casos	%	Homens	Mulheres	Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%			Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%

Fonte: INCA ¹.

No Brasil, para todos os tumores, em ambos os sexos, observou-se relação média de um óbito para cada três casos novos de câncer no período de um ano. A razão entre incidência e mortalidade mostra a relação entre o número de casos novos e o número de óbitos registrados num determinado local e em período de tempo definido. Esta razão é influenciada por vários fatores, mas basicamente, demonstra a gravidade de cada tipo de câncer. Os cânceres de maior gravidade, em homens e mulheres, são os de pulmão e esôfago, para os quais observamos as menores razões incidência/mortalidade. Os tumores de mama feminina, colo do útero e próstata apresentam melhor prognóstico, conforme a Tabela 2 ⁹.

Tabela 2. Razão de incidência e mortalidade para alguns tipos de câncer registrados no Brasil, 2012.

Razão Incidência/Mortalidade no Brasil		
Localização primária	Homens	Mulheres
Próstata	4,9	-
Pele melanoma	4,2	5,6
Cavidade Oral	3,2	4,5
Mama	-	4,7
Colo de útero	-	4,2
Colo de útero + útero	-	3,4
Cólon e reto	2,8	2,8
Estômago	1,9	2,0
Leucemias	2,0	1,8
Esôfago	1,7	1,9
Pulmão	1,5	1,6
Pele não melanoma	90,3	145,7
Todas as neoplasias	3,1	3,7
Todas as neoplasias, exceto pele	2,5	3,0

Fonte MS/INCA

4.3. Relevância de Registros de Base Populacional e Hospitalar

A existência de Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP e Hospitalares – RHC no Brasil tem proporcionado informações padronizadas, atualizadas, com boa qualidade, representativas da população e disseminadas de forma oportuna, como uma ferramenta poderosa para a vigilância epidemiológica do câncer no país. Existem informações de cerca de 20 cidades brasileiras que possuem RCBP em funcionamento, que significa o monitoramento de 19% da população do país. Com relação ao RHC, atualmente existem cerca de 265 serviços habilitados no Sistema Único de Saúde, os mesmos alimentam o sistema desenvolvido e monitorado pelo Instituto Nacional do Câncer. O Quadro 8 ilustra a distribuição dos serviços que possuem Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Alta Complexidade em Oncologia em todas as Unidades Federadas do

Brasil ^{1, 9}. Cabe destacar que somente pouco mais de um terço dos serviços habilitados são públicos.

Quadro 8: Distribuição dos serviços de Alta Complexidade em Oncologia no Brasil, por Estados e por complexidade

BRASIL – 2011 (cobertura SUS mais de 80%)					
UF	CACON	UNACON com RT	UNACON sem RT	HG com CO	Serviços isolados RT
Acre	0	1	0	0	0
Alagoas	2	0	2	0	0
Amapá	0	0	1	0	0
Amazonas	0	1	0	0	0
Bahia	1	5	5	0	4
Ceará	2	2	5	0	2
D. Federal	1	1	1	0	1
E. Santo	1	1	2	1	0
Goiás	1	1	3	0	0
Maranhão	1	0	1	0	0
Mato Grosso	0	2	2	0	0
Mato G Sul	0	3	2	0	0
Minas Gerais	3	18	9	0	1
Para	1	1	0	0	0
Paraíba	1	1	2	0	0
Paraná	5	6	11	0	1
Pernambuco	0	2	7	0	0
Piauí	1	0	0	0	0
Rio G Norte	1	0	4	0	0
Rio G Sul	3	12	12	0	0
Rio Janeiro	2	6	13	2	1
Rondônia	0	1	0	0	2
Roraima	0	0	1	0	0
Santa Catarina	1	5	8	0	2
São Paulo	15	18	32	6	0
Sergipe	1	2	0	0	0

Tocantins	0	1	1	0	0
-----------	---	---	---	---	---

Fonte: INCA ⁹.

4.4. Qualidade de Vida em Portadores de Câncer

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida (QoL) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ³⁶. Trata-se de uma definição resultante de um consenso internacional, na perspectiva transcultural e multidimensional, a qual contempla a saúde física e psicológica, autonomia, relações sociais, crenças e subjetividade individual.

Nos últimos 30 anos, a qualidade de vida passou a ser considerada e estudada no campo da oncologia, levando em conta aspectos da própria doença, do seu tratamento específico e medidas auxiliares na abordagem clínica. É na área da oncologia em que se verifica uma das maiores aplicações dos estudos de qualidade de vida, devido ao grande impacto que o câncer causa nos pacientes, familiares e na sociedade em geral ³⁷.

Pessoas portadoras de câncer sofrem muitas alterações negativas na sua qualidade de vida, resultantes do enfrentamento de uma série de desconfortos em todas as dimensões já citadas, desde o momento do diagnóstico, passando pela incerteza da cura, até sua trajetória de cuidados com tratamentos pouco ou muito invasivos. Diagnosticar precocemente, tratar e curar pessoas portadoras de câncer são tarefas primordiais para garantir maior sobrevida.

Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia oferecem potentes drogas anticâncer, em serviços que contam com a presença de profissionais oncologistas, clínicos e cirurgiões, habilitados para tratar e curar as mais variadas formas de câncer, principalmente aquelas com estadiamentos mais iniciais. Também estes serviços, em geral, estão atentos aos sintomas associados à toxicidade das drogas, tais como fadiga, dor, náuseas, anorexia, diarreia, constipação e mucosite.

Nas situações onde a doença evolui de forma desfavorável, o “arsenal” com vistas à cura não mais atende às necessidades dos pacientes. É necessário considerar outras variáveis, como a percepção que o indivíduo tem da doença e a forma como esta influencia nos diversos domínios de sua vida. O conceito de cuidado integral se torna mais importante, exigindo uma atenção mais ampliada,

extrapolando aquela da exclusividade médica especializada. Portanto, para atender aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, além de profissionais médicos e enfermeiros, a equipe assistencial deverá contar com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, cirurgiões dentistas e assistentes espirituais, os quais, através de estratégia interdisciplinar, farão a gestão de sintomas de forma compartilhada com paciente e família, resultando em melhor qualidade de vida ^{21, 37-43}.

A medida de qualidade de vida dos portadores de câncer é um indicador fundamental que permite, ao longo das várias fases da doença, identificar e hierarquizar problemas, intervindo na redução de agravos à saúde, além de contribuir para a comunicação da equipe com pacientes e rede familiar. Entretanto, a mensuração de qualidade de vida de modo a contemplar os vários domínios humanos é uma tarefa difícil. Muitos componentes da qualidade de vida não podem ser observados de forma simples, mas sim através de perguntas que convergem em um sistema de pontuação sistêmico.

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser ou não específicos para portadores de câncer. A EORTC (*European Organization Research for Treatment of Cancer*) e o FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Therapy General*) são instrumentos validados em vários países para avaliar a qualidade de vida geral do paciente oncológico nos domínios físico, funcional, social/familiar e emocional. O questionário de aplicação do FACT – G, versão 4.0, foi validado para o idioma português pela organização *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), podendo ser auto aplicado ou respondido por entrevista ^{36, 44-48}.

A Organização Mundial da Saúde implementou a WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Assessment*), que avalia a qualidade de vida, possuindo duas versões: a WHOQOL -100 e a WHOQOL – bref, ou abreviada. A primeira possui 100 questões e a abreviada 26 questões. A WHOQOL possui validação para vários idiomas, inclusive para o Brasil, sendo amplamente utilizada em todo o mundo, podendo ser aplicada em diferentes populações e nas mais variadas áreas da saúde contemplando domínios físico, psicológico, social, espiritual e do meio ambiente ^{49, 50}.

O escore médio de qualidade de vida em pacientes com câncer é menor do que na população geral ⁵¹. Indivíduos com câncer e sem rede familiar, com baixa renda e com tumor em estado avançado apresentaram pior qualidade de vida ⁵².

Além disso, estratégias como cuidados paliativos precoces compostas por equipe assistencial multiprofissional e com maior controle de sintomas levaram a uma melhor qualidade de vida em indivíduos com a doença avançada e fora de possibilidade de cura ⁵³⁻⁵⁶. O monitoramento da avaliação de qualidade de vida de indivíduos com tempo de sobrevida reduzido de três a seis meses e que receberam a intervenção de cuidados paliativos, demonstrou melhora de seu bem estar. ⁵⁷. Mansano-Schlosser demonstrou, em estudo de qualidade de vida em pacientes com câncer em tratamento com quimioterapia, através da utilização da WHOQOL bref, que o domínio físico foi o mais comprometido ⁵⁸.

Para o acompanhamento e a garantia de melhor qualidade de vida dos indivíduos durante toda a trajetória da doença, os sistemas de saúde devem organizar os serviços de forma coordenada em diferentes níveis de atenção e linhas de cuidado – atenção primária, ambulatoriais, hospitais, atenção domiciliar e “hospices”. A meta é atingir a satisfação de pacientes e familiares em quesitos como: resposta ao tratamento ativo anticâncer, controle adequado da dor e outros sintomas físicos, redução de ansiedade e angústia no núcleo familiar, redução da sobrecarga do cuidador e aceitação da terminalidade quando a doença se encontra fora de possibilidade de cura ⁵⁹.

4.5. Pacientes com Câncer Fora de Possibilidade de Cura, Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida

Uma grande proporção dos pacientes com câncer, já no momento do diagnóstico, se encontram com a doença fora de possibilidade de cura. Além disso, a doença acarreta um elevado grau de sofrimento dos pacientes e de seus familiares, especialmente na fase de terminalidade. Na maioria dos países, os pacientes não recebem atenção adequada para controle de seus sintomas, tendo negado o seu direito de morrer com dignidade e sem sofrimento ^{19, 60}. A falta de informação sobre cuidados paliativos gera muitos preconceitos, tanto de profissionais da saúde em geral como das pessoas leigas, as quais por vezes acreditam que os serviços de cuidados paliativos servem para antecipar a morte, que não contam com a presença de médicos, que não servem para aliviar a dor, e que não trazem dignidade ⁶¹. Esta falta de conhecimento pode levar a muitas situações de não acesso ou não acolhimento de pacientes com diagnóstico inicial de câncer fora de possibilidade de cura, os quais são encaminhados somente em

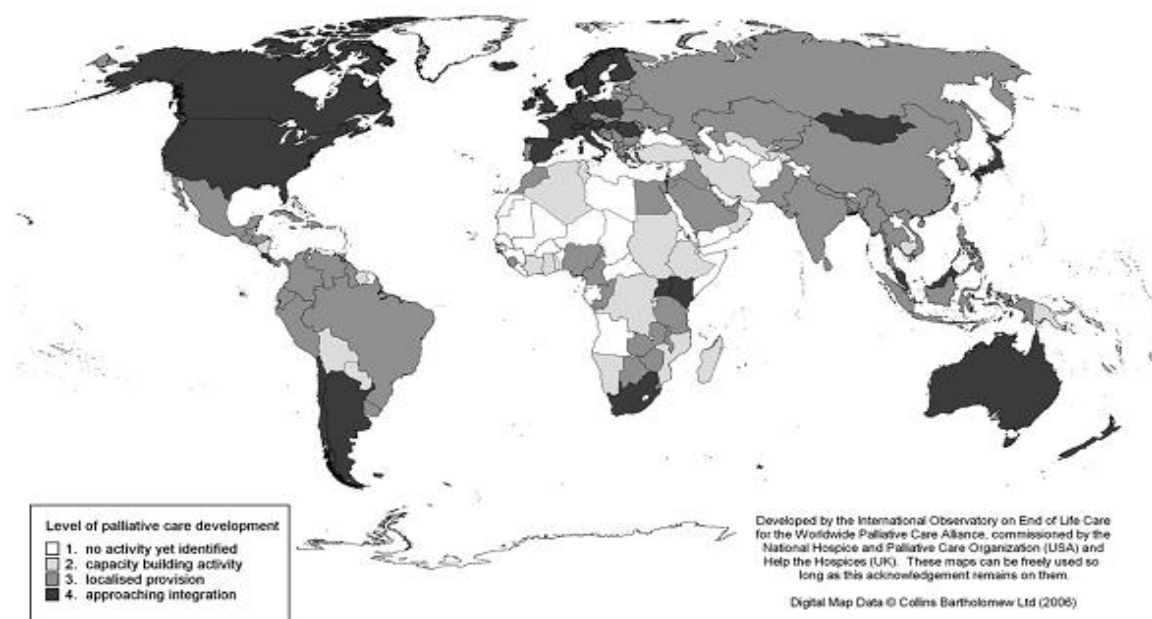
situações extremas e quando existem vagas nos poucos serviços que oferecem esta estratégia. Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde propõe a implementação da estratégia de cuidados paliativos nos sistemas de saúde, estratégia definida como a “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, na presença de problemas associados a doenças sem possibilidade de cura e que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, alcançando inclusive a fase de luto” ¹¹.

Os cuidados paliativos favorecem os princípios do cuidado integral, sendo a quarta diretriz estabelecida pela OMS ⁶ para o tratamento do câncer, associada à prevenção, diagnóstico e tratamento. Apesar dos dados apontarem para uma maior necessidade de cuidados paliativos nos países economicamente menos desenvolvidos, a maioria das pesquisas e iniciativas sobre o tema têm ocorrido nos países economicamente desenvolvidos ^{23, 62-65}. A atenção referente aos cuidados paliativos requer coordenação entre os sistemas de saúde, principalmente do sistema de internação hospitalar – no qual se encontra a maioria dos pacientes com neoplasias em estágio avançado – com o sistema de atenção domiciliar e atenção básica, permitindo, assim, a continuidade dos cuidados. Quando esta estratégia de cuidado é ofertada precocemente a nível ambulatorial, ocorre uma maior satisfação dos usuários devido à antecipação e pronta resolução de problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, resultando em melhor qualidade de vida ⁶⁶⁻⁶⁸.

A oferta de cuidados paliativos precoce e simultaneamente ao tratamento oncológico tem sido proposta para aumentar a sobrevida em alguns tipos de câncer e principalmente para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares envolvidos com o processo de adoecimento ^{53-55, 69}. Observamos que isso acontece de forma sistemática somente em países desenvolvidos. Na grande maioria dos países restantes, não existe oferta pública de cuidados paliativos ou há serviços pontuais, com baixa cobertura das necessidades da população ⁷⁰. O Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC) apresenta o mapa da situação dos cuidados paliativos no mundo, a fim de facilitar a comparação internacional ⁶². Dados da organização demonstram claramente, através da figura 6, que os países em desenvolvimento não apresentam ou estão em processo incipiente de estruturação de cuidados paliativos. O Brasil se encontra no rol dos países que apresentam serviços pontuais de cuidados paliativos. Nossos vizinhos,

Chile e Argentina, assim como a Europa, EUA e Canadá, oferecem cobertura mais ampliada⁷⁰. O atlas de cuidados paliativos da América Latina apresenta detalhadamente a aplicação desta estratégia em vários cenários assistenciais nos países latinos. Cabe destacar que Argentina e México possuem maior oferta de cuidados paliativos em geral, e que o Chile apresenta maior número de serviços voltados à atenção primária. O ATLAS demonstra que, no Brasil, existe uma oferta fragmentada e pequena de cuidados paliativos e a maioria dos serviços existentes está localizada em hospitais – ANEXOS E e F ⁷¹.

Figura 6. Mapa da estruturação de Cuidados Paliativos no mundo, apresentado pelo Observatório Internacional de Cuidados no Final de Vida

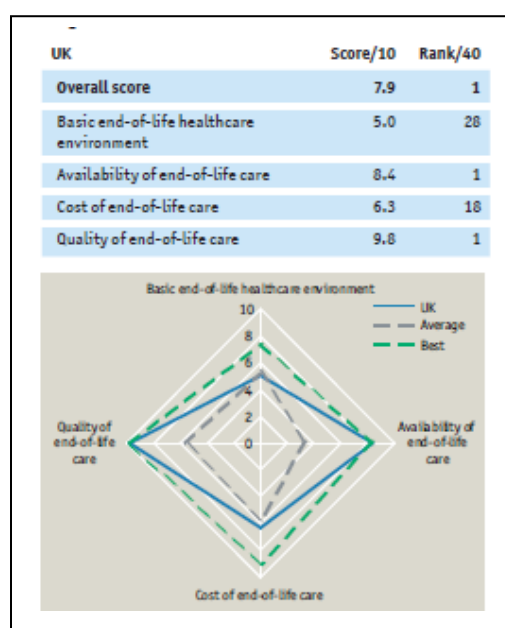
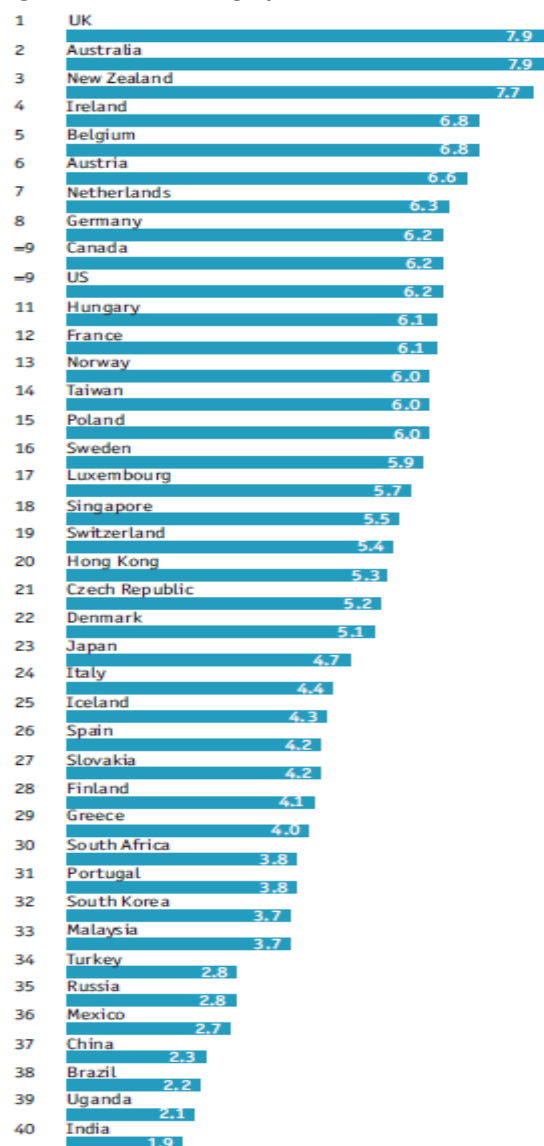


Fonte: Clark (2007)⁷⁰

Com relação às práticas assistenciais, na maioria das vezes, os serviços de cuidados paliativos bem estruturados trabalham com instrumentos (escalas) que qualificam a avaliação dos pacientes com câncer, auxiliando as ações terapêuticas que possuem objetivo de minimizar os sintomas desagradáveis causados pela doença, tais como dor, dispneia, anorexia, depressão, ansiedade e outros; gerando assim a produção de indicadores de qualidade de vida ^{66, 72-75}. Outra preocupação da busca de excelência nos cuidados de pacientes com câncer é a qualidade da morte. No *ranking* de quarenta países que foram estudados em 2010, o Brasil está entre os países com pior qualidade de morte, ocupando a 38ª posição. O estudo avaliou itens como oferta de medicamentos, principalmente para o controle da dor, como os opiáceos (morfina e derivados), qualidade dos cuidados de final de vida, custos e estratégias assistenciais – conforme demonstrado na Figura 7. A oferta de cuidados paliativos no domicílio, local de preferência dos pacientes, favorece uma morte digna, com sintomas controlados, e relação permanente com a rede familiar envolvida nos cuidados de final de vida ^{76, 77}.

O estudo também evidenciou que o aumento da oferta de tratamento paliativo, principalmente em domicílio, reduz gastos em saúde associados a internações hospitalares e tratamentos em emergências ⁷⁸.

Figura 7. Ranking qualidade da morte (nota máxima 10,0)



Fonte: Economist Intelligence Unit (2010)⁷⁸.

Melhor qualidade de vida está associada ao cuidado integral, atenção individual, equipe multiprofissional e adoção de cuidados paliativos como ferramenta diferencial nas diversas estruturas que atendem pessoas com neoplasias. O tratamento específico com quimioterapia e/ou radioterapia em diferentes tipos de câncer, quando comparado com grupos de intervenção, ou seja, tratamento específico somado aos cuidados paliativos comprovaram uma melhor qualidade de vida neste segundo grupo ^{53, 55, 79, 80}.

5. Objetivos

5.1. Objetivo Geral

- Avaliar a sobrevivência de indivíduos com câncer moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade em oncologia no SUS do município, no período de 2005 a 2008.
- Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos sobreviventes.

5.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos indivíduos com câncer, registrados e em tratamento nos serviços de alta complexidade em oncologia no período de 2005 a 2008.
- Analisar a associação entre tipo de câncer (localização, estadiamento, metástases e tempo de diagnóstico antes do tratamento) e sobrevida.
- Mensurar a qualidade de vida dos pacientes sobreviventes residentes na zona urbana de Pelotas.
- Mensurar a proporção de indivíduos com câncer no período 2005-2008 fora de possibilidades de cura em 2014.
- Avaliar, nos pacientes sobreviventes, os cuidados de saúde oferecidos nos diferentes cenários assistenciais: ambulatorial, hospitalar e domiciliar.
- Avaliar a condição funcional dos sobreviventes.

6. Hipóteses

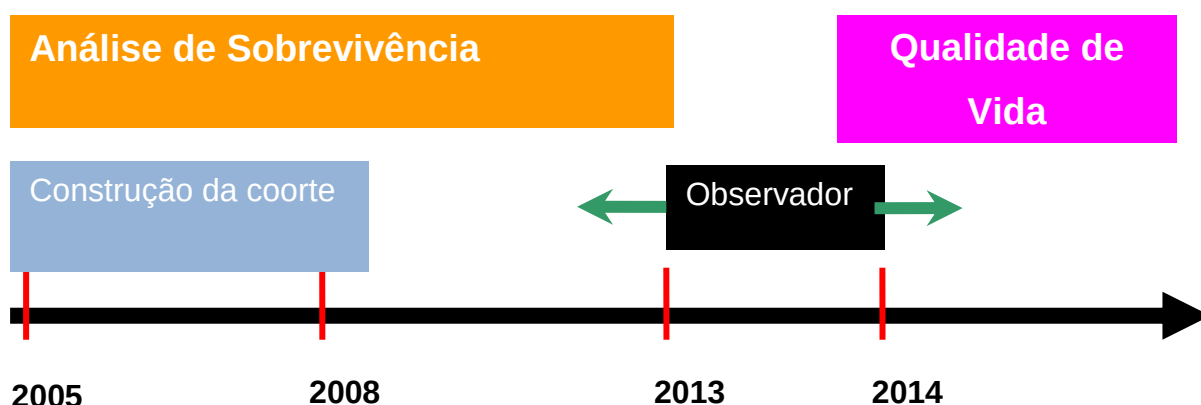
- A sobrevivência em 2014 de indivíduos com câncer registrados no período 2005-2008 será de aproximadamente 40%.
- Pacientes com câncer de próstata e de mama em estádios iniciais apresentarão maior tempo de sobrevida.
- Portadores de câncer com estágio mais avançado, com metástase e maior tempo de diagnóstico antes do tratamento terão menor sobrevida.
- O escore médio de qualidade de vida dos sobreviventes será de, aproximadamente, 75 pontos, sendo maior nos curados do que nos não curados.
- Em 2014, aproximadamente 50% dos pacientes sobreviventes, registrados no período 2005-2008, estarão fora de possibilidades de cura.
- A maioria dos pacientes sobreviventes não curados controlará sintomas físicos relacionados ao câncer em serviços hospitalares e de urgência/emergência.
- Indivíduos com melhor qualidade de vida apresentarão melhor capacidade funcional.

7. Metodologia

7.1. Delineamento

Estudo observacional tipo coorte ambispectiva, ou ambidirecional, com informações provenientes antes e depois do início do estudo ⁸¹.

Figura 8. Modelo de Construção da Coorte Ambispectiva



Para o estudo de análise de sobrevivência, será construída uma coorte de indivíduos com câncer a partir do registro de informações de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) no período de 2005 a 2008. O acompanhamento dos óbitos será relativo ao período de 2005 a 2013, a partir do registro no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), caracterizando a abordagem retrospectiva, ou histórica, da coorte ⁸¹.

Para o estudo de qualidade de vida, serão acompanhados, em 2014, os sobreviventes com câncer registrados em APAC no período de 2005 a 2008, caracterizando a abordagem prospectiva, ou concorrente, da coorte ⁸¹.

7.2. População em estudo

Pacientes com diagnóstico de câncer registrados no SUS em Pelotas-RS e moradores do município, atendidos em serviços de alta complexidade em oncologia (Hospital Escola da UFPel e Santa Casa de Misericórdia de Pelotas) no período de 2005 a 2008, totalizando 2800 indivíduos.

7.3. Definição operacional de termos

Curado: informação cruzada entre a referência do indivíduo e/ou familiar e o último registro em APAC disponível. Indivíduos que referem cura e não possuem APAC há mais de seis meses serão considerados curados.

Fora de possibilidade de cura: pacientes em estágio IV (classificação TNM , T= Tumor, N= Nódulo, M= Metástase) ou planejamento terapêutico com finalidade paliativa registrados em APAC.

Controle de sintomas físicos: referência à busca por atendimento no sistema formal de saúde para minimizar sintomas ou problemas físicos relacionados ao câncer.

Cuidados de saúde por equipe multiprofissional: paciente que recebeu, no último ano, atendimento relacionado ao câncer, de três ou mais profissionais de saúde.

7.4. Definição de Desfechos

- Sobrevida: tempo decorrente entre o diagnóstico e óbito da população em estudo ocorridos entre 2005 e 2013 na cidade de Pelotas-RS. A busca será realizada a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com dados disponíveis na Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas-RS.
- Qualidade de Vida: será mensurada através do WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life Assessment*) ^{44 4444} instrumento validado para o Brasil, para avaliação da qualidade de vida, onde serão mensurados os escores de domínio geral e domínios físico, psicológico, social e meio ambiente ⁵⁰.

7.5. Quadro de variáveis

Através de questionários específicos, serão coletadas informações disponíveis nas fontes de dados secundários e primários na população em estudo, incluindo variáveis sócio demográficas, diagnóstico e características de cada tipo de câncer, situação atual de saúde e utilização de serviços de saúde para cuidados relacionados à doença oncológica.

Quadro 9. Variáveis independentes (coleta de dados primários)

Variável	Características	Tipo
Variáveis sócio demográficas e comportamentais		
Sexo	masculino/ feminino	Categórica nominal
Idade	anos completos	Numérica discreta
Cor da pele	branca, preta, parda	Categórica nominal
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Renda	<1 Salário Mínimo (SM), 1 SM, 2SM, 3SM, 4ou mais SM	Categórica nominal
Religião	Não tem religião, católico, evangélico, protestante, luterano, espírita	Categórica nominal
Situação conjugal	Com companheiro / sem companheiro	Categórica nominal
Número de moradores do domicílio	Número total de moradores do domicílio	Numérica discreta
Tabagismo antes do diagnóstico de câncer	Sim/ não	Categórica nominal
Tabagismo atual	Sim/ não	Categórica nominal
Variáveis sobre história familiar de câncer		
História familiar de câncer	Sim/ não	Categórica nominal
Grau de parentesco com o familiar que desenvolveu câncer	Mãe, pai, filho(a), irmão(a), avós, tios, primos(as)	Categórica nominal
Local do câncer do familiar	pulmão, esôfago, estômago, intestino, mama, cabeça e pescoço, ovário, pâncreas, colo uterino, outros	Categórica nominal
Variáveis sobre situação de saúde atual		

Capacidade funcional (ECOG)	0 (melhor condição),1,2,3,4 (pior condição)	Numérica discreta
Capacidade funcional (Karnofsky)	100 (melhor condição), 90,80,70,60,50,40,30,20,10 (pior condição)	Numérica discreta
Medicamentos para tratamento do câncer em uso atualmente	Referido pelo paciente	Categórica nominal
Medicamento que utiliza para dor atualmente	Paracetamol, dipirona, AINE, codeína, tramadol, morfina, metadona, fentanil TD, carbamazepina, fenitoina, gabapentina	Categórica nominal
Outros medicamentos de uso contínuo atualmente		
Diagnóstico médico de algum outro problema de saúde não relacionado ao câncer	diabete melito, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar, cardíaca, renal, reumática, osteomuscular, outros	Categórica nominal
Variáveis sobre utilização de serviços de saúde		
Nº de internações hospitalares relacionadas ao câncer no último ano	1, 2,3, 4, 5, 6,..	Numérica discreta
Nº de internações domiciliares relacionadas ao câncer (PIDI/Melhor em Casa, Home Care privado) no último ano	1, 2,3, 4, 5, 6,..	Numérica discreta
Motivos das internações	Referido pelo entrevistado	Categórica nominal
Qual(s) hospital(s) das internações	HE, HUSFP, Santa Casa, Beneficência, PS, outros	Categórica nominal

Serviço responsável pelas internações domiciliares no último ano relacionadas ao câncer	PIDI, Melhor em Casa, Home Care privado	Categórica nominal
Satisfação do entrevistado quanto às internações	Muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim	Categórica ordinal
Tempo de internação em dias	Número de dias em que o entrevistado ficou internado	Numérica discreta
Local /serviço público que buscou para controlar sintomas relacionados à doença oncológica no último ano	Emergência/PS, ambulatório de oncologia HE, ambulatório de radioterapia Hospital Escola (HE)/Faculdade de Medicina (FAMED), ambulatório de oncologia Santa Casa, UBS, visita domiciliar	Categórica nominal
Que profissionais prestaram assistência para controlar sintomas da doença (câncer) nos locais citados (PARA CADA SERVIÇO)	Médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentista	Categórica nominal
Local/serviço privado que busca para controlar sintomas relacionados à doença oncológica	Pronto Atendimento (PA) UNIMED, PA HMP, PA Cruz de Prata, PA Saúde Maior, visita em domicílio	Categórica nominal
Que profissionais prestaram assistência para controlar sintomas da doença (câncer) nos locais citados (PARA CADA SERVIÇO)	Médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentista	Categórica nominal
Variáveis avaliação de sintomas (Escala de Edmonton)		
Nota para dor	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para apetite	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para náuseas	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para falta de ar	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta

Nota para cansaço	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para sonolência	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para ansiedade	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para deprimido	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta
Nota para bem estar	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Numérica discreta

Quadro 10. Variáveis independentes (coleta de dados secundários)

Características do câncer e tratamento do entrevistado no início da coorte (formulários)		
Tipo histológico	Descrever	
Estadiamento TNM	I, II, III, IV	Numérica ordinal
Metástases	Sim/não	Categórica nominal
Nº de metástases a distância	1,2,3,4	Numérica ordinal
Quimioterapia	Sim/não	Categórica nominal
Radioterapia	Sim/não	Categórica nominal
Cirurgia relacionada ao câncer	Sim/não	Categórica nominal
Data do diagnóstico de câncer	Dia/mês/ano	
Tempo diagnóstico antes início tratamento	Meses completos	Numérica contínua
Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)		
Data do óbito	Dia/mês/ano	

8. Instrumentos

Análise de Sobrevida: em 2009, através de um formulário padronizado, foram coletadas as informações de fontes de dados secundários contidas nas APAC de cada indivíduo pertencente ao estudo, incluindo informações sócio demográficas, local do câncer, estadiamento, tratamento, intenção do tratamento, tempo de diagnóstico antes do início do tratamento. As informações a respeito de mortalidade dos pacientes do estudo, fornecidas pelo SIM no período de 2005 a 2013, serão incluídas nos formulários preenchidos em 2009.

Qualidade de Vida: os sobreviventes do período de 2005 a 2013, serão entrevistados através de um questionário que inclui variáveis sócio demográficas, sobre a doença oncológica, situação atual de saúde e utilização de serviços de saúde. Além disso, estarão incluídos no questionário os seguintes instrumentos ou escalas: *Edmonton Symptom Assessment System* (validada para o Brasil), o qual avalia a intensidade de nove sintomas (dor, cansaço, apetite, sonolência, dispneia, náuseas, ansiedade, depressão e bem estar) ^{74, 82}; ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) e Karnofsky, escalas de avaliação de capacidade funcional, ambas utilizadas para avaliar o grau de incapacidade de pacientes com câncer, podendo variar de total autonomia até restrição ao leito por incapacidade física total. Para avaliação da Qualidade de Vida, o questionário conterá a WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life Assessment*) com 26 questões relacionadas a aspectos, físicos, emocionais, sociais e ambiente. As informações de qualidade de vida serão obtidas através de entrevista com os sobreviventes da população em estudo que possuírem função cognitiva preservada.

9. Logística

9.1. Análise de sobrevivência

A constituição da coorte ocorreu no ano de 2009 com indivíduos que estavam em tratamento no período de 2005 a 2008 em serviços de alta complexidade em oncologia no município, em função de projeto conduzido antes do ingresso no doutorado^{83, 84}. As listas contendo os nomes dos indivíduos com câncer registrados em APAC no período totalizaram 2600 moradores de Pelotas. Em 2009 foram coletadas as informações das APAC de todos os 2600 indivíduos. Em 2014, será requerido junto à Secretaria de Saúde de Pelotas, o banco de mortalidade (SIM) da cidade com ocorrências no período de 2005 a 2013. As informações de mortalidade serão relacionadas com os 2602 participantes da coorte, para a identificação do quantitativo de óbitos.

9.2. Qualidade de vida

Na etapa seguinte à identificação dos óbitos, será realizada uma busca domiciliar pelos indivíduos sobreviventes da coorte. Aos que concordarem em participar, será aplicado um questionário com informações sociodemográficas, característica do câncer, situação de saúde atual, utilização de serviços de saúde e avaliação de qualidade de vida.

A estimativa é de que serão cerca de 1300 sobreviventes a serem entrevistados. Cerca de 20 estudantes, predominantemente do curso de medicina, serão capacitados para a aplicação dos questionários, com leitura detalhada dos mesmos. Em seguida, os alunos realizarão estudo piloto com 10 pacientes do serviço de oncologia do Hospital Escola da UFPel para avaliação dos questionários e identificação de dúvidas e problemas.

O início da coleta de dados está previsto para agosto de 2014, após a realização do estudo piloto e correção de eventuais problemas nos questionários e na logística do trabalho de campo. Estima-se uma dedicação diária de duas horas de trabalho por aluno envolvido com a coleta de dados, durante cinco dias na semana. Estima-se ainda que o trabalho de campo tenha duração de no máximo dois meses.

Antes de serem liberados para o campo, os questionários serão numerados com o mesmo registro contido nos formulários que foram preenchidos com dados secundários dos pacientes sobreviventes da coorte de 2005 a 2008.

9.3. Controle de qualidade

Serão refeitos pela doutoranda, com o apoio de auxiliar de pesquisa, cerca de 5% dos questionários preenchidos, a título de controle de qualidade e avaliação de repetição das informações coletadas.

9.4. Processamento de dados

Os questionários serão revisados pela doutoranda com o apoio de auxiliar de pesquisa. As questões abertas serão codificadas de forma padronizada. Será construído um banco de dados no programa EPI-DATA para a digitação dos dados, com checagem automática de amplitude e consistência. Serão realizadas duas digitações, a fim de que os possíveis erros sejam prontamente identificados. O processamento incluirá as seguintes etapas:

- Recepção e revisão dos instrumentos
- Codificação de questões fechadas
- Tabulação de questões abertas
- Codificação de questões abertas
- Revisão final
- Digitação

A primeira folha de cada questionário receberá um carimbo com a sequência de tarefas acima citadas para registro de data e responsável.

9.5. Análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 12.0. Na análise inicial, algumas variáveis serão transformadas em categóricas ordinais. A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95%

para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

Para análise de sobrevida, será utilizado o método não-paramétrico de Kaplan-Meier e a regressão de Cox. Na análise de qualidade de vida será utilizada a regressão linear bruta e ajustada. Para todas as análises será considerado um nível de significância estatística de 5% ⁸⁵.

10.Aspectos Éticos

Os princípios éticos estarão presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e também o Código de Ética Médica (2009). A todos os participantes será garantido o anonimato, através de código no questionário (numeração a partir de 0001), o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse ^{86, 87}.

O estudo não envolverá nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

A coleta de dados secundários referente à construção da coorte foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel em dezembro de 2008, sob o ofício 037/08 (ANEXO F). Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos serviços nos quais foram coletados os dados (prontuários dos pacientes).

O protocolo da coleta de dados primários será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel para avaliação. O início do trabalho de campo acontecerá somente após esta aprovação.

A entrevista somente será iniciada após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ter sido lido e assinado pelos participantes.

O TCLE deverá ser assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante e outra ficará de posse do pesquisador, para fins de assegurar o consentimento e ciência dos envolvidos.

Os dados da pesquisa serão armazenados em arquivo digital, sob a responsabilidade do pesquisador, por um período de no mínimo 5 anos.

11.Cronograma

Atividade / semestre	2012 1º	2012 2º	2013 1º	2013 2º	2014 1º	2014 2º	2015 1º	2015 2º
Realização das disciplinas do curso de doutorado								
Revisão bibliográfica								
Encaminhamento de artigos científicos para publicação								
Elaboração do projeto de tese								
Qualificação do projeto de tese					*			
Encaminhamento do projeto de tese ao Comitê de Ética								
Coleta de dados e construção do banco de dados.						**		
Digitação dos dados								
Análise dos dados e a elaboração do relatório								
Sustentação da tese								

** Coleta será realizada após aprovação do CEP

12.Orçamento

Descrição	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Material de consumo			
Material de escritório (lápis, caneta, prancheta, diário de campo)	Lápis – 24	0,3	7,2
	Caneta – 24	0,5	12,00
	Prancheta – 12	5,00	60,00
	Diário campo- 12	5,00	60,00
	Borracha – 12	0,5	6,00
			TOTAL 145,20
Cópias questionários + TCLE	Quest - 8000 TCLE - 1000	0,20	1800,00
Serviços			
Digitador	1	2000,00	2.000,00
Vale Transporte - entrevistadores (12 x 60 dias trabalho de campo)	2880	2,5	7.200,00
Total GERAL			11.150,00

Referências

1. INCA. Dados populacionais de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. INCA. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. Rev Bras Cancerol 2000; 46:243-56.
3. Medronho R, Bloch K, Luiz R, Werneck G. Epidemiologia (2ª Ed). São Paulo: Atheneu; 2009.
4. WHOQOL. Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
5. IARC, WHO. The Global Burden of Cancer. Lyon: IARC and WHO; 2003.
6. WHO. Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: WHO; 2007.
7. Barreto M, Teixeira M, Bastos F, Ximenes R, Barata R, Rodrigues L. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Lancet 2011; 6736:47-60.
8. Schmidt M, Duncan B, Azevedo e Silva G, Menezes A, Monteiro C, Barreto S, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet 2011; 6736:61-74.
9. INCA. Dados populacionais de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
10. Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. The Lancet 2014; 383:549-57.
11. WHO. National Cancer control Programmes: Policies and managerial guidelines world. Geneva: WHO; 2002.
12. Brasil, DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: MS; 2013.
13. SES-RS, NIS. Relatórios de retroalimentação e acompanhamento Porto Alegre: SES; 2011.
14. IBGE. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2013 em Pelotas 2013.
15. UFPel, EBSEH. PIDI - Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para Pacientes Oncológicos. 2015; Available from: http://www.heufpel.com.br/sites/heufpel/inicio.php?area=verLogos&acao=logosVer&logo_id=28.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439, de 08 de dezembro de 2005.

17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 140, de 27 de fevereiro de 2014.
19. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. Berlim: Springer; 2000.
20. Sanchez R, Ballesteros M, Arnold BJ. Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. Qual Life Res 2011; 20:19-29.
21. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996; 334:835-40.
22. Frost MH, Sloan JA. Quality of life measurements: A soft outcome—or is it? Am J Manag Care 2002; 8:S574-S9.
23. Dunlop R. Hospital Based Palliative Care Teams Oxford University Press. Cancer: Palliative Care. 1 ed. London: Springer-Verlag; 1998. p. 2.
24. WHO. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Geneva: WHO; 2013.
25. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Prevenção em Saúde 2005; 23:91-6.
26. Anelli A, Lima CAA, Younes RN, Gross JL, Fogarolli R. Chemotherapy versus best supportive care in stage IV non-small cell lung cancer, non metastatic to the brain. Revista do Hospital das Clínicas 2001; 56:53-8.
27. Bannura G, Barrera A, Cumsille GMA, Contreras PJ, Melo LC, Soto CD. Rol de la resección paliativa en cáncer colorrectal estadio IV: Análisis de 177 pacientes. Revista chilena de cirugía 2009; 61:266-74.
28. Bórquez P, Capdeville F, Msdríd M, Veloso M, Cárcamo M. Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. Revista chilena de cirugía 2011; 63:351-5.
29. Carmo CC, Luiz RR. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. Revista de Saúde Pública 2011; 45:661-7.
30. Ceroni MV, García CC, Benavides CC, Covacevich RS, Rubilar OP, Cid BH, *et al.* Seguimiento mayor a 10 años de pacientes operados por cáncer gástrico incipiente. Revista chilena de cirugía 2011; 63:590-8.
31. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19:1893-907.

32. Machado Pineda M, Rodríguez Fernández Z, González Tuero JH, Rodríguez Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN 2011; 15:1566[page=76-].
33. Mao JJ, Armstrong K, Bowman MA, Xie SX, Kadakia R, Farrar JT. Symptom burden among cancer survivors: impact of age and comorbidity. J Am Board Fam Med 2007; 20:434-43.
34. Mascarello KC, Zandonade E, Amorim MHC. Survival analysis of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology in Espírito Santo State, Brazil, 2000-2005. Cad Saude Publica 2013; 29:823-31.
35. Tenorio-Gonzalez F. [Ethics and palliative care in patients with advanced cancer]. Cir Cir 2005; 73:495-500.
36. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46:1569-85.
37. Pimentel F. Qualidade de Vida e Oncologia. Coimbra: Almedina; 2006.
38. Ferrell B, Paice J, Koczywas M. New standards and implications for improving the quality of supportive oncology practice. J Clin Oncol 2008; 26:3824-31.
39. Jackson V, Jacobsen J, Greer J, Dahlin C, Billings JA, Pirl W, *et al.* Components of early intervention outpatient palliative care consultation in patients with incurable NSCLC. J Clin Oncol 2009; Vol 27.
40. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med 2003; 17:310-4.
41. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. Arch Intern Med 2004; 164:83-91.
42. Saunders C. Into the valley of the shadow of death: a personal therapeutic journey. Br Med J 1996; 313:1599-601.
43. Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. Cancer Fatigue Forum. Ann Oncol 2000; 11:971-5.
44. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, *et al.* The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol 1993; 11:570-9.
45. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999; 39:143-50.

46. Matos MAF. Informação ao doente oncológico. Validação da versão Portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
47. Pereira FMP, Santos CSVdB. Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy-General em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência* 2011; serIII:45-54.
48. Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:79.
49. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública* 2000; 34:178-83.
50. WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-9.
51. Kluthcovsky AC, Urbanetz AA. [Quality of life in breast cancer survivors compared to healthy women]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34:453-8.
52. Barbato M. Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do sul; 2008.
53. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, *et al.* Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *Jama* 2009; 302:741-9.
54. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, *et al.* Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps -- from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2009; 27:3052-8.
55. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733-42.
56. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, *et al.* Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383:1721-30.
57. Giesinger JM, Wintner LM, Oberguggenberger AS, Gamper EM, Fiegl M, Denz H, *et al.* Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *J Palliat Med* 2011; 14:904-12.
58. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2012; 21:600-7.
59. Levy MH, Chwistek M, Mehta RS. Management of chronic pain in cancer survivors. *Cancer J* 2008; 14:401-9.

60. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, *et al.* A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer* 2004; 40:2192-200.
61. Morita T, Tatsuo Akechi, Masayuki Ikenaga, Yoshiyuki Kizawa, Hiroyuki Kohara, Taketo Mukaiyama, *et al.* Late Referrals to Specialized Palliative Care Service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23:2637-44.
62. IOELC. Global development. United Kingdom: IOELC; 2008 [jun. 2008]; Available from: www.eolc-observatory.net.
63. Kaasa S, Hjerstad MJ, Loge JH. Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? *Palliat Med* 2006; 20:727-34.
64. OPAS. Situación de salud en las américas: Indicadores Básicos 2012: OPAS; 2012.
65. Valentín V, Camps C, Carulla J, Casas A, González Barón M. Organización de los cuidados continuos. *Psicooncología* 2004; 1:7-24.
66. Dumitrescu L, van den Heuvel-Olaroiu M, van den Heuvel WJ. Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrollment in palliative care at home. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34:488-96.
67. Follwell M, Burman D, Le LW, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, *et al.* Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol* 2009; 27:206-13.
68. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta bioethica* 2000; 6:63-75.
69. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, *et al.* American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30:880-7.
70. Clark D, Wright M. The international observatory on end of life care: a global view of palliative care development. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:542-6.
71. Pastrana T, Lima L, Centeno C, Wenk R, Einsenchals J, Monti C, *et al.* Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Houston: IAHP Press; 2012.
72. Aret K, Pickstock S. Pain management in palliative care--an update. *Aust Fam Physician* 2006; 35:762-5.
73. Axelsson B, Sjoden PO. Assessment of quality of life in palliative care--psychometric properties of a short questionnaire. *Acta Oncol* 1999; 38:229-37.
74. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7:6-9.

75. Stromgren AS, Sjogren PG, Petersen MA, Pedersen L HL. A longitudinal study of palliative care: patient-evaluated outcome and impact of attrition. *Cancer* 2005; 15:1747-55.
76. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, *et al.* Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:993-1000.
77. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356:888-93.
78. Economist Intelligence Unit. The quality of death Ranking end-of-life care across the world: LIEN Foundation; 2010.
79. Badgwell M, Krouse R, Cormier J, Guevara C, Klimberg S, Ferrell B. Frequent and Early Death Limits Quality of Life Assessment in Patients with Advanced Malignancies Evaluated for Palliative Surgical Intervention. *Ann Surg Oncol* 2012; 19:3651-8.
80. Jordhøy M, Fayers P, Håvard J.L, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa, S. Quality of Life in Palliative Cancer Care: Results From a Cluster Randomized Trial. *J Clin Oncol* 2001; Vol 19:3884-94.
81. Grimes DA, Schulz KF. Cohort studies: marching towards outcomes. *Lancet* 2002; 359:341-5.
82. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J, *et al.* A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. *J Pain Symptom Management* 1995; 10:348-55.
83. Fripp JC. Internação domiciliar e cuidados paliativos para pacientes oncológicos no município de Pelotas/RS [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2009.
84. Fripp JC, Facchini LA, Silva SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2012; 21:69-78.
85. Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Latorre MdR. Técnicas de análise de sobrevida. *Cad Saude Publica* 2002; 18:579-94.
86. Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. *D Of União*. 24 set 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: *D Of União*. 13 out 2009;(195, seção I):1732009.
87. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

II – Aprovação dos Comitês de Ética - CEPs

1. Parecer Consubstanciado do CEP – Faculdade de Enfermagem

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS

Pesquisador: JULIETA CARRICONDE FRIPP

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38635514.7.0000.5316

Instituição Proponente: HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 883.707

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

O aumento da incidência e prevalência do câncer no Brasil e no mundo tem como consequência o aumento da mortalidade geral de indivíduos de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias. Estudos e publicações sobre o tema demonstraram que cerca de cinquenta por cento das pessoas quando recebem o diagnóstico de câncer já apresentam estádios avançados da doença sem possibilidade de cura. Neste contexto, o presente estudo se propõe a realizar uma análise da sobrevivência dos pacientes que estavam registrados e em tratamento de câncer no período de 2005 a 2008 em serviços de alta complexidade em oncologia, no município de Pelotas no sul do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, no ano de 2014, se realizará uma análise da qualidade de vida dos sobreviventes, com ênfase nas diferentes estratégias assistenciais utilizadas para o manejo da doença. O delineamento do estudo apresentado será uma coorte ambispectiva, com característica retrospectiva para o estudo de sobrevida e prospectiva para avaliar qualidade de vida. A população do estudo será os pacientes (1000) com diagnóstico de câncer registrados no Sistema Único de Saúde em Pelotas, atendidos em serviços de alta complexidade em oncologia no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas no período de 2005 a 2008, os desfechos serão mortalidade e qualidade de vida. Serão coletados dados primários para análise de qualidade de vida e dados secundários para análise de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 883.707

sobrevivência da coorte. A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 12.0. Para análise de sobrevida, será utilizado o método de Kaplan-Meier e a regressão de Cox. Enquanto para a análise de qualidade de vida será utilizada a regressão linear múltipla. Para todas as análises será considerado um nível de significância de cinco por cento. Os achados do estudo poderão subsidiar ações de qualificação e organização de serviços, na expectativa de melhoria das práticas de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com conseqüente aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos indivíduos e fortalecimento de toda a linha de cuidados prioritários para os usuários com neoplasias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Avaliar a sobrevivência e a qualidade de vida de indivíduos com câncer moradores de Pelotas, registrados e em tratamento em serviços de alta complexidade em oncologia no SUS do município, no período de 2005 a 2008.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos indivíduos com câncer, registrados e em tratamento nos serviços de alta complexidade em oncologia no período de 2005 a 2008.
- Analisar a associação do tipo de câncer (localização, estadiamento, metástases e tempo de diagnóstico antes do tratamento) e sobrevida.
- Mensurar a qualidade de vida dos pacientes sobreviventes.
- Mensurar a proporção de indivíduos com câncer no período 2005-2008 fora de possibilidades de cura em 2014.
- Avaliar nos pacientes sobreviventes, os cuidados de saúde oferecidos nos diferentes cenários assistenciais: ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa não apresenta riscos físicos ao participante, mas pode acarretar desconforto no momento da entrevista, que serão minimizados pois o Sr(a) poderá responder as questões ou não sem prejuízo ao entrevistado.

Os benefícios da sua participação neste estudo serão indiretos, pois Sr(a) poderá contribuir para a melhoria da saúde de pessoas com doenças oncológicas.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 883.707

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante à saúde no cenário da oncologia tendo em vista que o câncer no Brasil tem apresentado aumento não apenas da incidência, mas também da prevalência da doença. Além do aumento da mortalidade, os pacientes com câncer estão vivendo mais tempo com a doença, apresentando inúmeras complicações decorrentes do seu estado de saúde e do tratamento. Neste contexto, justifica-se avaliar a evolução da mortalidade por câncer e a qualidade de vida em indivíduos submetidos a tratamento (FROST et al., 2002).

Após ajustes das pendências, o projeto de pesquisa encontra-se em consonância com os princípios éticos da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada;

Carta de anuência: adequada;

Cronograma: adequado;

Orçamento: adequado;

TCLE: adequado;

Instrumento: adequado.

Recomendações:

Retorno dos resultados às instituições envolvidas e a comunidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

2. Aprovação CEP - Faculdade de Medicina, 2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 037/08

Pelotas, 22 de dezembro de 2008.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr Luiz Augusto Facchini

Projeto: "Internação Domiciliar e Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos no Município de Pelotas/RS".

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Profª. Maria Elizabeth de O. Urtiaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Recebido em 30/12/08
Eduardo Balkmann



3. Autorização da Secretaria Municipal da Saúde para acesso ao Sistema de Informação Mortalidade - SIM, período 2005 a 2013

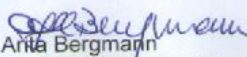


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Arita Gilda Hübner Bergmann, Secretária Municipal de Saúde de Pelotas, gestora responsável pela estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (SMS/Pelotas), autorizo a obtenção de informações do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de Pelotas, referente ao período de 2005 a 2013, a fim de subsidiar a realização do Projeto **Sobrevivência e Qualidade de Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS**, desenvolvida por Julieta Carriconde Fripp, aluna do Programa de Doutorado de Pós Graduação Faculdade de Enfermagem, cujo orientador é o Dr Luiz Augusto Facchini,

Pelotas, 02 de julho de 2014


Arita Bergmann
Secretária Municipal de Saúde

Arita Bergmann
Secretária Municipal de
Saúde

III – Relatório do Trabalho de Campo

1. Estudo de Análise de Sobrevida

Após definido o período de construção da coorte (2005-2008), no ano de 2009 realizou-se a coleta de dados secundários provenientes das APAC (autorização de procedimentos e alta complexidade), nos serviços de quimioterapia e radioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e de radioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

1.1. Instrumento de coleta de dados

1.1.1 Formulários

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram dois formulários compostos por questões elaboradas pela pesquisadora e distribuídos da seguinte forma:

- Formulário Quimioterapia: composto por 34 questões. Aplicado no serviço de quimioterapia do Hospital Escola UFPel.
- Formulário Radioterapia: composto por 34 questões. Aplicado nos serviços de radioterapia da Faculdade de Medicina da UFPel e do Centro de Radioterapia e Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

1.1.2 Manual de instruções

A fim de auxiliar os coletores no trabalho de campo, elaborou-se um manual de instruções. Este manual apresentava explicações sobre a codificação dos formulários da quimioterapia e radioterapia, com instruções específicas para cada questão.

1.2. Seleção de pessoal

Não houve processo de seleção formal. Foram incluídos na pesquisa 14 estudantes membros da Liga de Oncologia da Faculdade de Medicina da UFPel, quatro bolsistas CNPQ e 6 estudantes voluntários dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem. Dois alunos foram escolhidos para auxiliar na coleta e entrega do material.

1.3. Treinamento dos coletadores

O treinamento ocorreu entre os dias 4 e 8 do mês de novembro de 2008, em sala de aula do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel. As estudantes foram submetidas a um treinamento de 20 horas. Foram abordados os seguintes assuntos:

- Apresentação sucinta do projeto de pesquisa.
- Simulação de coleta de dados de prontuários.
- Visita aos serviços de fonte dos dados secundários.
- Situações comuns ao trabalho do coletor.
- Ao longo dos dias, foi realizada a leitura do formulário e do manual de instruções, assim como simulações de coleta de dados de formulários.
- A prática consistiu na realização do estudo piloto em um dos serviços correspondentes. Os alunos puderam realizar uma coleta completa sob supervisão. Cada uma deveria obrigatoriamente aplicar um instrumento.

1.4. Logística do trabalho de campo

1.4.1. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre 15 de novembro de 2008 e 15 de março de 2009.

1.4.2. Acompanhamento do trabalho de campo

Cada coletor recebia uma planilha com nome e número de prontuário de cerca de 220 indivíduos. Deveria então, se dirigir aos serviços (quimioterapia e radioterapia do Hospital Escola, radioterapia da Santa Casa), a fim de encontrar os prontuários para a coleta dos dados secundários solicitados nos formulários. Ao longo do trabalho de campo, houveram reuniões semanais com os coletores para a entrega e recebimento de formulários, discussão de potenciais perdas de prontuários nos serviços, bem como conferência da produtividade de entrevistas. Ainda realizaram-se reuniões extraordinárias próximo ao término das coletas, para facilitar a resolução de problemas encontrados pelos coletores nos serviços, com o intuito de esclarecer dúvidas surgidas com o desenvolvimento do trabalho e estipular metas para a conclusão do campo.

1.4.3. Codificação, entrega e revisão dos formulários

O processo de codificação das questões fechadas do formulário era realizado pelos próprios entrevistadores ao final de cada dia de trabalho. Semanalmente, os coletores deveriam entregar todos os formulários. Os formulários eram etiquetados, catalogados e armazenados em caixas. Cada serviço de fonte de dados secundários possuía uma caixa.

1.4.4. Controle de qualidade

Realizou-se um controle de qualidade das coletas através de uma revisita do coletor para aplicação da mesma versão formulário. Através deste procedimento foi possível avaliar a concordância entre os coletores.

1.4.5. Digitação e processamento dos dados

A digitação foi realizada ao final do trabalho de campo e foi encerrada no dia 30 de maio de 2009. Utilizou-se o programa *Epi-Info* versão 6.04 para a dupla digitação de dados. Para a verificação dos erros de digitação, utilizou-se o comando *Validate* do programa *Epi-Info*. Quando encontrado algum erro, o formulário era consultado.

1.5. Informações sobre Mortalidade dos Indivíduos da Coorte

A fim de acompanhar a frequência dos óbitos dos indivíduos do estudo, após autorização do Gestor da Secretaria Municipal da Saúde, foi possível acessar o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de Pelotas dos anos 2005 a 2013. As planilhas com todos os óbitos do município eram fornecidas em formato compatível com o software Excel. De posse dessas informações realizou-se o cruzamento de cada indivíduo do estudo com o banco do SIM de todos os anos do período citado. Quando havia confirmação de óbito, incluía-se a data do óbito no formulário individual de cada integrante da coorte.

2. Estudo de Qualidade de Vida

No ano de 2014, após a definição do número total de óbitos do período de 2005-2013, iniciou-se o trabalho de campo para coleta de dados primários através da aplicação de questionário estruturado aos sobreviventes da coorte.

2.1. Instrumento de coleta de dados

2.1.1. Questionário

O questionário utilizado para coleta dos dados foi composto por questões elaboradas pela pesquisadora e distribuídos nos seguintes blocos:

- Bloco geral, sócio demográfico e comportamental (fumo, álcool, hábitos alimentares e atividade física): composto por 47 questões
- Bloco a respeito da doença oncológica doenças associadas: 15 questões sobre a doença oncológica apresentada no passado, tratamento atual, câncer na família, local de tratamento e doenças associadas
- Bloco sobre utilização de serviços de saúde: 16 questões sobre utilização dos mais variados serviços assistências (UBS, ambulatórios, hospital, atenção domiciliar) e tipo de atendimento que receberam.
- Bloco de escalas de avaliação: 4 questões de aplicação de escalas de avaliação funcional, de sintomas e de qualidade de vida
- Bloco domiciliar (socioeconômica): 15 questões sobre condições de moradia, renda e trabalho

2.1.2. Manual de instruções

A fim de auxiliar as entrevistadoras no trabalho de campo elaborou-se um manual de instruções. Este manual continha considerações gerais sobre entrevistas domiciliares, cuidados e métodos ideais de abordagem, reversão de recusas, entre outros. Além disso, o manual apresentava explicações sobre a codificação do questionário e instruções específicas para cada questão contida nos blocos do instrumento.

2.2. Seleção de pessoal

Não houve processo de seleção formal. Foram incluídos na pesquisa 20 estudantes membros de cursos da área da saúde da UFPel e também outros voluntários. Uma pessoa foi contratada com remuneração para assumir a função de coordenador do trabalho de campo e também de “batedor” ou seja, a figura do batedor percorreu todos os endereços dos indivíduos para confirmação do local de residência, antes de serem distribuídos os questionários aos entrevistadores.

2.2.1. Identificação e seleção dos indivíduos e perdas

Antes de iniciar o treinamento dos entrevistadores, foi realizada a identificação dos endereços de todos sobreviventes da coorte. Do total de 2602 indivíduos da coorte constituída no período de 2005 a 2008, sobreviveram 1358 (52,2%) até dezembro de 2013 (nomes não estavam contidos no banco de mortalidade do município de Pelotas). Os locais de residência sobreviventes incluíram todos os bairros da zona urbana e rural de Pelotas.

Dos 1358 eram prováveis sobreviventes até dezembro de 2013, inicialmente foram excluídos 147 moradores da zona rural e 189 de áreas de difícil acesso na zona urbana de Pelotas. Restaram 1022 sobreviventes.

O “batedor” iniciou o processo de busca dos indivíduos, utilizando o endereço fornecido a época que foi constituída a coorte, onde foram coletados os dados secundários nos serviços de quimioterapia e radioterapia nos formulários individuais, conforme quadro 10. Durante as buscas foram encontradas muitas dificuldades para encontrar os sobreviventes, incluído mudança de endereço, inexistência de endereço, óbito já ocorrido, entre outros.

Quadro 1. Totalização das buscas do trabalho de campo, por bairros zona urbana de Pelotas, 2014.

BAIRRO	Vivos	Óbitos	Não sabe	Mudou	Não endereço	Outro município	Total
CENTRO	104	30	65	50	46	5	300
FRAGATA	95	26	12	23	37	7	200
TRÊS VENDAS	56	23	5	13	27	3	127
AREAL	50	10	4	22	26	5	117
SIMÕES LOPES	20	4	1	10	6	3	44
PESTANO-GETÚLIO- S. FUNDA- PY CRESPO	19	6	1	7	4	0	37
DUNAS-BOM JESUS-JARDIM EUROPA	16	7	1	3	3	2	32
LARANJAL – LAS ACACEAS- HUMUARAMA	14	10	3	3	5	0	35
NAVEGANTES	14	3	2	2	8	0	29
FATIMA – PORTO	18	5	1	1	3	1	29
GUABIROBA – GOTUZZO	10	3	2	4	4	0	23
TABLADA-SANTOS DUMONT	10	6	0	4	1	1	22
SITIO FLORESTA	9	3	0	2	0	0	14
COHAB FRAGATA	4	1	0	1	1	0	7
COHABPEL	4	0	0	2	0	0	6
TOTAL	443	137	97	147	171	27	1022

Do total de 1022 sobreviventes, 443 foram encontrados. Com relação as perdas, em 137 casos os vizinhos ou moradores do endereço fornecido pelo “batedor” informaram que o indivíduos haviam falecido, em 97 casos os atuais moradores do endereço ou vizinhos não sabiam informar quem era a pessoa procurada (nunca ouviram falar), em 147 casos os vizinhos informaram que a pessoa procurada mudou de endereço e não sabiam informar para onde, em 171 casos o endereço era inexistente (não havia rua ou número procurado) e em 27 casos vizinhos informaram que a pessoa mudou para outro município.

Mesmo após a identificação dos indivíduos nos seu endereços pelo “batedor”, ainda houveram mais 132 perdas por recusas. Ao final do trabalho de campo foram efetivamente entrevistadas 311 pessoas.

2.2.2. Treinamento dos entrevistadores

Após a identificação dos endereços e a confirmação da presença dos indivíduos sobreviventes que seriam entrevistados pelo “batedor”, iniciou-se o processo de treinamento dos entrevistadores.

O treinamento ocorreu no mês de novembro de 2014 em sala de aula localizada no Hospital Escola da UFPel. Os estudantes foram submetidos a um treinamento de 20 horas. Abordaram-se os seguintes assuntos:

- Apresentação sucinta do projeto de pesquisa.
- Leitura do questionário e do manual de instruções.
- Simulação de entrevista.
- Situações comuns ao trabalho do entrevistador.

A prática consistiu na realização do estudo piloto, com a aplicação do questionário a pacientes do serviço de oncologia do Hospital Escola. Cada entrevistador aplicou três questionários sob supervisão da pesquisadora e do coordenador do trabalho de campo.

2.3. Logística do trabalho de campo

2.3.1. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2015.

2.3.2. Acompanhamento do trabalho de campo

Cada entrevistador recebia uma planilha com os nomes dos indivíduos a serem entrevistados, agrupados por bairro para facilitar a logística de campo. Os questionários eram entregues semanalmente, e também eram realizadas orientações com objetivo de minimizar as perdas e recusas. Após, dava-se a entrega dos questionários preenchidos agregados aos formulários individuais, ambos recebendo o mesmo número de registro.

Ainda realizaram-se reuniões extraordinárias próximo ao término das entrevistas, para facilitar a resolução de problemas encontrados pelos entrevistadores, com o intuito de esclarecer dúvidas surgidas com o desenvolvimento do trabalho e estipular metas para a conclusão do campo.

2.3.3. Codificação, entrega e revisão dos formulários

O processo de codificação das questões fechadas dos questionários era realizado pelos próprios entrevistadores ao final de cada dia de trabalho. Os questionários eram etiquetados, catalogados e armazenados em caixas. Cada bairro possuía uma caixa.

2.3.4. Digitação e processamento dos dados

A digitação foi realizada ao final do trabalho de campo e foi encerrada em julho de 2015. Utilizou-se o programa *EPI-DATA* para a dupla digitação de dados. Para a verificação dos erros de digitação, foi utilizado o comando *Validate* do programa *EPI-DATA*. Quando encontrado algum erro, o formulário era consultado.

IV – Artigo Científico

**Análise de Sobrevivência de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços
de Alta Complexidade no Município de Pelotas - RS**

*Survival Analysis of Patients with Cancer Registered at Oncology Services in
Pelotas, Southern Brazil*

Título Resumido: Análise de Sobrevivência e câncer

Julieta Carriconde Fripp ¹

Luiz Augusto Facchini ²

Suele Manjourany Silva Duro³

Bruno Pereira Nunes ³

¹ Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina,

² Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia e em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

³ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

Julieta Carriconde Fripp
Rua Professor Araújo 583
Pelotas/ RS, Brasil
CEP: 96020-220
Fone: + 21 53 3284-4978
E-mail: julietafripp@gmail.com

Resumo

Introdução: A sobrevida é o parâmetro mais amplamente utilizado para avaliar resultados de detecção precoce, diagnóstico e tratamento em oncologia. **Objetivos:** avaliar a sobrevivência indivíduos com câncer registrados em serviços de alta complexidade em oncologia e residentes em Pelotas-RS, no período de 2005 a 2008. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva, constituída a partir de registros de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e registros de óbitos do Sistema de Informação de Mortalidade do município. Utilizou-se os métodos de Kaplan-Meier e de regressão de Cox para avaliar a sobrevida e os fatores prognósticos. **Resultados:** Identificou-se 2602 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino e idosos. A sobrevida global em 5 anos para todos os tipos de câncer foi de 67%, superando o padrão nacional que é de 50%. Na análise ajustada, cinco fatores se associaram à sobrevida: sexo, idade, local do câncer, estadiamento e tratamento cirúrgico. Os homens tiveram probabilidade de morrer 37% maior do que as mulheres. Cânceres mais letais acometeram indivíduos mais jovens, com maior velocidade de óbito. Utilizando como referência a neoplasia de mama, pacientes com câncer de estômago, pulmão, pâncreas, esôfago, tiveram menor sobrevida [HR=3,72 (IC 95% 2,34-5,9)], [HR=3,61 (IC 95% 2,66-4,88)], [HR=3,24 (IC 95% 1,86-5,64)], [HR=3,46 (IC 95% 2,39-5,03)], respectivamente. Também houve menor sobrevida para os cânceres de cólon e reto [HR=2,91 (IC 95% 2,91-3,77), colo de útero [HR=1,98 (IC 95% 1,4-2,79)] e cabeça e pescoço [HR=2,18 (IC 95% 1,56-3,05)]. Para câncer de próstata, a velocidade para morrer foi 34% menor em comparação ao câncer mama [HR=0,66 (IC 95% 0,47-0,91)]. Para todos os tipos de câncer, a sobrevida diminuiu linearmente conforme aumentou o estadiamento. Observou-se uma redução de 28% na velocidade dos óbitos [HR=0,72 (IC 95% 0,60-0,86), em indivíduos que realizaram cirurgia, em comparação a pacientes não operados. **Conclusão:** Os achados permitem comparar a ocorrência e a sobrevida de câncer no município com as estimativas nacionais e internacionais, contribuindo para avaliar e subsidiar as políticas locais de atenção ao câncer.

Palavras-chave: câncer, análise de sobrevida, estudo de coorte, letalidade

Abstract

Introduction: Survival is the parameter most widely used to evaluate early detection results, diagnosis and treatment in oncology. **Objectives:** To assess the overall and cancer specific survival in patients living in Pelotas and enrolled in oncology services, between 2005 to 2008. **Methods:** A cohort study identified subjects from the Authorization Form for High Complexity Treatment (APAC). We used Kaplan-Meier and Cox regression to evaluate survival and prognostic factors. **Results:** 2602 individuals with cancer were identified, mostly females and elderly. The overall 5-year survival for all cancers was 67%, exceeding the national standard. In adjusted Cox regression, five factors were associated with survival: sex, age, cancer site, TNM staging and surgical treatment. The men showed 37% more risk than women. Most fatal cancers affected younger individuals with lower survival rate. Using breast cancer as reference, patients with stomach, lung, pancreas and esophagus cancer showed a lower survival [HR=3.72 (95% CI 2.34 to 5.9)], [HR=3.61 (95% CI 2.66 to 4.88)], [HR=3.24 (95% CI 1.86 to 5.64)], [HR=3.46 (95% CI 2.39 to 5.03)]. Survival rates were also lower for cancers of the colon and rectum [HR=2.91 (95% CI 2.91 to 3.77), cervical [HR=1.98 (95% CI 1.4 to 2, 79)] and head and neck [HR=2.18 (95% CI 1.56 to 3.05)]. For prostate cancer, survival was 34% higher compared to breast cancer [HR = 0.66 (95% CI 0.47 to 0.91)]. For all cancers, survival decreased linearly as increased the TNM staging. There was a 28% increase in survival [HR = 0.72 (95% CI 0.60 to 0.86) for subjects who underwent surgery in comparison to non-operated patients. **Conclusion:** The findings are useful to compare cancer occurrence and survival in the local context with national and international estimates, helping to assess and subsidize regional health policy related to cancer care.

Key-words: cancer, survival analysis, cohort study, case fatality.

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para 2012 a ocorrência de 14 milhões de casos novos e oito milhões de mortes por câncer, em todo o mundo. Em 2030, a carga global será de aproximadamente 21 milhões de casos novos, 13 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer. O maior efeito desse aumento incidirá em países de rendas baixa e média, que já concentram mais de 70% dos óbitos por câncer no mundo, onde os recursos para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes¹⁻⁴.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2015 sugere a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma (182 mil), seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil)⁵. Além disso, em 2013, foram registrados 196.954 óbitos por câncer, representando a segunda maior causa de mortalidade no país.

A sobrevida é o parâmetro mais amplamente utilizado para avaliar resultados de detecção precoce, diagnóstico e tratamento em oncologia. O câncer é uma doença multifatorial, que atinge diferentes estruturas orgânicas com comportamento mais ou menos agressivo, relacionado à sua formação histopatológica. No Brasil, para todos os tumores, em ambos os sexos, observou-se relação média de um óbito para cada três casos novos de câncer no período de um ano. Esta razão é influenciada por vários fatores, mas basicamente, demonstra a gravidade de cada tipo de câncer. Por exemplo, os cânceres de próstata, mama e colo de útero podem evoluir de forma lenta, facilitando, na maioria das vezes, o diagnóstico precoce e tratamento curativo. Por outro lado, cânceres de pulmão, pâncreas e estômago, quando apresentam sintomas, costumam se encontrar em estágios avançados, impossibilitando estratégias curativas⁵.

As melhorias nas técnicas de rastreamento e diagnóstico precoce, o incremento da efetividade do tratamento ativo do câncer, com drogas mais potentes de quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e outros, o avanço tecnológico de novos equipamentos radioterapêuticos como aceleradores lineares e procedimentos cirúrgicos mais efetivos estão associados a elevação das taxas de sobrevivência para muitos tipos de câncer⁶⁻¹⁰.

No Brasil, a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos. Com relação ao prognóstico, de acordo com a literatura nacional, para muitos tipos de câncer, em 60% dos casos os indivíduos que recebem o diagnóstico já se encontram com a doença avançada e fora de possibilidade de cura, com tempo de sobrevida de, no máximo, um ano¹¹.

O câncer é um dos mais relevantes problemas de saúde pública da atualidade, entretanto, ainda são escassos os estudos de sobrevida de base local, que abordem não apenas estimativas para todos os casos de câncer, mas também suas diferenças segundo características da população e da doença.

Considerando esta importante lacuna, o presente estudo avalia a ocorrência e a sobrevivência geral e por localização do câncer, segundo sexo, idade, letalidade e estadiamento, em indivíduos registrados em serviços de alta complexidade em oncologia no município de Pelotas-RS.

2. Métodos

O estudo apresenta delineamento observacional tipo coorte retrospectiva¹². A coorte de indivíduos com câncer foi constituída a partir do registro de informações de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) no período de 2005 a 2008.

No ano de 2009 foi realizada a coleta de dados secundários provenientes de APAC de todos os usuários residentes em Pelotas, que estavam em tratamento no período de 2005 a 2008 em serviços de radioterapia e quimioterapia do Sistema Único de Saúde no município. Pelotas situa-se no extremo sul do Brasil, possui cerca de 350.000 habitantes e é referência regional em serviços de alta complexidade. Todas as informações referentes à doença e ao tratamento foram registradas em formulários padronizados para os serviços de quimioterapia e radioterapia. Os indivíduos residentes em outros municípios foram excluídos da base de dados proveniente de APAC. Logo, a coorte foi construída apenas com residentes no município de Pelotas, que representavam cerca de 60% dos indivíduos registrados em APAC no período.

As informações referentes aos óbitos da população do estudo foram obtidas através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), fornecido pela Secretária Municipal de Saúde de Pelotas, dos anos 2005 a 2013.

As variáveis independentes coletadas foram: sexo (masculino/feminino), idade em anos (≤ 18 , 19 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 70, 71 a 80, 81 ou $>$), cor da pele (branca, preta, parda, outra), local do câncer (identificação do órgão afetado, ex. pulmão), estadiamento T= tumor, N= nódulo, Metástase (I, II, III, IV), tempo do diagnóstico antes do início do tratamento (até dois meses/ mais de dois meses) e realização de cirurgia relacionada ao câncer (não; sim).

Após a dupla digitação no programa EPI-DATA, a análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 12.0. A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Para análise de sobrevida, foram utilizados os métodos não-paramétricos de Kaplan-Meier e a regressão de Cox. Em comparação a métodos de estimativas médias de sobrevivência, uma das vantagens do método de Kaplan-Meier é utilizar a mediana

para avaliar a letalidade de um evento, ou seja a velocidade dos óbitos¹³. Estimou-se a sobrevida geral (todas as localizações) e específica (por localização do câncer), segundo sexo, idade, letalidade e estadiamento do câncer. A análise ajustada por regressão de Cox estima a taxa de risco (*hazard rate*) de óbito por unidade de tempo e foi utilizada para definir o impacto de fatores prognósticos na sobrevida¹³. A análise ajustada, realizada apenas com os indivíduos que morreram no período 2005-2013, adotou um modelo hierárquico de dois níveis, sendo o primeiro nível composto por sexo, idade e cor da pele, e o segundo nível, por local do câncer, estadiamento, tempo de diagnóstico antes do início do tratamento e realização de cirurgia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel em dezembro de 2008 e o acesso as informações do SIM foi autorizado pelo gestor de saúde do município em 2014. Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos serviços nos quais foram coletados os dados.

3. Resultados

Foram identificados 2602 indivíduos com câncer, residentes em Pelotas, registrados em APAC no período de 2005 a 2008, destes 23,6% (615) iniciaram o tratamento antes de 2005. Do total de pacientes, 55,2% eram do sexo feminino, 59,7% possuíam 60 anos ou mais e somente 2,8% tinham idade menor ou igual a 18 anos, sendo 89% dos indivíduos brancos. Em relação ao grupo que iniciou o tratamento antes de 2005, 65% eram do sexo feminino e 66,9% possuíam 60 anos e mais. O grupo que iniciou o tratamento no período 2005-2008 era constituído por 52,7% de mulheres e 58,2% de idosos (Tabela 1).

A localização mais frequente do câncer foi mama, representando 29,9% do total dos registros, seguido por próstata (13,4%), pulmão (8,6%), colón e reto (7,4%), hematológico (6,3%), cabeça e pescoço (5,8%), colo de útero (4,2%), esôfago (3,1%), primário desconhecido (2,4%), estômago (1,9%), ovário (1,6%), pâncreas (1,2%) e outros locais de câncer (13,5%). Para o grupo em tratamento pré-2005, dois cânceres alcançavam 73,2% do total, mama com 51,5% e próstata com 21,7%. No grupo com tratamento iniciado em 2005-2008, do total de casos de câncer, 24,3% era de mama e 11,1% de próstata (Tabela 1).

No sexo feminino, os cinco locais de câncer mais frequentes – mama (53,8%), colo de útero (7,6%), colón e reto (7,0%), pulmão (4,4%) e ovário (2,9%) – totalizaram 75,7% de todos os casos. Já entre homens, os cinco locais de câncer mais frequentes – próstata (30,1%), pulmão (13,8%), cabeça e pescoço (9,9%), cólon e reto (7,8%) e esôfago (5,1%) – alcançaram 66,7% do total de casos. Para as mulheres que iniciaram o tratamento antes de 2005, 79% apresentava câncer de mama, enquanto 62% dos homens apresentava câncer de próstata. Assim, ao observar a distribuição por sexo, 41,7% do total de casos de câncer de mama e 39,1% dos casos de próstata, iniciaram o tratamento antes de 2005.

Na primeira APAC, cerca de metade dos indivíduos (49,7%) era classificada em estadiamento avançado da doença, sendo 27,9% em estadio III e 21,8% em estágio IV. O mais chamativo é que apenas 10,7% estava no estágio I. Não constava informação de estadiamento em 9,8% dos indivíduos na primeira APAC.

No grupo em tratamento pré-2005, 38,5% dos casos foi classificado no estadio III e apenas 9,1% no estadio I.

Cerca de 90% dos indivíduos acompanhados iniciaram o tratamento para o câncer em até dois meses após o diagnóstico. Ainda em relação à gravidade da doença, observou-se que menos da metade dos indivíduos acompanhados (47,4%) não apresentava metástases, enquanto 20,1% apresentava metástase loco-regional, 20,2%% em um ou mais órgãos, sendo a informação ignorada para 12,4% da amostra. No grupo em tratamento pré-2005, apenas 43,9% dos cânceres não apresentava metástases (Tabela 1).

Quanto ao tratamento ativo, 50,6% dos indivíduos receberam somente quimioterapia, 28,8% somente radioterapia e 20,6% receberam ambos os tratamentos. O tratamento cirúrgico foi disponibilizado para 53,8% dos pacientes. No grupo que iniciou o tratamento antes de 2005, 94,8% dos indivíduos receberam somente quimioterapia (Tabela 1).

A finalidade terapêutica na primeira APAC foi categorizada como curativa para 18,7% dos indivíduos, sendo considerada paliativa em 29,5% dos casos, adjuvante em 32,9%, prévia em 6,9% e de controle em 2,5%. Em 9,5% dos casos esta informação não estava disponível. No grupo em tratamento pré-2005, apenas 4,9% dos tratamentos foi considerado de finalidade curativa, enquanto 42,8% foi considerado adjuvante e 36,9%, paliativo (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características demográficas, perfil do câncer e mortalidade em indivíduos residentes em Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade oncológica do município, entre 2005-2008, (n=2602)

Variáveis	Amostra		Indivíduos com início do tratamento anterior a 2005		Indivíduos com início do tratamento entre 2005 e 2008	
	Óbitos até 2013		Óbitos até 2013		Óbitos até 2013	
	Total	Incidência cumulativa (%)	Total	Incidência cumulativa (%)	Total	Incidência cumulativa (%)
	n (%) (n=2602)	(n=1244)	n (%) (n=615)	(n=284)	n (%) (n=1737)	(n=856)
Sexo						
Masculino	1165 (44,8)	56,2	215 (35,0)	58,6	821 (47,3)	58,5
Feminino	1437 (55,2)	41,0	400 (65,0)	39,5	916 (52,7)	41,1
Idade (em anos)						
≤ 18	73 (2,8)	49,3	22 (3,6)	54,5	41 (2,4)	56,1
19 a 29	47 (1,8)	19,2	10 (1,6)	30,0	29 (1,7)	20,7
30 a 39	91 (3,5)	30,8	10 (1,6)	30,0	62 (3,6)	35,5
40 a 49	282 (11,2)	43,2	56 (9,1)	44,6	210 (12,1)	43,8
50 a 59	546 (21,0)	47,1	105 (17,1)	36,2	385 (22,2)	50,1
60 a 70	707 (27,2)	45,0	170 (27,7)	41,2	480 (27,7)	47,1
71 a 80	620 (23,9)	53,6	164 (26,7)	53,7	399 (23,0)	52,4
81 ou mais	224 (8,6)	61,6	77 (12,5)	58,4	130 (7,5)	65,4
Cor da pele						
Branca	2185 (89,0)	46,6	458 (89,5)	43,9	1540 (89,2)	48,0
Preta	217 (8,8)	54,8	34 (6,6)	52,9	157 (9,1)	56,7
Parda	26 (1,1)	57,7	9 (1,7)	66,7	14 (0,8)	57,1
Amarela/indígena	14 (0,6)	50,0	11 (2,2)	45,5	15 (0,9)	73,3
Local do câncer						
Mama	757 (29,9)	28,1	316 (51,5)	33,2	421 (24,3)	23,3
Pulmão	217 (8,6)	76,5	17 (2,8)	76,5	182 (10,5)	76,4

Esôfago	78 (3,1)	78,2	0 (0,0)	-	71 (4,1)	78,9
Cólon e reto	186 (7,4)	45,7	23 (3,8)	60,9	142 (8,2)	47,2
Estômago	49 (1,9)	71,4	5 (0,8)	100,0	37 (2,1)	62,2
Cabeça e pescoço	146 (5,8)	61,0	5 (0,8)	80,0	130 (7,5)	63,1
Pâncreas	30 (1,2)	82,8	1 (0,2)	100,0	26 (1,5)	80,8
Colo de útero	107 (4,2)	57,9	11 (1,8)	72,3	90 (5,2)	53,3
Ovário	41 (1,6)	68,3	10 (1,6)	90,0	28 (1,6)	60,7
SNC	18 (0,7)	66,7	0 (0,0)	-	15 (0,9)	66,7
Próstata	340 (13,4)	45,8	133 (21,7)	54,1	192 (11,1)	41,2
Hematológico	160 (6,3)	54,4	47 (7,7)	53,2	107 (6,2)	55,1
Primário desconhecido	60 (2,4)	75,0	3 (0,5)	100,0	46 (2,7)	78,3
Outros	341 (13,5)	48,2	43 (7,0)	55,8	245 (14,2)	48,6
Estadiamento primeira APAC						
I	277 (10,7)	22,7	56 (9,1)	23,2	217 (12,5)	22,6
II	776 (29,8)	36,2	193 (31,4)	33,7	567 (32,6)	36,9
III	725 (27,9)	57,2	237 (38,5)	55,7	475 (27,4)	57,5
IV	568 (21,8)	67,8	116 (18,9)	56,9	433 (24,9)	70,9
Ignorado	256 (9,8)	39,1	13 (2,1)	61,5	45 (2,6)	40,0
Tempo do diagnóstico antes do início do tratamento						
Até 2 meses	2310 (88,9)	48,5	600 (97,6)	46,2	1697 (97,7)	49,2
Mais de 2 meses	26 (1,0)	42,3	10 (1,6)	40,0	16 (0,9)	43,8
Ignorado	266 (10,2)	42,5	5 (0,8)	60,0	24 (1,4)	62,5
Metástase						
Não	1232 (47,4)	37,7	270 (43,9)	32,6	946 (54,5)	39,2
Loco-regional	522 (20,1)	53,6	157 (25,5)	45,9	346 (19,9)	57,5
Um órgão	448 (17,2)	68,8	158 (25,7)	65,2	266 (15,3)	71,4
Dois órgãos	63 (2,4)	71,4	23 (3,7)	65,2	39 (2,3)	76,9
Três órgãos ou mais	15 (0,6)	80,0	5 (0,8)	80,0	8 (0,5)	87,5
Ignorado	322 (12,4)	41,6	2 (0,3)	100,0	132 (7,6)	44,7

Tratamento						
quimioterápico/radioterápico						
Quimioterapia	1317 (50,6)	49,7	583 (94,8)	44,6	694 (40,0)	52,8
Radioterapia	750 (28,8)	41,3	1 (0,2)	0,0	543 (31,3)	43,3
Quimioterapia e radioterapia	535 (20,6)	52,3	31 (5,0)	77,4	500 (28,7)	50,8
Cirurgia relacionada ao						
câncer						
Não	1199 (46,1)	58,3	208 (33,8)	63,5	811 (46,7)	60,1
Sim	1399 (53,8)	38,8	407 (66,2)	37,4	926 (53,3)	39,9
Ignorado	4 (0,2)	50,0	-	-	-	-
Finalidade terapêutica						
primeira APAC						
Curativa	486 (18,7)	50,0	30 (4,9)	56,7	453 (26,1)	49,5
Prévia	179 (6,9)	62,6	65 (10,6)	58,5	111 (6,4)	64,0
Adjuvante	855 (32,9)	29,6	263 (42,8)	30,8	587 (33,8)	28,8
Paliativa	763 (29,5)	66,5	227 (36,9)	57,7	517 (29,8)	70,0
Controle	65 (2,5)	52,3	27 (4,4)	59,3	38 (2,2)	47,4
Anti-algica (radio)	2 (0,1)	(0,0	0 (0,0)	-	2 (0,1)	0,0
Anti-hemorrágica (radio)	1 (0,1)	(100	0 (0,0)	-	1 (0,1)	0,0
Ignorado	247 (9,5)	37,3	3 (0,5)	33,3	28 (1,6)	100,0

Nota: Diferenças no número de indivíduos na estratificação por tempo são decorrentes de perda de informação para uma ou mais variáveis.

Na análise ajustada por regressão de Cox, cinco variáveis estiveram associadas ao tempo de sobrevida dos indivíduos que morreram no período de acompanhamento: sexo, idade, local do câncer, estadiamento e tratamento cirúrgico (Tabela 2). Pacientes do sexo masculino tiveram uma velocidade de morrer 37% maior do que as mulheres (IC 95% 1,20-1,56 e $p<0,001$). Esta diferença é detalhada na figura 1, cuja estimativa de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier revela que 50% dos homens havia morrido cerca de um ano e meio após o início do tratamento, enquanto metade das mulheres morreu cerca de dois anos e meio após o começo da terapia. Ao final de cinco anos cerca de 20% dos homens continuava vivo e em sete anos apenas 10% ainda sobrevivia. Para as mulheres, a sobrevivência foi de 30% e 20%, aos cinco e aos sete anos, respectivamente. Após treze anos do diagnóstico a totalidade dos homens já havia morrido, marca que as mulheres alcançaram após dezesseis anos de acompanhamento.

Em relação à idade, comparado a pacientes de 19 a 29 anos, o risco de óbito em indivíduos mais jovens (com 18 anos ou menos) foi 2,64 vezes maior (IC 95% 1,02-6,83, $p=0,013$). As faixas de idade entre 30 e 39 anos e 40 e 59 anos tiveram, em média, 1,59 e 1,34 vezes mais risco (IC 95% 0,9-2,82 e 0,88-2,04 $p<0,013$). Em relação à localização, comparando o risco de morte com neoplasia de mama, pacientes com câncer de estômago, pulmão, pâncreas e esôfago tiveram um risco de morrer significativamente maior ($p<0,001$) – HR=3,72 (IC 95% 2,34-5,90), 3,61 (IC 95% 2,66-4,88), 3,24 (IC 95% 1,86-5,64) e 3,46 (IC 95% 2,39-5,03), respectivamente. Também em comparação com câncer de mama, os cânceres de cólon e reto [HR=2,15 (IC 95% 1,59-2,91)], colo de útero [HR=1,98 (IC 95% 1,40-2,79)] e cabeça e pescoço [HR=2,18 (IC 95% 1,56-3,05)], tiveram uma probabilidade significativamente maior de morrer. Para câncer de próstata, a velocidade para morrer foi 34% menor em comparação ao câncer mama [HR=0,66 (IC 95% 0,47-0,91)] (Tabela 2).

A regressão de Cox também evidenciou um aumento linear ($p<0,001$) na probabilidade de morrer conforme o estadiamento da doença, sendo o risco 2,01 (IC 95% 1,45-2,78) maior para indivíduos com câncer em estadio IV, comparados àqueles em estadio I. Observou-se uma velocidade para morrer 28% (IC 95% 40%-14%) menor em indivíduos que realizaram cirurgia, em comparação aos pacientes não operados (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão de Cox bruta e ajustada entre sobrevida e sexo, idade, cor da pele, localização, estadiamento, metástases e tempo de diagnóstico antes do tratamento do câncer entre indivíduos registrados em serviços de alta complexidade no município de Pelotas-RS.

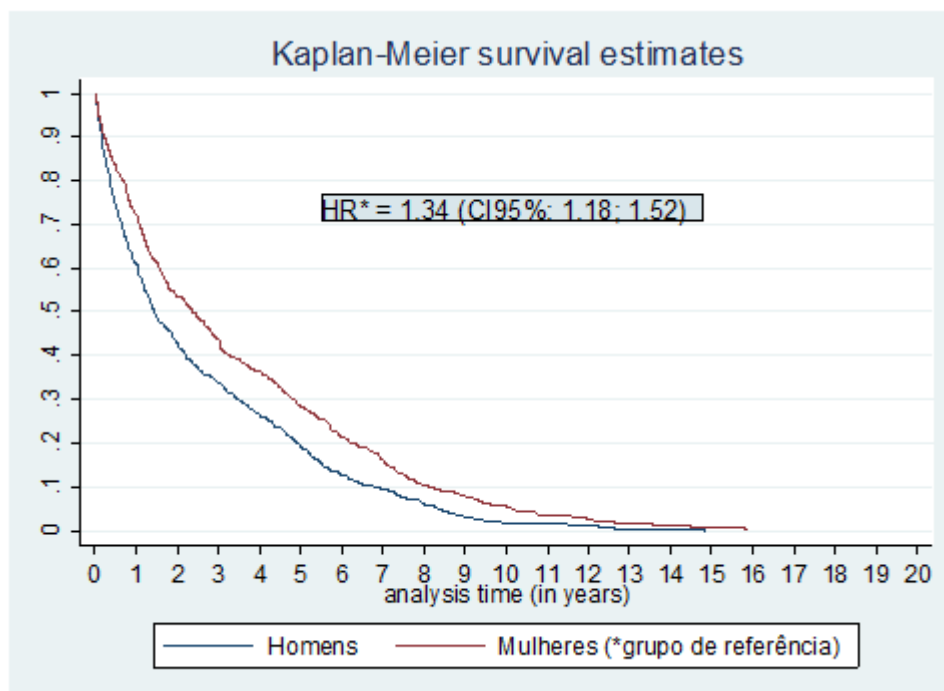
Variáveis	Análise bruta			Valor-p	Análise ajustada			Valor-p
	HR	IC95%			HR	IC95%		
Sexo				<0,001				<0,001
Feminino	Ref				Ref			
Masculino	1,34	1,18	1,52		1,37	1,20	1,56	
Idade (em anos)				0,010				0,013
≤ 18	1,38	0,64	3,02		2,64	1,02	6,83	
19 a 29	Ref				Ref			
30 a 39	1,57	0,90	2,74		1,59	0,90	2,82	
40 a 49	1,35	0,90	2,04		1,34	0,88	2,04	
50 a 59	1,33	0,91	1,94		1,39	0,95	2,05	
60 a 70	1,25	0,86	1,82		1,27	0,86	1,86	
71 a 80	1,05	0,72	1,53		1,06	0,72	1,55	
81 ou mais	0,91	0,61	1,36		1,02	0,68	1,54	
Cor da pele				0,109				0,102
Branca	Ref				Ref			
Preta	1,14	0,91	1,42		1,19	0,95	1,49	
Parda	0,83	0,47	1,47		0,79	0,44	1,41	
Amarela/indígena	0,55	0,31	0,97		0,60	0,34	1,07	
Local do câncer				<0,001				<0,001

Mama	Ref			Ref		
Pulmão	5,97	4,68	7,63	3,61	2,66	4,88
Esôfago	5,95	4,28	8,27	3,46	2,39	5,03
Cólon e reto	2,91	2,20	3,86	2,15	1,59	2,91
Estômago	5,14	3,35	7,87	3,72	2,34	5,90
Cabeça e pescoço	3,43	2,59	4,55	2,18	1,56	3,05
Pâncreas	4,73	2,86	7,84	3,24	1,86	5,64
Colo de útero	2,34	1,72	3,19	1,98	1,40	2,79
Ovário	1,60	1,02	2,49	1,42	0,88	2,28
SNC	2,83	1,39	5,76	2,74	1,22	6,15
Próstata	1,14	0,92	1,43	0,66	0,47	0,91
Hematológico	2,03	1,55	2,66	1,13	0,81	1,60
Primário desconhecido	4,25	2,76	6,54	1,99	1,22	3,23
Outros	2,77	2,19	3,49	2,46	1,87	3,23
Estadiamento				<0,001		
I	Ref			Ref		<0,001
II	1,13	0,84	1,51	1,31	0,95	1,80
III	1,20	0,91	1,59	1,30	0,95	1,78
IV	1,86	1,40	2,47	2,01	1,45	2,78
Ignorado	1,20	0,74	1,96	1,01	0,55	1,85
Tempo do diagnóstico antes do início do tratamento				0,129		0,100

Até 2 meses	Ref			Ref			
Mais de 2 meses	0,64	0,35	1,16	0,63	0,34	1,16	
Ignorado	1,43	0,86	2,39	1,52	0,88	2,60	
Cirurgia relacionada ao câncer							
Não	Ref			<0,001	Ref		<0,001
Sim	0,68	0,60	0,77	0,72	0,60	0,86	

*Análise hierárquica realizada por níveis (1º: sexo, idade e cor da pele; 2º: local, estadiamento, tempo diagnóstico antes tratamento, cirurgia), Ref: categoria de referência [HR=1], Valor-p: teste de heterogeneidade.

Figura 1. Curva de sobrevivência Kaplan-Meier, estimativas segundo o sexo.



Nota: HR* : hazard rate = estimativa bruta

A tabela 3 evidencia que após cinco anos de acompanhamento, a sobrevida total na amostra estudada foi de 67,8%, sendo proporcionalmente maior em pessoas com câncer de mama (87,1%) e próstata (77,2%) e menor naqueles com câncer de pulmão (39,9%) e esôfago (40,0%). Ao considerar o estadiamento, observa-se menor sobrevida para aqueles pacientes que estavam em estádios III e IV para maioria dos locais de câncer, ao comparar com estádios I e II. Também se observou uma sobrevida total em 5 anos de 81,6% para os estádios I e II e de 57,7% para os estádios III e IV. Para os cânceres de mama e próstata a sobrevida aos 5 anos após o início do tratamento foi, respectivamente, de 91,5% e 80,5% para os estádios I e II e 77,5% e 75,8% para os estádios III e IV. Para os cânceres de pulmão e esôfago a sobrevida aos 5 anos foi, respectivamente, de 46,1% e 48% para os estádios I e II e 38,6% e 28,6% para os estádios III e IV. A figura 2 detalha a sobrevivência segundo o estadiamento, mostrando que metade dos indivíduos com câncer em estadio I morreu em cerca de quatro anos, sendo esta marca alcançada em um ano por

indivíduos com câncer em estágio IV. Ao final de cinco anos, somente 15% das pessoas com câncer em estágio IV e 40% daquelas em estágio I estavam vivas.

As figuras 3 e 4 ilustram a sobrevida de indivíduos com cânceres conforme a letalidade. No grupo de menor letalidade (Figura 3), metade dos pacientes com cânceres de mama e de próstata ainda sobrevivia após cinco anos e 10% ainda continuava viva após 10 anos de início do tratamento. Já para os cânceres de colo de útero e intestino, metade dos pacientes ainda estava vivo aos dois anos e 10% sobrevivia após sete anos do início do tratamento. Para os cânceres mais letais (Figura 4), metade dos pacientes com neoplasias malignas de pulmão e esôfago não sobreviveu mais de seis meses e apenas 10% dos pacientes ainda sobrevivia após dois ou três anos de tratamento. Em relação aos cânceres de estômago e pâncreas, metade dos pacientes havia morrido em cerca de um ano e somente 10% dos pacientes sobrevivia após três a quatro anos de tratamento.

Figura 2: Estimativa de sobrevida, segundo estadiamento na primeira APAC

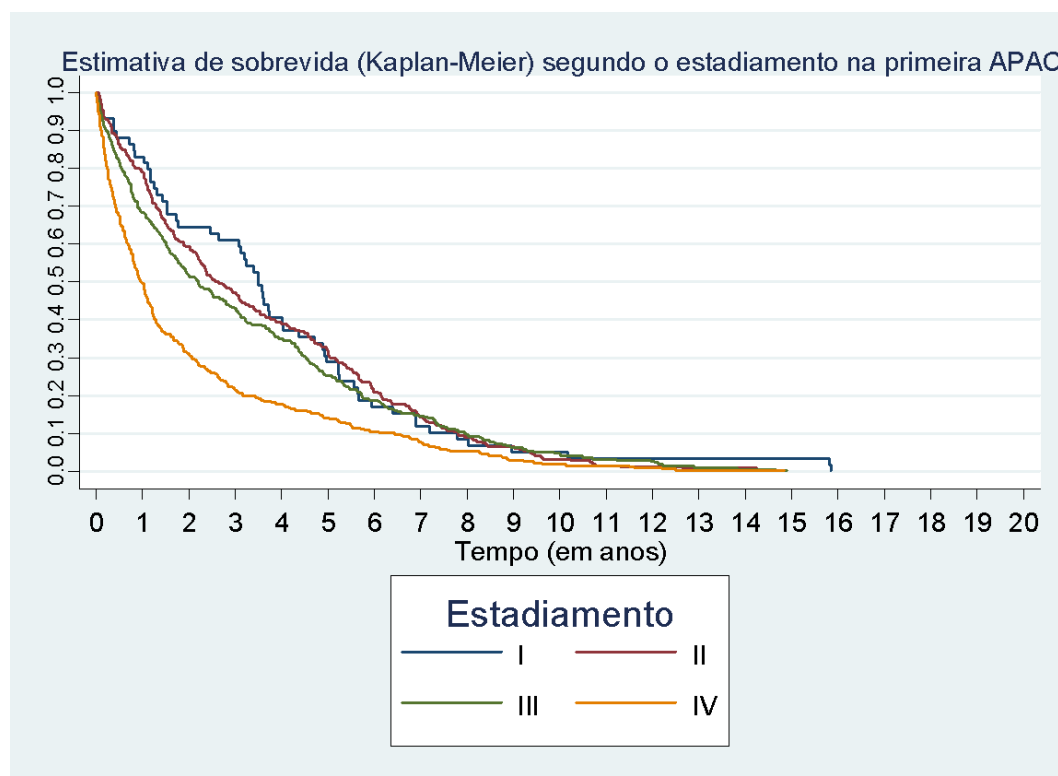


Figura 3. Estimativa de sobrevida para câncer de mama, próstata, colo de útero e intestino.

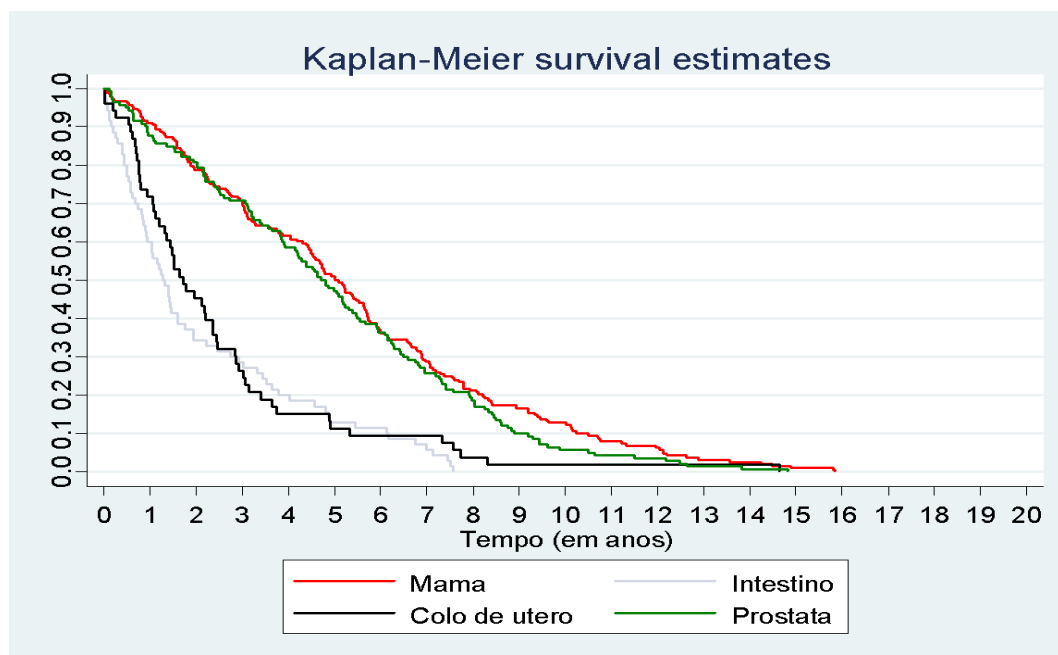


Figura 4. Estimativa de sobrevida para câncer de pulmão, esôfago, estômago e pâncreas.

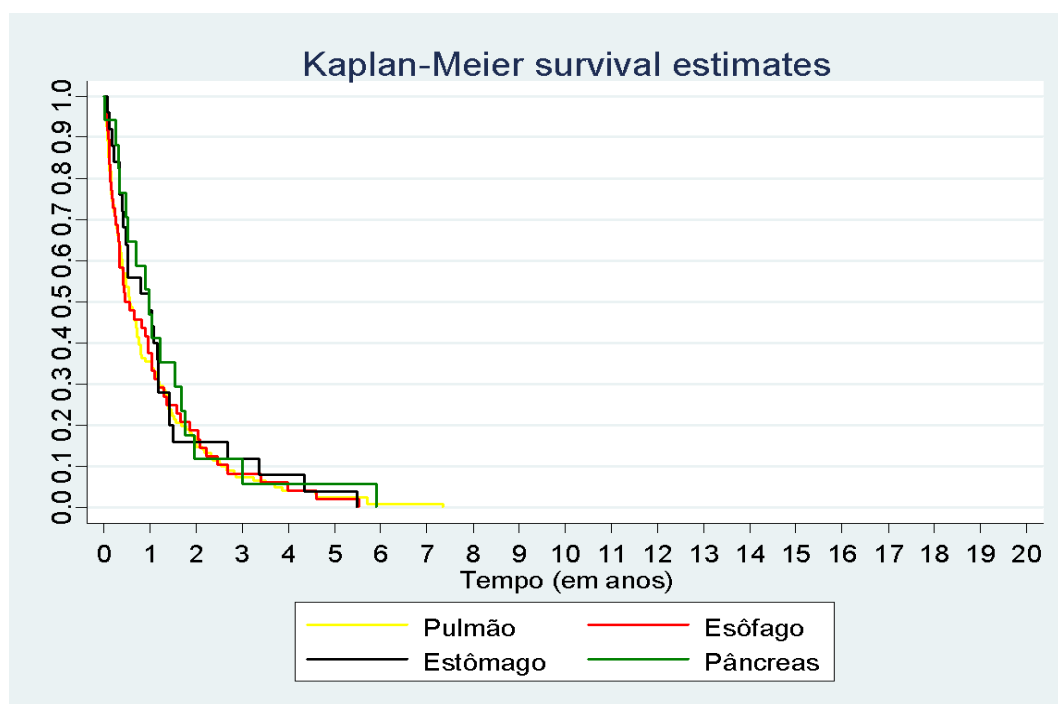


Tabela 3. Sobrevida em 5 anos por tipo de câncer e estadiamento de indivíduos registrados em serviços de alta complexidade no município de Pelotas - RS, entre os anos de 2005 e 2008

	Sobrevida em 5 anos por local do câncer % (n)	Sobrevida em 5 anos por local câncer entre pacientes com estadiamento I e II % (n)	Sobrevida em 5 anos por local câncer entre pacientes com estadiamento III e IV % (n)
TOTAL	67,8 (1593)	81,6 (826)	57,7 (633)
Mama	87,1 (644)	91,5 (388)	77,5 (152)
Próstata	77,2 (251)	80,5 (62)	75,8 (135)
Pulmão	39,9 (81)	46,1 (12)	38,6 (51)
Esôfago	40,0 (24)	48,0 (12)	28,6 (10)
Estômago	42,9 (18)	33,3 (1)	40,7 (11)
Cólon e reto	62,1 (104)	78,0 (39)	53,7 (51)
Colo de útero	53,9 (54)	63,6 (24)	48,2 (27)
Ovário	60,6 (23)	81,2 (13)	41,2 (7)
Pâncreas	40,9 (11)	50,0 (1)	40,0 (8)
Hematológico	62,2 (95)	85,0 (17)	57,6 (57)
Cabeça e pescoço	51,8 (71)	60,9 (14)	49,4 (44)
Outros	61,4 (179)	71,1 (69)	53,1 (60)
Primário desconhecido	55,6 (27)	0,0 (0)	54,3 (19)

Nota: Diferenças no número de indivíduos na estratificação por tempo e estadiamento são decorrentes de perda de informação para uma ou mais variáveis.

4. Discussão

O estudo apresenta as características gerais dos indivíduos com câncer, moradores de Pelotas atendidos no Sistema Único de Saúde e registrados em serviços de alta complexidade em oncologia no município. Uma das fortalezas do estudo é produção de informações de âmbito local sobre ocorrência e sobrevida de câncer, devido sua escassez no Brasil e no mundo. As análises de sobrevida são essenciais para pesquisadores, profissionais de saúde e gestores, na avaliação da atenção ao câncer em um dado contexto. Sua utilidade aumenta ao revelar informações detalhadas segundo sexo e idade da população de estudo, localização do tumor, estadiamento e letalidade, permitindo um melhor entendimento da epidemiologia da doença no município, em comparação a outros lugares do país e do mundo¹⁴. Neste sentido, os achados constituem um subsídio relevante ao aprimoramento das políticas de enfrentamento do câncer, tanto por sua possibilidade de comparação com as estimativas descritas para Brasil⁵, quanto para comparações internacionais³, principalmente de sobrevida, com por exemplo, grandes *trials* como o CONCORD-2, que disponibilizam informações para países de todos os continentes¹⁵.

Por se tratar de um estudo alimentado por dados secundários (APAC), identificou-se algumas variáveis com importante perda de informação, ou erro no preenchimento dos formulários (ao redor de 10%), como por exemplo, estadiamento, metástase, tempo de início do tratamento após o diagnóstico e finalidade terapêutica, limitando sua utilização¹⁴. Além disso, a caracterização sociodemográfica dos indivíduos com câncer foi relativamente pobre, ao não fornecer informações sobre aspectos fortemente associados a determinados tipos de câncer, como por exemplo, renda, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool. Assim, nossa análise se limitou a diferenças demográficas relativas a sexo, idade e cor da pele. Felizmente, estas variáveis apresentavam boa qualidade de registro, o que aumenta sua relevância nas comparações efetuadas.

A localização dos cânceres mais incidentes em Pelotas guarda semelhanças com o padrão do Brasil e de muito países do mundo, desenvolvidos em alguns casos e em desenvolvimento em outros^{3, 5}. Os cinco cânceres mais frequentes em

Pelotas no período estudado foram mama (29,9%), próstata (13,4%), pulmão (8,6%), cólon e reto (7,4%) e hematológico (6,3%), totalizando 65,6% dos registros, coerente com a distribuição nacional⁵ e internacional³ de regiões e países mais desenvolvidos. Excetuando o câncer de pulmão que é de alta letalidade, os demais apresentaram sobrevida em cinco anos bastante elevada, inclusive na comparação com o padrão brasileiro e de países desenvolvidos, como por exemplo, os Estados Unidos. Assim, sobrevida geral para todos os tipos de câncer no estudo foi maior (67,8%) que a média nacional (50%), com associação ao sexo, local do câncer e estadiamento⁵.

Porém, dois contrastes chamam a atenção. O primeiro, relacionado ao câncer de pulmão, cuja sobrevida de 39,9% em cinco anos foi superior à observada no Brasil e nos Estados Unidos (cerca de 18%). O segundo, em relação aos cânceres de próstata e de colo de útero, cuja sobrevida em cinco anos (77,2% e 53,9%, respectivamente), foi inferior ao padrão nacional e dos Estados Unidos (cerca de 96% e 62%, respectivamente)¹⁵. Estes achados destacam a forte associação da doença com o sexo, destacado que a prevenção e o controle do câncer precisam melhorar seu foco e a qualificação de todas as estratégias vinculadas à linha de cuidado em oncologia^{5, 16, 17}. Neste sentido, a estratificação da ocorrência e da sobrevida de indivíduos com câncer segundo o sexo é essencial para o entendimento da epidemiologia da doença e para o planejamento das ações dos serviços de saúde no município.

A maioria dos pacientes com câncer em nosso estudo era do sexo feminino (55,2%)], contrastando com o padrão nacional e mundial, que mostra um leve predomínio de homens, 51,6%⁵, 52,6%³, respectivamente. Além de representar mais da metade da amostra estudada, as mulheres constituíram a maioria dos sobreviventes (59%) ao final do acompanhamento, em 2013. A baixa letalidade do câncer de mama - sobrevida de 87,1% em cinco anos - e de próstata - sobrevida de 77,2% em cinco anos -, que representavam mais de 70% dos casos de câncer de indivíduos que iniciaram o tratamento antes de 2005, reforça as razões da maior sobrevida observada. A sobrevida para o câncer de mama, mas também de cólon e reto - 62,1% em cinco anos - foi bastante semelhante à projetada para 22 países desenvolvidos (85% para câncer de mama e 60% para cólon e reto)¹⁵.

A relevância da abordagem por sexo, é particularmente útil para examinar a doença nas mulheres de nosso estudo. No grupo que iniciou o tratamento antes de

2005, as mulheres também representavam a maioria da amostra (52,7%) e o câncer de mama, a maioria dos casos (51,5%), representando cerca de 80% dos cânceres em mulheres, o que reforça o argumento de baixa letalidade. Somados ao câncer de ovário, observa-se que dentre os cinco cânceres mais frequentes na população feminina do município - mama, colo de útero, cólon e reto, pulmão e ovário -, três possuem relação com o aparelho ginecológico e/ou reprodutor. Em relação ao câncer de colo de útero, identificou-se 90 casos no grupo que iniciou o tratamento no período 2005-2008, representando 9,8% dos cânceres em mulher e cerca de 23 casos novos por ano, ou seja, dois casos novos por mês no município. Esta proporção é 72% maior que a estimativa nacional (5,7%)⁵, sinalizando a necessidade de reforçar as políticas de saúde da mulher no município, particularmente em relação à promoção da saúde, prevenção primária e rastreamento oportuno e de qualidade do câncer de colo de útero, em toda a rede de saúde, particularmente na atenção básica¹⁸.

Os cânceres mais frequentes em homens – próstata (30,1%), pulmão (13,8%), cabeça e pescoço (9,9%), cólon e reto (7,8%) e esôfago (5,1%), mostraram contrastes com as estimativas nacionais⁵ e internacionais³. A frequência em nosso estudo para câncer de próstata (30,1%), foi superior à estimativa para o Brasil (22,8%)⁵, para o mundo (14,1%) e de países em desenvolvimento, como por exemplo, Etiópia (6,6%) e Índia (4,0%), assemelhando-se às projeções para os USA (28,3%) e a Austrália (31,5%)³. Devido as características de baixa letalidade, à semelhança do câncer de mama em mulheres, os homens com câncer de próstata apresentaram a maior sobrevida ao final do acompanhamento (54,2%), em 2013. No grupo que iniciou o tratamento antes de 2005, o câncer de próstata representou 61,9% do total de cânceres em homens. Considerando a falta de consenso sobre o rastreamento de massa para o câncer de próstata, ganham relevância para a adequada investigação do problema, elementos como hereditariedade (familiares com câncer), idade (indivíduos acima de 60 anos) e etnia (negros). Ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção primária são essenciais, considerando seus benefícios gerais para a saúde e não apenas para tipos de câncer específicos⁵.

Por outro lado, a sobrevida dos homens foi menor que as mulheres, não apenas em função de uma maior mortalidade por câncer de próstata, em comparação ao de mama, mas também porque os cânceres mais letais e com sobrevida menor foram mais frequentes nos homens, incluído pulmão, estômago,

esôfago e cabeça e pescoço^{5, 15}. O câncer de pulmão foi 3,1 vezes mais frequente em homens do que em mulheres em nosso estudo. A estimativa para homens (13,2%) foi superior àquelas do Brasil (9,1%) e Austrália (9,6%), semelhante às dos Estados Unidos (13,6%), África do Sul (12,6%) e Argentina (14%) e inferior a de Uruguai (16,5%) e Espanha (16,9%)³. Já a estimativa feminina (4,3%) foi similar a do Uruguai (4,1%), inferior a de Brasil (6,5%), Espanha (5,7%), Argentina (5,9%) e África do Sul (6,4%), a metade daquela observada na Austrália (8,8%) e três vezes menor do que a referida para os Estados Unidos (13,1%)^{3, 5}. As semelhanças e diferenças observadas sugerem questões complexas em termos demográficos, socioeconômicos, culturais e comportamentais (consumo de álcool e tabaco) envolvendo a ocorrência de câncer de pulmão em homens e mulheres de Pelotas e dos demais lugares avaliados^{3, 5, 19}.

Tanto em âmbito local, quanto nacional e global, os homens geralmente estão mais expostos que as mulheres a fatores de risco para câncer, como por exemplo, o consumo abusivo de álcool, tabaco, dieta pobre em vegetais e gordura de origem animal, que possuem relação direta com cânceres masculinos como próstata, ou mais frequentes em homens, como por exemplo, pulmão, cabeça e pescoço e cólon e reto⁵. Segundo estudo de tendência temporal sobre tabagismo em Pelotas, os homens apresentavam prevalência de 32,7% em 2001/2002 e de 25,4% em 2009/2010, superando a prevalência feminina que foi de 24,2% em 2001/2002 e 18,4% em 2009/2010²⁰.

Em estudo de caso-controle, Menezes (2002) reuniu 220 casos de indivíduos com diagnóstico de câncer de pulmão, esôfago e laringe, sendo, 81% do sexo masculino. Os homens fumavam mais que as mulheres e os tabagistas apresentavam uma chance aumentada de desenvolver os cânceres estudados. Outros estudos também confirmam a associação de tabagismo com sexo masculino e com a ocorrência de cânceres de pulmão, esôfago e laringe, que são mais frequentes em homens²¹⁻²³.

Acompanhando o padrão nacional⁵, a maioria dos indivíduos com câncer em nosso estudo era de idosos (60%), com particular destaque para o grupo com setenta anos e mais. Este achado expressa a relevância do envelhecimento populacional em curso no país, no estado e no município para o entendimento da doença, como por exemplo, o aumento na ocorrência dos cânceres de mama e próstata²⁴⁻²⁷. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a

expectativa de vida no Rio Grande do Sul em 2013 foi de 76,9 anos, dois anos maior do que a média nacional¹¹. Além disso, observou-se um aumento linear do risco de morte conforme a idade, com inflexão marcante em indivíduos com 70 anos e mais. A menor sobrevida de idosos com câncer está relacionada não apenas com o curso da doença, mas com uma maior vulnerabilidade, relativa à incapacidade funcional e comorbidades associadas ao envelhecimento, que aumentam o risco de morte^{25, 27, 28}.

A sobrevida também foi fortemente prognosticada pelo estadiamento do câncer, sendo duas vezes maior o risco de morrer de indivíduos com a doença em estadio IV, comparado ao estadio I, coincidindo com achados da literatura^{29, 30}. Da mesma forma, a proporção de indivíduos vivos após cinco anos de tratamento, foi 2,7 vezes maior no estadio I do que no estadio IV. Este achado reforça a necessidade de melhorar as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce para aumentar a proporção de indivíduos em estadios iniciais da doença, mas também o tratamento ativo e adequado e todos os cuidados integrais, inclusive paliativos, capazes de aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes^{16, 31-34}.

A sobrevida foi duas vezes maior nos pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico, em comparação aqueles não operados. Para a maioria dos cânceres com diagnóstico precoce, a cirurgia possui intenção curativa, mesmo para aqueles que possuem maior letalidade³⁵. Mitry estudou 4745 pacientes com câncer colorretal que foram submetidos a tratamento cirúrgico e observou melhoria sobrevida de 27% em 5 anos e estimou que quase 3000 mortes seriam evitadas a cada ano na França, devido à redução na mortalidade pelo manejo cirúrgico do câncer³⁶. O prognóstico de pacientes com câncer gástrico, à semelhança do câncer de pulmão, está associado diretamente com diagnóstico e cirurgia precoces³⁷. Estudo realizado por Pineda, sinaliza que as maiores sobrevidas de indivíduos com câncer colorretal estão associadas à cirurgia precoce de tumores em estágios iniciais da doença³⁸. Mesmo tumores incuráveis em estadios avançados podem se beneficiar com tratamento cirúrgico paliativo, que aumentam a sobrevida³⁹.

5. Conclusões

No contexto apresentado, podemos concluir que existe a necessidade de aprimorar a qualidade dos registros sobre câncer a nível local, regional e nacional, através da implementação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) em todos os municípios do nosso país, a exemplo de muitos países desenvolvidos. Com informações mais precisas a respeito de incidência, prevalência e sobrevida, será possível melhorar o planejamento de ações orientadas pela Política Nacional de Atenção Oncológica que contempla toda a linha de cuidado, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento reabilitação e cuidados paliativos, porém apresenta discrepâncias de financiamento, custeando procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, mas não incentiva nem remunera serviços de cuidados paliativos, que são altamente complexos e necessários para garantir cuidado integral em toda a linha de cuidado em oncologia, desde o momento do diagnóstico do câncer.

Referências

1. Ellis L, Woods LM, Esteve J, Eloranta S, Coleman MP, Rachet B. Cancer incidence, survival and mortality: explaining the concepts. *Int J Cancer* 2014; 135:1774-82.
2. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L, *et al.* Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 2010; 376:1186-93.
3. WHO. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Geneva: WHO; 2013.
4. Youlten DR, Cramb SM, Dunn NA, Muller JM, Pyke CM, Baade PD. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol* 2012; 36:237-48.
5. INCA. Dados populacionais de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
6. Barron TI, Flahavan EM, Sharp L, Bennett K, Visvanathan K. Recent prediagnostic aspirin use, lymph node involvement, and 5-year mortality in women with stage I-III breast cancer: a nationwide population-based cohort study. *Cancer Res* 2014; 74:4065-77.
7. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans V, *et al.* Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 366:2087-106.
8. Fraser DM, Sullivan FM, Thompson AM, McCowan C. Aspirin use and survival after the diagnosis of breast cancer: a population-based cohort study. *Br J Cancer* 2014; 111:623-7.
9. Jackisch C, Schoenegg W, Reichert D, Welslau M, Selbach J, Harich HD, *et al.* Trastuzumab in advanced breast cancer--a decade of experience in Germany. *BMC Cancer* 2014; 14:924.
10. Kantoff PW, Schuetz TJ, Blumenstein BA, Glode LM, Bilhartz DL, Wyand M, *et al.* Overall survival analysis of a phase II randomized controlled trial of a Poxviral-based PSA-targeted immunotherapy in metastatic castration-resistant prostate cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28:1099-105.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
12. Grimes DA, Schulz KF. Cohort studies: marching towards outcomes. *Lancet* 2002; 359:341-5.

13. Mathew A, Pandey M, Murthy NS. Survival analysis: caveats and pitfalls. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25:321-9.
14. Mathew A, Pandey M. Attributing death to cancer: cause-specific survival estimation. *J Postgrad Med* 2002; 48:322-6.
15. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al*. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015; 385:977-1010.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 140, de 27 de fevereiro de 2014.
18. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, *et al*. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2015; 15:171-80.
19. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19:1893-907.
20. Dias-Damé JL, Cesar JA, Silva SM. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27:2166-74.
21. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51:227-34.
22. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Silva VLC. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2010; 36:75-83.
23. Menezes AM, Horta BL, Oliveira ALB, Kaufmann RA, Duquia R, Diniz A, *et al*. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36:129-34.
24. Barreto M, Teixeira M, Bastos F, Ximenes R, Barata R, Rodrigues L. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Lancet* 2011; 6736:47-60.
25. INCA. Dados populacionais de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
26. Schmidt M, Duncan B, Azevedo e Silva G, Menezes A, Monteiro C, Barreto S, *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 6736:61-74.

27. Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. *The Lancet* 2014; 383:549-57.
28. Nunes B, Thume E, Facchini L. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health* 2015; 15:1172.
29. Bórquez P, Capdeville F, Msdrid M, Veloso M, Cárcamo M. Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Revista chilena de cirugía* 2011; 63:351-5.
30. Robledo JF, Caicedo JJ, Deantonio R. Análisis de sobrevida en una cohorte de 1328 pacientes con carcinoma de seno. *Rev Colomb Cir* 2005; 20:4-20.
31. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, *et al.* Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *Jama* 2009; 302:741-9.
32. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, *et al.* Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps -- from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2009; 27:3052-8.
33. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, *et al.* American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30:880-7.
34. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733-42.
35. Ceroni MV, García CC, Benavides CC, Covacevich RS, Rubilar OP, Cid BH, *et al.* Seguimiento mayor a 10 años de pacientes operados por cáncer gástrico incipiente. *Revista chilena de cirugía* 2011; 63:590-8.
36. Mitry E, Bouvier AM, Esteve J, Faivre J. Benefit of operative mortality reduction on colorectal cancer survival. *Br J Surg* 2002; 89:1557-62.
37. Mickevicius A, Ignatavicius P, Markelis R, Parseliunas A, Butkute D, Kiudelis M, *et al.* Trends and results in treatment of gastric cancer over last two decades at single East European centre: a cohort study. *BMC Surgery* 2014; 14:98.
38. Machado Pineda M, Rodríguez Fernández Z, González Tuero JH, Rodríguez Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. *Medisan* 2011; 15:1566-76.
39. Bannura CG, Barrera EA, Cumsille GMA, Contreras PJ, Melo LC, Soto CD. Rol de la resección paliativa en cáncer colorrectal estadio IV: Análisis de 177 pacientes. *Revista chilena de cirugía* 2009; 61:266-74.

V – Relatório do Estudo da Qualidade de Vida

1. Síntese dos principais achados

No período do estudo foram identificados 311 indivíduos sobreviventes da coorte constituída no período de 2005 a 2008. Os resultados sobre características demográficas, comportamentais, perfil da situação de saúde e qualidade de vida se encontram nas Tabelas 1, 2 e 3.

Do total dos indivíduos, 71% eram do sexo feminino, 73% possuíam 60 anos e 86% eram brancos. Quanto instrução, 92% sabiam ler e escrever. Para a situação conjugal 58% tinham companheiro(a) e 24% eram viúvos. Para hábitos comportamentais, 58% nunca fumaram e 30% haviam fumado no passado, 80% não consumiam álcool.

Do total de indivíduos, em 256 casos foi possível identificar o local de câncer relacionado a coorte de 2005 a 2008, os mais frequentes foram mama (50%), próstata (14%), intestino (7%), hematológico (3,9%), cabeça e pescoço (3,1%), colo de útero (3,1%) e pulmão (2,0%). Para 51,4% dos indivíduos, o diagnóstico de câncer foi antes e durante o ano de 2005. Quanto a situação atual relacionada ao câncer, 74, % estavam curados. Para outras doenças, 45,3% possuíam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 19,5% diabetes melito e 24,4% doenças do coração.

Para a informação de câncer na família 69,7% referiram ter familiares que apresentaram diagnóstico de câncer, sendo irmão (43,2%), tios (30,4%), pai (28,6%), mãe (24,3%), avós (24%) e primos (16,4%).

Quanto as informações recebidas por profissionais de saúde, 38,5% dos indivíduos receberam orientação para comer menos sal, 34,3% menos açúcar, 41,4% menos fritura e 36,6% menos fritura.

Os achados de qualidade de vida resultaram da aplicação da escala de WHOQOL-bref para quatro dimensões, cujos escores médios foram: física (3,31), psicológica (3,86), relações sociais (4,01) e meio ambiente (3,71). A partir dos escores foram indicadas as orientações padronizadas pela escala, necessita melhorar – físico (27,3), psicológico (10,5%), relações sociais (6%) e meio ambiente (8,8%); regular – físico (53,4%), psicológico (36,6%), relações sociais (31,5%) e meio ambiente (54,8%); boa – físico (19,3%), psicológico (49,8%), relações sociais (41,7%) e meio ambiente (35,7%); muito boa - físico (0%), psicológico (3,1%), relações sociais (20,9%) e meio ambiente (0,7%).

Tabela 1. Descrição das características demográficas, comportamentais de indivíduos sobreviventes de câncer perfil moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008, (n=311)

Indivíduos		
	(n = 311)	(%)
Sexo		
Masculino	90	28,9
Feminino	221	71,1
Idade (anos)		
Até 49	22	7,1
50-59	63	20,3
60-69	92	29,6
70-79	80	25,7
80 ou mais	54	17,4
Cor da Pele		
Branca	264	86,3
Preta	33	10,8
Parda	9	2,9
Ler e Escrever		
Não	19	6,1
Sim	285	91,6
Só assina	9	2,9
Situação conjugal		
Com companheiro	182	58,5
Sem companheiro (separado, solteiro)	54	17,4
Sem companheiro (viúvo)	75	24,1
Tabagismo		
Nunca fumou	181	58,2
Fuma	34	10,9
Já fumou e parou	96	30,9
Bebida de álcool		
Não	250	80,4
Sim	61	19,6

Tabela 2. Descrição das características de saúde de indivíduos sobreviventes de câncer perfil moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008, (n=311)

Indivíduos		
	(n = 311)	(%)
Recebeu orientação profissional de saúde		
Comer menos sal	119	38,5
Comer menos açúcar	106	34,3
Comer menos fritura	128	41,4
Fazer atividade física	113	36,6
Ano que recebeu diagnóstico de câncer		
Antes 2005	86	29,5
2005	64	21,9
2006	53	18,2
2007	51	17,5
2008	32	11,0
Outro	6	2,1
Local do câncer (n= 256)		
Mama	127	49,6
Próstata	36	14,1
Intestino	18	7,0
Hematológico	10	3,9
Cabeça e pescoço	8	3,1
Colo de útero	8	3,1
Pulmão	5	2,0
Ovário	4	1,6
Esôfago	1	0,4
Primário desconhecido	1	0,4
Outros	34	13,3
Ignorado	3	1,3
Curado do câncer		

Sim	217	74,3
Não	75	25,7
Câncer na família		
Não	90	30,3
Sim	207	69,7
Familiar com câncer		
Mãe	50	24,3
Pai	59	28,6
Filho	12	5,8
Irmão	89	43,2
Avós	49	24,0
Tios	62	30,4
Primos	33	16,4
HAS		
Não	135	45,3
Sim	163	54,7
Diabete Melito (DM)		
Não	239	80,5
Sim	58	19,5
Doença coração		
Não	225	75,8
Sim	72	24,4

Tabela 3. Descrição da necessidade de melhorar a qualidade de vida, segundo WHOQOL-bref nas dimensões física, psicológica, relações sociais e meio ambiente de indivíduos sobreviventes de câncer moradores de Pelotas, registrados em serviços de alta complexidade do município, entre 2005-2008.

Indivíduos		
	(n)	(%)
FÍSICO (escore médio = 3,31)	264	
Necessita melhorar	72	27,3
Regular	141	53,4
Boa	51	19,3
Muito boa	0	0,0
PSICOLÓGICO (escore médio = 3,86)	287	
Necessita melhorar	30	10,5
Regular	105	36,6
Boa	143	49,8
Muito boa	9	3,1
RELAÇÕES SOCIAIS (escore médio = 4,01)	283	
Necessita melhorar	17	6,0
Regular	89	31,5
Boa	118	41,7
Muito boa	59	20,9
MEIO AMBIENTE (escore médio = 3,71)	283	
Necessita melhorar	25	8,8
Regular	155	54,8
Boa	101	35,7
Muito boa	2	0,7

Considerando a relevância do tema e dos achados, que apresentam o perfil de indivíduos sobreviventes de câncer residentes no município de Pelotas, bem como os resultados de qualidade de vida, em breve será construído um artigo a ser encaminhado para publicação em revista indexada internacional.

Apêndices

1. Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Orientador: Prof Dr Luiz Augusto Facchini

E-mail: luizfacchini@gmail.com

Orientanda: Julieta Carriconde Fripp

Tel: (53) 81165430 / E-mail: julietafripp@gmail.com

Pelotas, de 2014.

Membros do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a V. S^a. a apreciação e autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **Sobrevivência e Qualidade Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS** que tem como objetivo avaliar a sobrevivência e qualidade de vida de indivíduos com câncer moradores de Pelotas, registrados e em tratamento em serviços de alta complexidade em oncologia no SUS do município, no período de 2005 a 2008

Informamos que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para produção científica que resultará em minha tese de doutorado, junto a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os dados e participantes envolvidos no trabalho em consonância a Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisas envolvendo seres humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Certos de seu apoio, desde já agradecemos pela oportunidade bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Julieta Carriconde Fripp

Orientanda

Prof Dr Luiz Augusto Facchini

Orientador

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Sobrevivência e Qualidade Vida de Indivíduos com Câncer Registrados em Serviços de Alta Complexidade no Município de Pelotas-RS

Pesquisadora: Dda. Julieta Carriconde Fripp Tel.: (53) 32844978;

E-mail: julietafripp@gmail.com

Orientador: Prof Dr Luiz Augusto Facchini, Tel.: 39211178;

E-mail: lluizfacchini@gmail.com

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo geral avaliar a sobrevivência e qualidade de vida de indivíduos com câncer moradores de Pelotas, registrados e em tratamento em serviços de alta complexidade em oncologia no SUS do município, no período de 2005 a 2008. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a sobrevivência e a qualidade de vida de indivíduos com câncer moradores de Pelotas, registrados e em tratamento em serviços de alta complexidade em oncologia no SUS do município, no período de 2005 a 2008 e se justifica pelos potenciais resultados que poderão beneficiar as pessoas portadoras de câncer atualmente e no futuro.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder um questionário. Serão feitas perguntas sobre sua saúde e utilização de serviços de saúde. O seu nome não será divulgado. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Esta pesquisa não apresenta riscos físicos ao participante, mas pode acarretar desconforto no momento da entrevista, que serão minimizados pois o Sr(a) poderá responder as questões ou não sem prejuízo ao entrevistado. Os benefícios da sua participação neste estudo serão indiretos, pois você contribuirá para a melhoria da saúde de pessoas com doenças oncológicas.

Este TCLE será elaborado em 2 vias que serão assinadas pelo pesquisador e pelo participante ficando uma via para cada um.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado (a) que terei liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum, que terei a segurança que não serei identificado e que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término e publicação do trabalho

Eu, _____, aceito participar da pesquisa

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante da pesquisa:

Assinatura da pesquisadora:

1. Questionário de Entrevista de Campo

BLOCO A: GERAL	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do formulário ____ Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: ____ / ____ / ____ Entrevistador: _____	form ____ tipom ____ de ____ / ____ / ____ ent ____
1) Qual é o seu nome? _____ 2) Qual é a sua idade? ____ anos completos 3) Qual é sua data de nascimento? ____ / ____ / ____	idade ____ nasc ____ / ____ / ____
As perguntas 4 e 5 devem apenas ser observadas pelo entrevistador.	
4) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	sexo ____
5) Qual sua cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____	corpel ____
6) O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não → Pule para a questão 9 (1) Sim (2) Só assina → Pule para a questão 9 (9) IGN	sabler ____
7) Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Anotação: _____	escola ____

(codificar após encerrar o questionário)		
Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA		
8) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Com companheiro(a) ou casado (2) Sem companheiro(a)- solteiro/divorciado/separado (3) Sem companheiro (a) – viúvo		compan __
9) Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) muito ruim (9) IGN		utosau __
10) Qual o seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? _____, __ kg (9) Não sabe/Não quis informar	peso __ __ __	
11) Qual a sua altura (mesmo que seja valor aproximado)? __ m ____ cm (9) Não sabe/Não quis informar	altura __ __ __	
12) Qual a sua religião? (1) Não tem religião (2) Católico (3) Evangélico (4) Protestante (5) Luterano (6) Espírita (9) IGN		rel __
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS REFEREM-SE A TODO TIPO DE TRABALHO, MESMO QUE NÃO SEJA PAGO		

13) O(A) Sr.(a) trabalhou alguma vez na vida? (0) Não, nunca → Pule para a instrução anterior à questão 23 (1) Trabalhou, mas não está trabalhando (2) Sim, está trabalhando → Pule para a questão 18 (9) IGN	trab __
14) Se já trabalhou mas não está trabalhando. Qual a sua situação em relação a trabalho? Ler opções. (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Encostado (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	trabatual __
15) Há quanto tempo não está trabalhando? ____ anos ____ meses	trabanos __ __ trabmeses __ __
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO	
16) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → Pule para a questão 20 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos ____ meses	fumo __ tpafua __ __ tpafum __ __
17) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (88) NSA (99) IGN	tefumoa __ __ tefumom __ __
18) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ____ cigarros (88) NSA (99) IGN	cigdia __ __
19) Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar? ____ anos (88) NSA	fumidad __ __

(99) IGN	
AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	
20) Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) tomou alguma bebida de álcool? (0) Não → pule para questão 28 (1) Sim	alcohol __
21) Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (0) Não (1) Sim	dimalcohol __
22) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim	critalcohol__
23) O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (0) Não (1) Sim	chatalcohol __
24) O(A) Sr.(a) Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (0) Não (1) Sim	manhaalcohol __
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR(A)FAZ NO SEU TEMPO LIVRE (LAZER).	
25)Nos últimos sete dias, quantos dias o Sr(a) fez caminhadas no seu tempo livre? (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 29 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias	

(5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias	
26)SE CAMINHOU: Nos dias em que o Sr(a) fez essas caminhadas, quanto tempo no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN ____ ____ ____ minutos	
27) A que passo foram estas caminhadas? (1) com um passo que lhe fez respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração; (3) com um passo que lhe fez respirar um pouco mais forte que o normal, suar um pouco ou aumentar um pouco seus batimentos do coração; (5) com um passo que não provocou grande mudança da sua respiração, o (a) Sr.(a) quase não suou e seus batimentos do coração ficaram quase normais; (8) NSA (9) IGN	
28) Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc. (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 31 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias	
29)SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN ____ ____ ____ minutos	

30) Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc. (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 33 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias	
--	--

SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia?		
(888) NSA (999) IGN		
____ minutos		
AGORA VAMOS FALAR A RESPEITO DE ORIENTAÇÕES SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO		
Desde novembro do ano passado até agora, o Sr.(a) recebeu alguma orientação de um profissional de saúde comer pouco sal?		Orisal ____
(0) Não → PULE PARA 19 (1) Sim		
(9) IGN		
SE SIM: Onde foi que o Sr(a) recebeu orientação para comer pouco sal desde <MÊS> do ano passado até agora?		
(8) NSA (9) IGN		
Posto de Saúde	(0) Não (1) Sim	Ubs1 ____
Ambulatório do hospital	(0) Não (1) Sim	Amhos1 ____
Ambulatório da faculdade	(0) Não (1) Sim	Amfa1 ____
Centro de especialidades	(0) Não (1) Sim	Cesp1 ____
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não (1) Sim	Sinbai1 ____
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não (1) Sim	Cvpla1 ____
Consultório particular	(0) Não (1) Sim	Medpa1 ____
CAPS	(0) Não (1) Sim	Orcaps1 ____

Outro	(0) Não	(1) Sim	Outor1 __
Quem deu esta orientação para comer pouco sal desde novembro do ano passado até agora?			
(8) NSA	(9) IGN		
Médico	(0) Não	(1) Sim	Med1 __
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	Enf1 __
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	Nut1 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Ou1 __
Esta orientação desde novembro do ano passado até agora lhe ajudou a comer com pouco sal?			Ajusal __
(8) NSA	(9) IGN		
(0) Não	(1) Sim	(2) Já consumia pouco sal e se manteve	
Desde novembro do ano passado até agora, o Sr.(a) recebeu alguma orientação de um profissional de saúde comer pouco doce ou açúcar?			Oridoce __
(0) Não	→ PULE PARA 23	(1) Sim	
(9) IGN			
SE SIM: Onde foi que o Sr(a) recebeu esta orientação para comer pouco doce ou açúcar desde novembro do ano passado até agora?			
(8) NSA	(9) IGN		
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs2 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Amhos2 __
Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	Amfa2 __
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp2 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sinbai2 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Cvpla2 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Medpa2 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Orcaps2 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outor2 __
Quem deu esta orientação para comer pouco doce ou açúcar desde novembro do ano passado até agora?			
(8) NSA	(9) IGN		
Médico	(0) Não	(1) Sim	Med2 __

Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	Enf2 __
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	Nut2 __
Outro profissional	(0) Não	(1) Sim	Qou2 __
Esta orientação desde novembro do ano passado até agora lhe ajudou a			Ajudoce __
comer	pouco	doce	ou açúcar?
(8) NSA	(9) IGN		
(0) Não	(1) Sim	(2) Já consumia pouco doce ou açúcar	
e se manteve			
Desde novembro do ano passado até agora, o Sr.(a) recebeu alguma			Orifrit __
orientação de um profissional de saúde para comer pouca gordura e			
fritura?			(9) IGN
(0) Não → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 27			(1) Sim

SE SIM: Onde foi que o Sr(a) recebeu esta orientação para comer pouca			
gordura e fritura desde novembro do ano passado até agora?			
(8) NSA	(9) IGN		
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs3 __
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Amhos3 __
Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim	Amfa3 __
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp3 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sinbai3 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Cvpla3 __
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Medpa3 __
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Orcaps3 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outor3 __
Quem deu esta orientação para comer pouca gordura e fritura desde			
novembro do ano passado até agora?			
(8) NSA	(9) IGN		
Médico	(0) Não	(1) Sim	Med3 __
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	Enf3 __
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	Nut3 __
Outro	(0) Não	(1) Sim	Ou3 __
Esta orientação desde novembro do ano passado até agora lhe ajudou a			Ajufrit __
comer	pouca	gordura	e fritura?

(8) NSA (9) IGN			
(0) Não (1) Sim (2) Já consumia pouca gordura e fritura e se manteve			
Desde novembro do ano passado até agora, o Sr.(a) recebeu alguma orientação de um profissional de saúde para fazer atividade física?			Disseaf__
(9) IGN			
(0) Não → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 42 (1) Sim			
SE SIM: Onde foi que o(a) Sr(a) recebeu esta orientação de fazer atividade física?			
(8) NSA (9) IGN			
Posto de Saúde	(0) Não (1) Sim		Ubs4 __
Ambulatório do hospital	(0) Não (1) Sim		Hosp4 __
Ambulatório da Faculdade	(0) Não (1) Sim		Ambfac4 __
Centro de especialidades	(0) Não (1) Sim		Cesp4 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não (1) Sim		Sinbai4 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não (1) Sim		Cvplan4 __
Consultório particular	(0) Não (1) Sim		Cspart4 __
CAPS	(0) Não (1) Sim		Caps4 __
Na fisioterapia	(0) Não (1) Sim		Fisio4 __
Na academia	(0) Não (1) Sim		Acade __
Outro	(0) Não (1) Sim		Ouloc4 __
Quem deu esta orientação para o Sr(a)?			(8)
NSA (9) IGN			
Médico	(0) Não (1) Sim		Med4 __
Enfermeiro	(0) Não (1) Sim		Enf4 __
Professor de educação física	(0) Não (1) Sim		Edf4 __
Fisioterapeuta	(0) Não (1) Sim		Fis4 __
Nutricionista	(0) Não (1) Sim		Nut4 __
Outro	(0) Não (1) Sim		Ou4 __
Após esta(s) orientação(ões), a sua atividade física:			(8) NSA Posaf __
(9) IGN			
(0) Aumentou			
(1) Diminuiu			

(2) Não mudou	
---------------	--

VAMOS FALAR SOBRE A DOENÇA ONCOLÓGICA QUE SR (SRA) APRESENTOU NO PASSADO	
48) No período de 2005 a 2008 o Sr (a) recebeu o diagnóstico de câncer? Nunca recebi diagnóstico de câncer → Pula WHOQOL (1) Não (2) Sim	
49) Em que ano o Sr (a) recebeu o diagnóstico de câncer? Antes de 2005 2005 2006 2007 2008 Outro	
50) O seu médico lhe disse que o Sr (a) está curado(a) do câncer? Não (1) Sim (9) IGN	
51) Atualmente o Sr (a) está realizando algum tratamento para o câncer diagnosticado até 2008? Não, pule para a questão 55 (1) Sim	
52) Qual o tratamento que o Sr (a) está fazendo atualmente para o câncer? Quimioterapia injetável Não Sim (9) IGN Radioterapia Não Sim (9) IGN Tratamento por via oral (comprimidos) Não Sim (9) IGN	
53) Em que local o Sr (a) está recebendo atualmente o tratamento citado para o câncer? Oncologia Hospital Escola UFPel (FAU) (0) não (1) sim (9) IGN Radioterapia FAMED (0) não (1) sim (9) IGN CERON – santa casa (0) não (1) sim (9) IGN Outro (0) não (1) sim (9) IGN	
54) Qual o nome dos remédios que o Sr (Sra) está usando atualmente para tratar	

ou controlar o câncer?“ copiar as RECEITAS “E” AS CAIXAS ou embalagens destes remédios”				
Tamoxifeno	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Anastozol	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Femara	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Paclitaxel	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Docetaxel	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Genzar	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
DDP + Genzar (Gencitabine)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Navelbine	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Xeloda	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Fulvestranto (Faslodex)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Femara	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Megestat (megestrol)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Folfox	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Folfiri	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
5-FU	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Oxaliplatina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Iritocenaco	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Docetaxel	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Mitoxantrone	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Flutamida	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Bicalutamida	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Ciproterona	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Zoladex (gozerelina)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Leuprorrelina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Carboplatina + Paclitaxel)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Vinoorelbine + Carboplatina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Gencitabina + Carboplatina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Gencitabina + Cisplatina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Vinorelbina + Cisplatina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Outro medicamento para tratar câncer				

Agora vamos falar sobre qualquer remédio que O(a) sr.(a) tenha usado nos últimos 30 dias para TRATAR SINTOMAS, PROBLEMAS , MAL ESTAR , dor , ETC RELACIONADOS COM CANCER

55) Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) Não → pule para a questão 57 (1) Sim (9) IGN → pule para a questão 67				uso ____
56) Quais os nomes dos remédios que o (a) Sr.(a) usou? “copiar as RECEITAS “E” AS CAIXAS ou embalagens destes remédios”				
Paracetamol	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Dipirona	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Anti-inflamatorio (AINE)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Codeína + paracetamol (Tylex)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Tramadol (tramal)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Morfina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Metadona	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Fentanil TD	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Amitriptilina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Sertralina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Carbamazepina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Fenitoina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Gabapentina	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Dexametasona	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Prednisona (meticorten)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Haloperidol (haldol)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Diazepan	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Megestrol	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Salbutamol	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Metoclopramida (plasil)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Dimenidrato (dramin)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Ondasetron (vonau)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Butilbrometo de escopolamina (buscopan)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
Butilbrometo de escopolamina + dipirona	(0) não	(1) sim	(9) IGN	
dimeticona (luftal)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	

Outro medicamento: _____	
--------------------------	--

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CASOS DE CANCER NA SUA FAMÍLIA

57) Alguém da sua família tem ou teve câncer? (0) Não – pule para questão 61 (1) Sim (9) IGN				cafami ____
58) Qual o grau de parentesco com o(s) familiar(es) que desenvolveu(eram) câncer?				
Mãe	Não	Sim	(9) IGN	pmae ____
Pai	Não	Sim	(9) IGN	ppai ____
Filho (a)	Não	Sim	(9) IGN	pfilho ____
Irmão (a)	Não	Sim	(9) IGN	pirmao ____
Avós	Não	Sim	(9) IGN	pavos ____
Tios	Não	Sim	(9) IGN	ptios ____
Primos (as)	Não	Sim	(9) IGN	pprimos ____
59) SE MÃE TEVE CÂNCER: Qual(is) o(s) local (is) do(s) câncer(es) do(s) da sua mãe?				
Pulmão	Não	(1) Sim	(9) IGN	mpul ____
Esôfago	Não	(1) Sim	(9) IGN	mesof ____
Estômago	Não	(1) Sim	(9) IGN	mestom ____
Intestino	Não	(1) Sim	(9) IGN	mintestin ____
Mama	Não	(1) Sim	(9) IGN	mmama ____
Cabeça e pescoço	Não	(1) Sim	(9) IGN	mcabepesc ____
Ovário	Não	(1) Sim	(9) IGN	movario ____
Pâncreas	Não	(1) Sim	(9) IGN	mpancreas ____
Colo uterino	Não	(1) Sim	(9) IGN	mcoloute ____
Outro	Não	(1) Sim	(9) IGN	moutroca ____
60) SE PAI TEVE CÂNCER: Qual(is) o(s) local (is) do(s) câncer(es) do(s) do seu pai?				

Pulmão	Não	(1) Sim	(9) IGN	ppul __
Esôfago	Não	(1) Sim	(9) IGN	pesof __
Estômago	Não	(1) Sim	(9) IGN	pestom __
Intestino	Não	(1) Sim	(9) IGN	pintestin __
Mama	Não	(1) Sim	(9) IGN	pmama __
Cabeça e pescoço	Não	(1) Sim	(9) IGN	pcabepesc __
Ovário	Não	(1) Sim	(9) IGN	povario __
Pâncreas	Não	(1) Sim	(9) IGN	ppancreas __
Colo uterino	Não	(1) Sim	(9) IGN	pcoloute __
Outro	Não	(1) Sim	(9) IGN	poutroca __

VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL

61) Algum médico ou profissional da saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem: Hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	has __
62) Diabetes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	diab __
63) Doença do coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cora __

Agora vamos falar sobre o uso de serviços de saúde no último ano. Por favor, o uso de serviços de saúde deve ser relacionado ao CONTROLE DE SINTOMAS RELACIONADOS AO Câncer

64) No último ano, o Sr. (a) foi atendido em Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde) para controlar sintomas relacionados ao câncer? (0) Não (1) Sim	ubs _
--	-------

(9) IGN					
65) SE SIM: Quais profissionais lhe atenderam?					
Médico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		medubs _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		enfubs _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		nutubs _
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		fisioubs _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		psiubs _
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		assubs _
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		efubs _
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		toubs _
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		dentubs _
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		farubs _
Outro.	Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	outubs _
66) No último ano, o Sr. (a) foi atendido em consultórios ou clínicas particulares para tratar o câncer ou controlar sintomas?					
(0) Não					cons _
(1) Sim					
(9) IGN					
67) SE SIM: Quais profissionais lhe atenderam?					
Médico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		medcons _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		enfcons _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		nutcons _
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		fisiocons _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		psicons _
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		asscons _
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		efcons _
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		tocons _
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		dentcons _
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		farcons _
Outro.	Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	outcons _
68) No último ano, o Sr. (a) foi atendido no serviço de oncologia do Hospital-					he _

Escola da UFPel (FAU) para controlar sintomas? (Excluir tratamento quimioterápico)				
(0) Não				
(1) Sim				
(9) IGN				
69) SE SIM: Quais profissionais lhe atenderam?				
Médico oncologista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medoncohe
				—
Médico clínico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medclinhe _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	enfhe _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	nuthe _
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	fisiohe _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	psihe _
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	asshe _
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	efhe _
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	tohe _
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	denthe _
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	farhe _
Outro.	Qual? (0) Não	(1) Sim	(9) IGN	outhe _
70) No último ano, o Sr. (a) foi atendido no serviço de oncologia da Santa Casa (CERON) para controlar sintomas? (Excluir tratamento quimioterápico e radioterápico)				
(0) Não				ceronsc _
(1) Sim				
(9) IGN				
71) SE SIM: Quais profissionais lhe atenderam?				
Médico oncologista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medoncosc
				—
Médico clínico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medclinsc _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	enfsc _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	nutsc _
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	fisiosc _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	psisc _

Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	asssc _	
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	efsc _	
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	tosc _	
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dentsc _	
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	farsc _	
Outro.	Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ousc _
72) No último ano, o Sr. (a) foi atendido no serviço de radioterapia da Faculdade de Medicina para controlar sintomas? (Excluir tratamento radioterápico)				rfamed _	
(0) Não					
(1) Sim					
(9) IGN					
73) SE SIM: Quais profissionais lhe atenderam?					
Médico oncologista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medoncofm	
				_	
Médico clínico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medclinfm _	
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	enffm _	
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	nutfm _	
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	fisiofm _	
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	psifm _	
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	assfm _	
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	effm _	
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	tofm _	
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dentfm _	
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	farfm _	
Outro.	Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	oufm _
INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA CONTROLAR SINTOMAS					
74) no último ano INTERNOU QUANTAS VEZES NO hospitais para controlar sintomas relacionados ao câncer?					
Hospital Escola UFPEL	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	heufpel _	
Beneficência	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	bene _	
São Francisco de Paula	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	sfp _	

Santa Casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	stc _
Outro. Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	hospout _

75) No último ano, o Sr. (a) internou no domicílio para tratar o câncer ou controlar sintomas?				
(0) Não				domic _
(1) Sim				
(9) IGN				
76) SE SIM: Quais serviços prestaram atendimento no domicílio para controlar sintomas relacionados ao câncer no último ano?				
PIDI (público)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	pidi _
Melhor em casa (público)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcasa _
Home care (privado)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	hcare _
77) Quais profissionais lhe atenderam no PIDI e/ou Melhor em casa?				
Médico oncologista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medoncad _
Médico clínico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medcliad _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	enfad _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	nutad _
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	fisioad _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	psiad _
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	assad _
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	efad _
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	tocad _
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dentad _
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	farad _
Outro. Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ouad _

78) Quais profissionais lhe atenderam no Home Care (privado)?				
Médico oncologista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medoncohc _
Médico clínico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	medclinhc _
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	enfhc _
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	nuthc _

Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	fisiohc _
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	psihc _
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	asshc _
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	efhc _
Terapeuta ocupacional	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	tohc _
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	denthc _
Farmacêutico	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	farhc _
Outro. Qual?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ousc _
79) No último ano, o Sr. (a) foi ao pronto-socorro para tratar o câncer ou controlar sintomas?				ps _
(0) Não				
(1) Sim				
(9) IGN				
80) Quantas vezes o(a) Sr. (a) foi ao pronto-socorro para controlar sintomas relacionados ao câncer no último ano?				psvezes _
___ ___ ___ vezes				___ ___
ESCALAS E PERGUNTAS APLICAR PARA INDIVÍDUOS QUE REFERIREM QUE NÃO ESTÃO CURADOS DO CÂNCER – ecog, KARNOFSKY E EDMONTON				
81) APLICAÇÃO instrumento de avaliação funcional – ECOG				
Escala será aplicada a partir da ajuda do entrevistado ou do familiar				
PS 0	Atividade Normal			psecog _
PS 1	Sintomas da doença, deambula e leva seu dia a dia normal			
PS 2	Fora do leito mais de 50% do tempo			
PS 3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos			
PS 4	Restrito ao leito			
82) APLICAÇÃO instrumento de avaliação funcional – KARNOFSKY				
Escala será aplicada com perguntas para o paciente ou familiar				
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença			kanofs _
90	Capaz de realizar atividades normais, sinais e sintomas mínimos da doença			

80	Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas da doença Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular	
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos	
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais	
50	Requer considerável assistência e freqüente cuidados médicos	
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência, auto-cuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado	
30	Severamente incapacitado, necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente	
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, necessidade de tratamento de suporte permanentes, confinado ao leito	
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente	

83) APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS (EDMONTON)

Esta escala não deve ser aplicada aos indivíduos que não tiverem condições de responder ao questionário

Vou fazer umas perguntas sobre como o Sr.(a) tem se sentido com relação a alguns sintomas e gostaria que o Sr.(a) desse uma nota de zero a dez para cada um deles. Lembro que zero é a melhor situação possível e dez é a pior.

Dor	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	dored __ __
Cansaço	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	cansacoed __ __
Náusea	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	nauseaed __ __
Depressão	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	depressed __ __
Ansiedade	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	ansied __ __
Sonolência	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	sonoled __ __
Apetite	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	apetited __ __
Bem estar	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	bestared __

		—
Dispneia	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	dispned — —
Insônia	(0) Melhor (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Pior	insoned — —

ESCALA WHOQOL-bref: ESCALA PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA APLICAR PARA TODOS OS INDIVÍDUOS CURADOS E NÃO CURADOS com função COGNITIVA PRESERVADA

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU BEM-ESTAR. POR FAVOR, RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO

84) Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

	muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa	
1.Como você avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	
	(0) muito insatisfeito	(1) insatisfeito	(2) nem satisfeito nem insatisfeito	(3) satisfeito	(4) muito satisfeito	qava__
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	qsat__

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
3. Em que medida você acha que sua	1	2	3	4	5	qdor__

dor (física) impede você de fazer o que você precisa?						
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	qtrat__
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	qapr__
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	qsent__
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	qcon__
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária ?	1	2	3	4	5	qseg__
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima,	1	2	3	4	5	qsau__

barulho, poluição, atrativos)						
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

	Nada	um pouco	médio	Muito	completamente	
10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	qene__
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	qapa__
12. você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	qdin__
13. quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	qinf__
14. em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	qlas__
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	qloco__

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas?

	Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	
--	--------------------	--------------	----------------------------------	------------	------------------	--

16. Quanto satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	qson__
17. Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5	qati__
18. Quanto satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	qtrab__
19. Quanto satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	qmes__
20. Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos,	1	2	3	4	5	qrela__

parentes, conhecidos, colegas)?						
21. Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	qsex__
22. Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	qapo__
23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	qmor__
24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	qace__
25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu	1	2	3	4	5	qtran__

meio de transporte?						
A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas						
	Nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentenente	Sempre	
26. com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	qsent__
BLOCO B: DOMICILIAR					ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	

B1) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato? (0) Não (1) Sim → Qual o número? _____	BFONE ____ _ - ____ ____ _
B2) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim → Qual o número? _____	BCEL ____ _ - ____ ____ _
AGORA VOU LHE PERGUNTAR ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SUA FAMÍLIA.	
B3) Quantas pessoas moram neste domicílio? Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem. Verifique a definição de morador no manual. Digite o número de moradores. Empregado(a) doméstico(a) ou outro que more no emprego, deve ser incluído no estudo. ____ _ pessoas (99) IGN	NMOR__ __
B7) Quem é o chefe de sua família? _____	CHEF _____ _____ _____
(1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) Nível superior completo B8) Qual a escolaridade do chefe da família?	ESCCHEF __

(9) IGN							
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTES ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUIL(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.							
Sobre aparelhos que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem:							
B9) Aspirador de pó?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BASP ____			
B10) Máquina de lavar roupa?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BLAV ____			
(não considerar tanquinho)							
B11) Videocassete ou DVD?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BDVD ____			
B12) Geladeira?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BGELA ____			
B13) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BFREE ____			
B14) Forno de microondas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BMOND ____			
B15) Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BCPU ____			
B16) Telefone fixo? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	BTELSN ____			
Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos?							
B17) Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	BRAD ____
B18) Televisão preto e branco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	BTVPB ____
B19) Televisão colorida	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	BTVCOL ____
B20) Automóvel	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	BAUTO ____
(somente de uso particular)							
B21) Aparelho de ar condicionado (se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	BARCON ____
B22) Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista?				BEMPR ____			
Se sim, quantos?							
(0) Não							
(1) Um							
(2) Dois ou mais							
(9) IGN							

B23) Quantas peças são usadas para dormir? ____ ____ peças (99) IGN	BDORME ____ ____
B24) Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). ____ ____ banheiros (99) IGN	BANHO ____ ____
B25) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês Pessoa 2: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês Pessoa 3: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês Pessoa 4: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês Pessoa 5: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN	BRF1 ____ ____ ____ ____ ____ BRF2 ____ ____ ____ ____ ____ BRF3 ____ ____ ____ ____ ____ BRF4 ____ ____ ____ ____ ____ BRF5 ____ ____ ____ ____ ____
B26) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão, benefício do governo ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ ____ ____ ____ ____ por mês (88888) NSA (99999) IGN	BREOU ____ BRE ____ ____ ____ ____ ____
Quem respondeu ao questionário	quemresp ____
Próprio paciente	
Próprio paciente com ajuda de um familiar (ou cuidador principal)	
Apenas o familiar (ou cuidador principal)	

2. Formulário de Quimioterapia

		ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
FORMULÁRIO QUIMIOTERAPIA			
1. Local tratamento (1) HE		LOCTRA ____	
2. Número do prontuário _____		PRONT _____	
3. Data da coleta: ____ / ____ / _____		DC ____ / ____ / ____	
4. Coletador (a): _____		COLE ____	
5. Nome paciente _____			
6. Cartão SUS _____		CARSUS _____	
7. Data de nascimento: ____ / ____ / ____		DN ____ / ____ / ____	
8. Sexo: (1) masculino (2) feminino		SEXO ____	
9. Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra		COR ____	
10. Nome da mãe: _____			
11. Endereço: _____			
12. Bairro: _____			
13. Município: _____			
HISTÓRIA E EVOLUÇÃO CLÍNICA			
14. Local do câncer (1) Pulmão (2) Esôfago (3) Intestino (4) Mama (5) Estômago (6) Cabeça e pescoço (7) Pâncreas (8) Colo Útero (9) Ovário (10) SNC (11) Próstata (12) Hematológico (13) Primário desconhecido (14) Sarcoma (15) Outros: _____		LOCACAN ____	
15. Tipo histológico _____			
16. Estádio (TNM) primeira APAC (1) I (2) II (3) III (4) IV (9) Ignorado		ESTPRI ____	

17. Estádio (TNM) última APAC (1) I (2) II (3) III (4) IV (9) Ignorado	<i>ESTULT</i> ____
18. CID-10: _____	<i>CID10</i> ____
19. Tempo de diagnóstico antes início tratamento _____ meses (999) Ignorado	<i>TEDIA</i> ____
20. Metástases à distância (primeira APAC) (1) Não (2) loco - regional (3) um órgão (4) dois órgãos (5) três órgãos ou mais (9) Ignorado	<i>METDIS</i> ____
21. Início tratamento Quimioterapia ____/____/____ (99/99/99) Ignorado	<i>INTRAT</i> ____/____/____
22. Finalidade terapêutica primeira APAC (1) curativa (2) prévia (3) adjuvante (4) paliativa (5) controle	<i>FINPRI</i> ____
23. Finalidade terapêutica última APAC (1) curativa (2) prévia (3) adjuvante (4) paliativa (5) controle	<i>FINULT</i> ____
24. Tratamento concluído (1) sim (2) não (9) Ignorado	<i>TRACON</i> ____
25. Tempo de tratamento _____ meses (999) Ignorado	<i>TETRAT</i> ____
26. Interrupção do tratamento (1) sim (2) não (9) ignorado	<i>INTTRAT</i> ____
27. Motivo interrupção tratamento (1) óbito (2) sem condições clínicas (3) decisão paciente/família (9) Ignorado (8) NSA	<i>MOTINT</i> ____
28. Registro de Cirurgia (1) sim (2) não	<i>CIR</i> ____
29. Registro de dor referida (1) sim (2) não	<i>REGDOR</i> ____
30. Intensidade da dor (1) leve (2) moderada (3) intensa (9) ignorado (8) NSA	<i>INTDOR</i> ____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31. Analgesia – registrada no prontuário (1) sim (2) não

ANALPRO ____

32. Analgesia prescrita 2005

Qual: _____ (8)
NSA

ANAL05 ____

33. Analgesia prescrita 2006

Qual: _____ (8)
NSA

ANAL06 ____

34. Analgesia prescrita 2007

Qual: _____ (8)
NSA

34. Analgesia prescrita 2008

Qual: _____ (8)
NSA

Analgésicos

(1) paracetamol (2) dipirona (3) AINE (4) codeína (5) tramadol
(6) morfina (7) metadona (10) fentanil (8) NSA

3. Formulário de Radioterapia

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
FORMULÁRIO RADIOTERAPIA	
1. Local tratamento (1) FAMED (2) CERON 2. Número do prontuário _____ 3. Data da coleta: ____ / ____ / ____ 4. Coletador (a): _____	LOCTRA ____ PRONT ____ DC ____ / ____ / ____ COLE ____
5. Nome paciente _____ 6. Cartão SUS _____ 7. Data de nascimento ____ / ____ / ____ 8. Sexo: (1) masculino (2) feminino 9. Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra 10. Nome da mãe: _____ 11. Endereço: _____ 12. Bairro: _____ 13. Município: _____	CARSUS _____ DANASCI ____ SEXO ____ COR ____
HISTÓRIA E EVOLUÇÃO CLÍNICA	
14. Motivo do atendimento (1) consulta oncológica (2) realizar biópsia (3) retirada de pontos (4) realizar radioterapia (5) outros (9) ignorado 15. Realizou radioterapia (APAC) (1) sim (2) não	MOTIATEN ____ RERADI ____
16. Local do câncer (1) Pulmão (2) Esôfago (3) Intestino (4) Mama (5) Estômago (6) Cabeça e pescoço (7) Pâncreas (8) Colo Útero (9) Ovário (10) SNC (11) Próstata (12) Hematológico (13) Primário	LOCACAN ____

desconhecido	(14) Outros: _____	
17. Tipo histológico		
18. Estádio (TNM) primeira APAC	(1) I (2) II (3) II (4) IV (9) Ignorado	<i>ESTPRIM</i> ____
19. Estádio (TNM) última APAC	(1) I (2) II (3) II (4) IV (9) Ignorado	<i>ESTULT</i> ____
20. CID – 10: _____		<i>CID</i> _____
21. Tempo de diagnóstico antes do início tratamento _____ meses (999) Ignorado		<i>TEDIA</i> ____
22. Metástases à distância 1) Não (2) loco - regional (3) um órgão (4) dois órgãos (4) três órgãos ou mais (9) Ignorado		<i>METDIS</i> ____
23. Início tratamento radioterapia ____ / ____ / ____ (9) Ignorado (8) NSA		<i>INTRAT</i> ____ / ____ / ____
24. Finalidade terapêutica primeira APAC (1) curativa (2) prévia (3) adjuvante (4) paliativa (5) controle (6) anti-algica (7) anti - hemorrágica		<i>FINPRI</i> ____
25. Finalidade terapêutica última APAC (1) curativa (2) prévia (3) adjuvante (4) paliativa (5) controle (6) anti-algica (7) anti - hemorrágica		<i>FINULT</i> ____
26. Tratamento concluído (1) sim (2) não (9) Ignorado		<i>TRATCON</i> ____
27. Tempo de tratamento _____ meses (999) Ignorado		<i>TETRAT</i> ____
28. Interrupção tratamento (1) sim (2) não (9) ignorado		<i>INTTRAT</i> ____
29. Motivo interrupção tratamento (1) óbito (2) sem condições clínicas (3) decisão paciente/família (9) Ignorado (8) NSA		<i>MOTINT</i> ____
30. Registro de cirurgia (1) sim (2) não		<i>CIR</i> ____
31. Registro de dor referida (1) sim (2) não		<i>DORREF</i> ____
32. Intensidade da dor (1) leve (2) moderada (3) intensa (9) ignorado (8) NSA		<i>INTDOR</i> ____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

33. Analgesia registrada no prontuário (1) sim (2) não

ANAREG ____

34. Analgesia prescrita 2005

Qual: _____ (8)
NSA

ANAL05 ____

35. Analgesia prescrita 2006

Qual: _____ (8)
NSA

ANAL06 ____

36. Analgesia prescrita 2007

Qual: _____ (8)
NSA

ANAL07 ____

37. Analgesia prescrita 2008

Qual: _____ (8)
NSA

Analgésicos

(1) paracetamol (2) dipirona (3) AINE (4) codeína (5)
tramadol
(6) morfina (7) metadona (10) fentanil (8) NSA

Anexos

1. Publicações Recentes

1.1. Artigo Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

FRIPP, Julieta Carriconde; FACCHINI, Luiz Augusto e SILVA, Suele Manjourany. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS: Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(1):69-78, jan-mar 2012.

- Artigo referente ao projeto de Mestrado em Saúde Pública Baseada em Evidência, que resultou em dissertação aprovada. O projeto oportunizou a coleta de dados em 2009, visando avaliar o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) e a sobrevivência de pacientes com câncer registrados em APAC.

2. Escala de Avaliação Funcional – ECOG

PS 0	Atividade Normal
PS 1	Sintomas da doença, deambula e leva seu dia a dia normal
PS 2	Fora do leito mais de 50% do tempo
PS 3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos
PS 4	Restrito ao leito

3. Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky

Graduação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas da doença Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e freqüente cuidados médicos
40	Incapacitado , requer cuidados pessoais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, necessidade de tratamento de suporte permanentes, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

4. Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

Mínimo sintoma	Intensidade	Máximo sintoma
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dor
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansaço
Sem náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedade
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sonolência
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem apetite
Maximo bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo mal estar
Sem dispneia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dispneia
Sem insônia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificuldade para dormir

5. Tabela de Distribuição da oferta de serviços de cuidados paliativos nos países da América Latina, 2012

País	Residencia tipo hospicio (por 1 millón de habitantes)	Atención domiciliaria (por 1 millón de habitantes)	Centro comunitario (por 1 millón de habitantes)	Servicios/ Unidades en hospitales de segundo nivel (por 1 millón de habitantes)	Servicios/ Unidades en hospitales de tercer nivel (por 1 millón de habitantes)	Servicios/ Equipos multi-nivel (por 1 millón de habitantes)	Servicios/ Equipos de apoyo hospitalario (por 1 millón de habitantes)	Servicios totales (por 1 millón de habitantes)	Centros de día (por 1 millón de habitantes)	Voluntarios tipo hospicio (por 1 millón de habitantes)
Argentina	11 (0.27)	20 (0.50)	0 (0.00)	1 (0.10)	12 (0.30)	14 (0.35)	80 (1.99)	138 (3.44)	9 (0.22)	2 (0.05)
Bolivia	1 (0.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.10)	1 (0.10)	3 (0.29)	1 (0.10)	9 (0.86)
Brasil	6 (0.03)	24 (0.12)	0 (0.00)	0 (0.00)	16 (0.08)	26 (0.14)	21 (0.11)	93 (0.48)	13 (0.07)	12 (0.06)
Chile	3 (0.17)	4 (0.23)	0 (0.00)	3 (0.17)	0 (0.00)	64 (3.71)	0 (0.00)	74 (4.29)	0 (0.00)	20 (1.16)
Colombia	4 (0.09)	2 (0.04)	0 (0.00)	1 (0.02)	15 (0.33)	3 (0.07)	0 (0.00)	25 (0.54)	0 (0.00)	1 (0.02)
Costa Rica	2 (0.46)	0 (0.00)	17 (3.95)	0 (2.56)	0 (0.00)	43 (10.0)	1 (0.23)	63 (14.65)	7 (1.63)	44 (10.2)
Cuba	0 (0.00)	40 (3.56)	7 (0.62)	0 (0.00)	3 (0.27)	0 (0.00)	1 (0.09)	51 (4.54)	0 (0.00)	0 (0.00)
Ecuador	3 (0.21)	2 (0.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.14)	3 (0.21)	2 (0.14)	12 (0.83)	1 (0.07)	1 (0.07)
El Salvador	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.16)	3 (0.48)	0 (0.00)	4 (0.64)	2 (0.32)	0 (0.00)
Guatemala	2 (0.14)	1 (0.07)	0 (0.00)	0 (0.14)	3 (0.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (0.41)	0 (0.00)	1 (0.14)
Honduras	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.12)	0 (0.00)	1 (0.12)	1 (0.12)	2 (0.24)	1 (0.12)	1 (0.12)
México	9 (0.08)	47 (0.42)	16 (0.14)	28 (0.25)	10 (0.09)	2 (0.02)	0 (0.00)	112 (1.00)	1 (0.01)	13 (0.12)
Nicaragua	0 (0.00)	1 (0.16)	0 (0.00)	0 (0.99)	0 (0.00)	5 (0.82)	7 (1.15)	13 (2.14)	8 (1.32)	1 (0.16)
Panamá	0 (0.00)	2 (0.59)	3 (0.88)	2 (0.59)	1 (0.29)	0 (0.00)	1 (0.29)	9 (2.64)	0 (0.00)	2 (0.59)
Paraguay	1 (0.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.15)	0 (0.00)	2 (0.30)	4 (0.61)	0 (0.00)	1 (0.15)
Perú	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.03)	4 (0.14)	5 (0.17)	0 (0.00)	10 (0.35)	0 (0.00)	1 (0.03)
República Dominicana	1 (0.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.20)	3 (0.30)	2 (0.20)	2 (0.20)	8 (0.80)	0 (0.00)	2 (0.20)
Uruguay	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	7 (2.13)	10 (3.04)	0 (0.00)	19 (5.78)	1 (0.30)	0 (0.00)
Venezuela	2 (0.07)	1 (0.03)	23 (0.79)	8 (0.28)	10 (0.35)	3 (0.10)	0 (0.00)	47 (1.62)	0 (0.00)	2 (0.07)
Total	46 (0.08)	144 (0.26)	66 (0.12)	45 (0.08)	88 (0.16)	185 (0.33)	119 (0.21)	693 (1.23)	44 (0.08)	113 (0.20)

Fonte: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, 2012

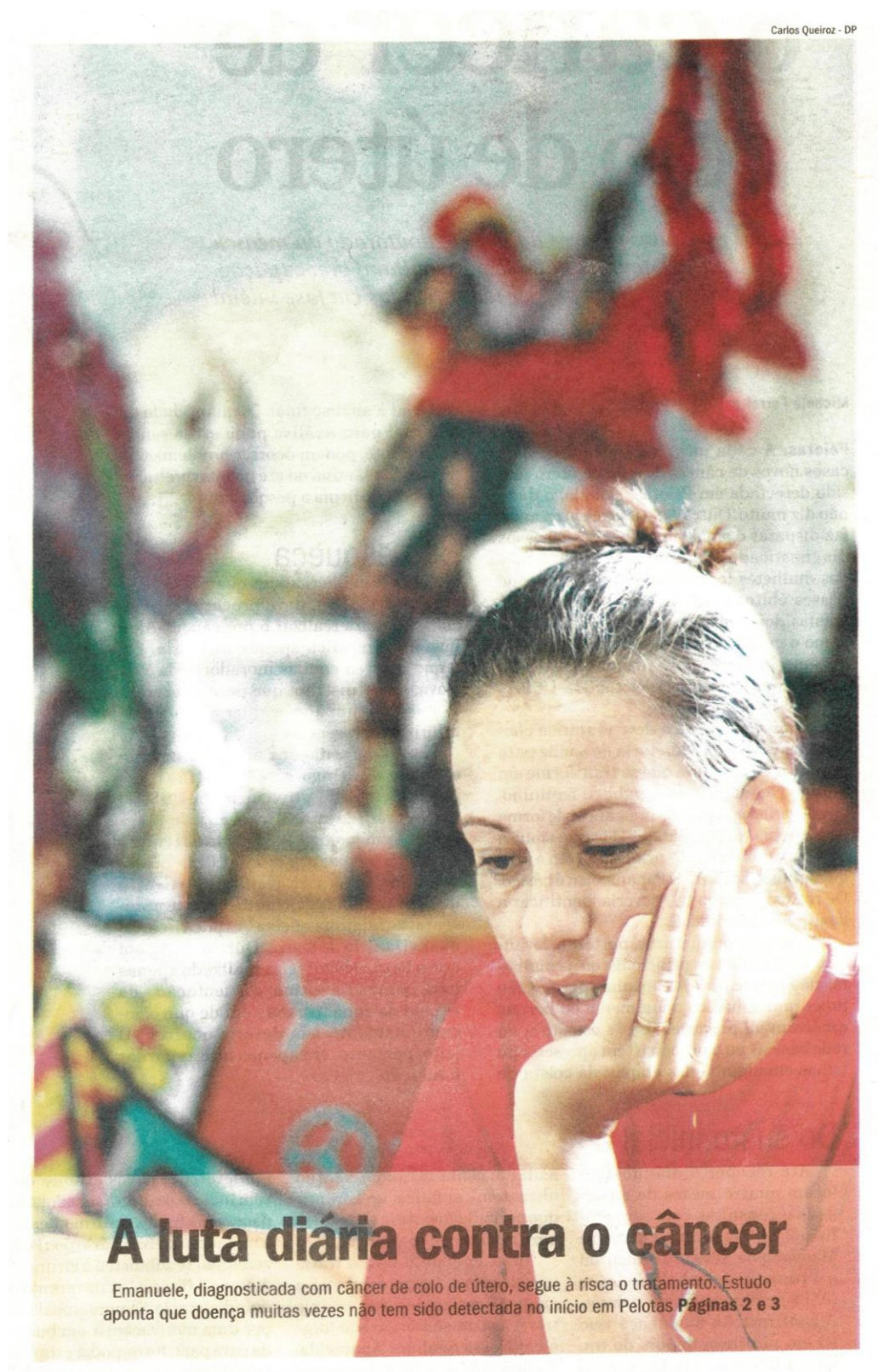
6. Oferta de serviços de cuidados no Brasil, por nível de atenção, 2012

Nível de atenção	Serviços de Cuidados Paliativos			Recursos Cuidados Paliativos	
Primeiro Nível	Serviços exclusivos HOSPICE 6 ATENÇÃO DOMICILIAR 24 CENTRO COMUNITARIO 0	Serviço/equipe Multinível 26		Centro dia 13	voluntariado 12
Segundo Nível (Atenção de média e alta complexidade)	Serviços/unidades exclusivos de hospitais de segundo nível 0		Serviço/equipe de apoio hospitalar 21		
Terceiro Nível (hospital geral ou especializado)	Serviços/unidades exclusivos de hospitais de terceiro nível 16				

Fonte: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, 2012

7. Divulgação ao Público

7.1. Jornal Diário Popular, 6 de janeiro de 2016



Alerta para o câncer de colo de útero

Dados revelados através da tese de doutorado da médica pelotense Julieta Fripp espalham preocupação. Os tumores deveriam ser identificados em fase inicial

Michèle Ferreira

Pelotas. A cada mês, uma média de dois casos novos de câncer de colo de útero tem sido detectada em Pelotas. Isolado, o dado não diz muito. Outra estatística, entretanto, faz disparar o sinal vermelho: dos 90 casos diagnosticados entre 2005 e 2008, 53,3% das mulheres morreram. E, o pior: metade desses óbitos ocorreu em um período de apenas dois anos. A informação desponta como o grande alerta da tese de doutorado da superintendente do Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel), Julieta Carriconde Fripp.

Em breve, a médica deve reunir-se com representantes da Secretaria de Saúde para propor ação conjunta que se transforme em grande chamamento ao público feminino, que deveria ter acesso ao pré-câncer de forma fácil, rápida e de qualidade. "Ficamos muito preocupados com este resultado. Não é algo que se possa aceitar." O Papanicolau é básico. De rotina. E, como tal, deveria identificar a doença em fase inicial.

As mortes prematuras, portanto, levantam duas hipóteses principais: ou as mulheres não têm realizado o exame - porque não procuram o médico anualmente ou porque esbarram na precariedade de estrutura da rede básica - ou o processo tem apresentado falhas em alguma das etapas; da coleta do

material à análise final. "A quantidade de material para análise pode estar sendo insuficiente, podem ocorrer problemas no preparo da lâmina ou até na interpretação do exame", afirma a pesquisadora.

Não esqueça

Toda a mulher, assim que passa ter a vida sexual ativa, deve procurar o ginecologista para realizar o pré-câncer. Algo que, às vezes, fica apenas na teoria. Foi o que ocorreu com as moradoras da Vila Nova, no 7º distrito, que permaneceram exatamente um ano sem ter a chance de priorizar a prevenção.

Sem acomodações adequadas, com espaços multiuso e sem cortinas nas janelas, na sede provisória da UBS, as mulheres ficaram impedidas de fazer exames ginecológicos, de 8 de dezembro de 2014 a 8 de dezembro de 2015. "Só encaminhávamos para avaliação no Centro de Especialidades as mulheres que apresentavam alguma queixa", explica a enfermeira Daniela de Souza. Outros casos, em que o Papanicolau seria realizado apenas para cumprir a rotina, a orientação - da equipe da zona urbana - era de que o encaminhamento não deveria ocorrer. O jeito, portanto, era apenas um: aguardar a solução.

Do susto inicial à fé

Até receber o diagnóstico foram quatro meses de ansiedade e consultas com seis profissionais. Em junho, Emanuele Machado da Silva, 30, procurou o Pronto-Socorro de Pelotas (PSP), com hemorragia e dores. A confirmação da doença veio só em outubro, depois de um exame de toque, que identificou o tumor. "Antes, não apareceu

nada em nenhum exame, nem no ultrassom", enfatiza, ao garantir que periodicamente ia ao médico para realizar o pré-câncer.

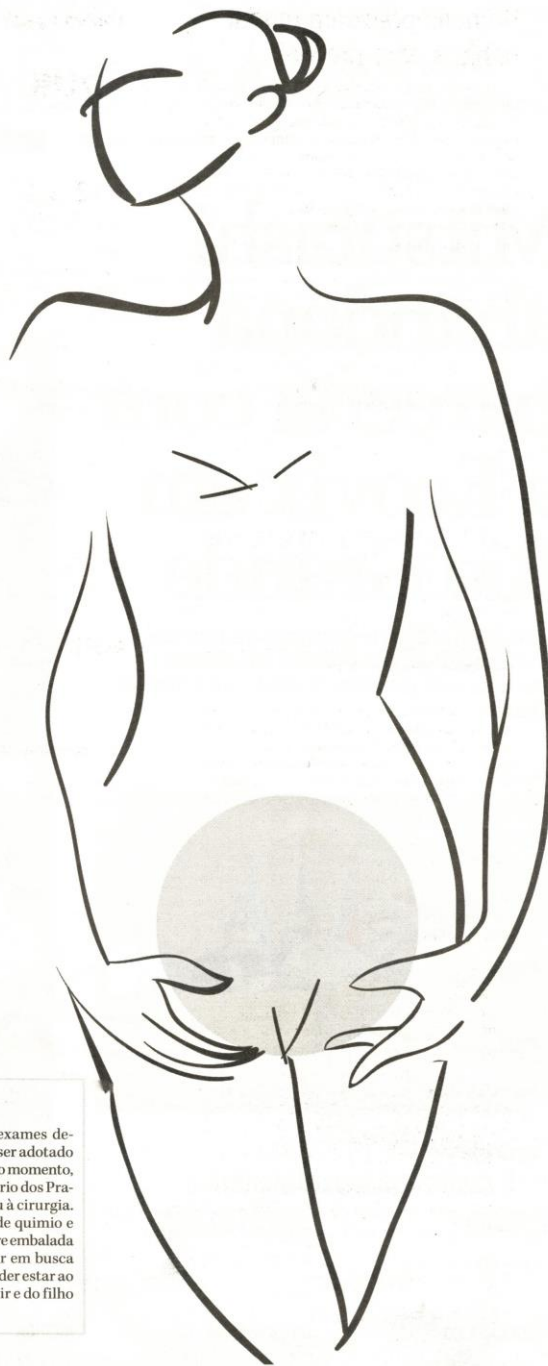
Hoje, enquanto leva o tratamento à risca - para combater o câncer confirmado em estágio três -, agarra-se à fé em São Jorge e em Nossa Senhora Aparecida. "No início foi um baque, mas agora assimilei bem. É preciso acreditar."

Em fevereiro, novos exames devem indicar o rumo a ser adotado daqui para frente. Até o momento, a moradora do Baú da Saúde, em Pelotas, não se submeteu à cirurgia. A etapa é de sessões de quimio e de radioterapia. Sempre embalada por uma motivação: ir em busca da cura para, forte, poder estar ao lado do marido Altemir e do filho Vítor, de 13 anos.

A posição da prefeitura

A coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher, Carmem Viegas, garante que se existe demanda reprimida para o pré-câncer de colo uterino, o fato não se deve à falta de material. A distribuição de lâminas e de fixador é baseada na lista de pedidos solicitados pela coordenação das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e integra a rota semanal de entrega, cumprida de segunda a sexta-feira. Já os espêculos são retirados junto à Farmácia Municipal.

"Se alguém não conseguiu realizar o exame, foram casos pontuais porque não teve falta de material", sustenta. A enfermeira também aproveitou para solicitar que as reclamações sejam feitas pelo telefone (53) 3284-7767, para que o serviço possa ser qualificado.



O trabalho de busca ativa dessas mulheres também é desafio, que pode ser mais facilmente desenvolvido em áreas já cobertas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os agentes comunitários têm contato direto com a população. "Temos também uma questão cultural a ser superada", destaca Carmem. Gestantes em pré-natal, por exemplo, que poderiam ser facilmente captadas para o pré-câncer, não raro, apresentam resistência em querer realizá-lo devido ao tabu de que poderiam perder o bebê. São pontos, portanto, que o Poder Público precisa traçar planos para qualificar.

Homens precisam mudar hábitos para prevenir

O estudo Sobrevida e qualidade de vida de indivíduos com câncer registrados em serviços de alta complexidade no município de Pelotas também constatou: os homens atingiram uma velocidade de morrer 37% maior do que as mulheres. E a explicação é simples: eles estão mais expostos a fatores de risco. Consumo abusivo de álcool, cigarro, baixa atividade física e uma dieta pobre em vegetais e rica em gordura de origem animal, não raro, acabam por colocá-los no alvo de tumores com alto poder de letalidade. São cânceres que matam mais e mais rápido, como os de esôfago, de pulmão e de cabeça e pescoço.

E o estadiamento em que a doença se encontra quando detectada, claro, também faz toda a diferença para o sucesso do tratamento. Daí a importância de os governos investirem pesado em políticas públicas de prevenção, para diagnosticá-la enquanto há tempo de estancá-la.



Conheça melhor a pesquisa

A tese de doutorado, defendida este mês, é inédita no Brasil no que diz respeito à análise de sobrevida de pacientes com câncer em municípios de porte médio. O estudo oportuniza, portanto, caracterizar de forma mais aprofundada a epidemiologia do câncer em Pelotas.

Para realizar a pesquisa, a médica Julieta Fripp centrou atenção no período de 2005 a 2008 e identificou 4,8 mil Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apacs), entre os serviços prestados pelo HE-UFPe e a Santa Casa de Misericórdia. Desse total de pacientes, 2.602 eram de Pelotas.

Para viabilizar o trabalho, a vice-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos dividiu a atenção entre dados de prontuários médicos e do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e a aplicação de questionário.

As 26 perguntas foram respondidas por 311 pessoas; o equivalente a um terço dos sobreviventes. A previsão é de que as informações sirvam de base a novos artigos científicos e novas análises sobre a qualidade de vida desses pacientes.

A orientação do doutorado ficou a cargo do médico Luiz Augusto Facchini. O enfermeiro Bruno Nunes assinou como co-orientador. Ambos são doutores em Epidemiologia.

O estudo foi desenvolvido através do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPe.



Emanuel segue o tratamento à risca

Confira o perfil dos sobreviventes



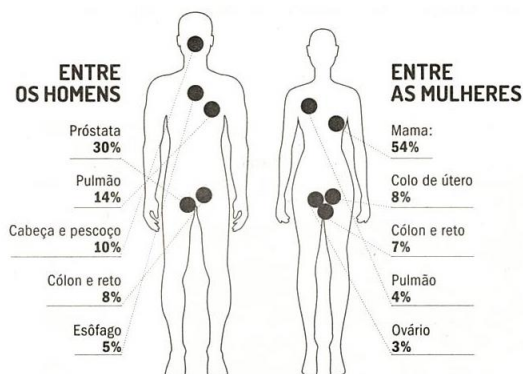
A amostra analisada através de entrevistas foi de 311 pessoas. Se considerado o total de pacientes, inclusive os que morreram, o perfil se assemelha: a maioria é de idosos, 55% são mulheres e 90% brancos; 47% não possuíam metástases e 54% se submeteram à cirurgia para retirada do tumor.

Qual a percepção que tinham sobre a vida, em quatro quesitos?

* Precisa melhorar / está em situação regular:



Os cinco tipos de câncer mais incidentes, por sexo



Os dados tomaram como base todos os pacientes atendidos pelas duas instituições (HE e Santa Casa) entre os anos de 2005 a 2008, mas 23% deles tinham recebido o diagnóstico antes de 2005; alguns ainda nos anos 1990.

Fique atento

Além da localização do tumor, o estágio em que se encontra quando detectado, também está diretamente ligado ao sucesso do tratamento.

81,6% dos pacientes em que o estadiamento da doença estava nos níveis 1 e 2 sobreviveram ao período de cinco anos. Já a sobrevida em cinco anos caiu para 57,7% entre os cidadãos em que o estadiamento estava entre os níveis 3 e 4.

No Brasil, os tumores de colo de útero correspondem a 5,7% dos cânceres femininos. Em países desenvolvidos, os índices despencam. Confira Estados Unidos (1,7%) e Austrália (1,5%).

Em Pelotas, uma média de 612 mortes por câncer é registrada, por ano; o equivalente a 20,3% do total. O dado está bem acima do panorama nacional, em que os cânceres respondem por 15,7% dos óbitos.

Em geral, 750 casos novos da doença são diagnosticados por ano em Pelotas. Se contabilizada toda a Zona Sul, esse número chega aos 1.250 novos casos, por ano.