

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
(IMIP)**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**Avaliação dos cuidados de fim de vida e da mortalidade por câncer em um hospital
de ensino da rede de atenção oncológica de Pernambuco.**

Artigo a ser apresentado no Congresso Científico do IMIP como um dos requisitos para finalização do programa de iniciação científica e trabalho de conclusão de curso da graduação em Medicina da FPS.

Estudante PIBIC: Deyse Cintra de Melo

Alunos colaboradores: Vitoria Lorena dos Santos Batista
Victoria Rodrigues Granja Alencar

Orientadora: Maria Júlia Gonçalves de Mello

Co-orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima

Recife, 2013

Deyse Cintra de Melo¹, Vitoria Lorena Batista dos Santos², Victoria Rodrigues Granja Alencar³, Maria Júlia Gonçalves de Mello⁴, Jurema Telles de Oliveira Lima⁵.

¹ Acadêmica. Departamento de Medicina, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

End.: Departamento de Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde.

Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.

E-mail: dey_cintra@hotmail.com.

² Acadêmica. Departamento de Medicina, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

End.: Departamento de Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde.

Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.

Email: vitoria_lorena@hotmail.com.

³ Acadêmica. Departamento de Medicina, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

End.: Departamento de Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde.

Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.

Email: victoria_alencar@hotmail.com.

⁴ Pesquisadora e docente da pós graduação do IMIP, tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos associado à Residência em Saúde do IMIP

End.: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300 -
Boa Vista, Recife – PE. CEP 50070-550.

Email: mjuliagmello@gmail.com

⁵supervisora de residência médica em cancerologia do IMIP, tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, oncologista clínico e coordenadora do serviço de oncologia clínica do IMIP.

End.: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300 -
Boa Vista, Recife – PE. CEP 50070-550.

E-mail: jurema@imip.org.br

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema de saúde pública, correspondendo a mais da metade de todas as mortes ocorridas no mundo e aproximadamente 70% das mortes no Brasil, atingindo principalmente a população de baixa renda e escolaridade, além de grupos vulneráveis, como os idosos. Dentre essas doenças, destaca-se o câncer, segunda causa de morte entre brasileiros, com uma projeção de tornar-se a primeira nas próximas décadas. O acesso e a continuidade de cuidados na rede de atenção oncológica enfrentam grandes desafios que refletem em adesão tardia destes pacientes aos serviços especializados, maior mortalidade e falha no planejamento e na oferta dos cuidados de fim de vida/paliativos. Ademais, os cuidados necessários no último ano de vida representam um ponto crucial para o sistema de saúde e a forma fragmentada como são ofertados está muitas vezes aquém do ideal para cada paciente e seus familiares. Assim, a análise de dados de mortalidade e dos cuidados de fim de vida neste contexto de rápidas mudanças pode ajudar no estabelecimento de prioridades e organização da linha de cuidados no intuito de melhorar a qualidade de vida, prevenir o sofrimento e reduzir a mortalidade por câncer. **Objetivo:** Analisar a mortalidade por câncer no IMIP no período de seis anos (2008 a 2013) e os cuidados de fim de vida ofertado a estes pacientes. **Método:** Estudo transversal e descritivo acerca das características clínico-epidemiológicas dos pacientes matriculados no IMIP que vieram a óbito por câncer no período de 2008 a 2013, utilizando dados da declaração de óbito e do NEPI. **Resultados:** Nos anos que fizeram parte do estudo, foram analisados um total de 2076 pacientes que vieram a óbito por câncer, sendo 186 pacientes em 2008, 218 em 2009, 232 em 2010, 379 em 2011, 509 em 2012 e 552 em 2013. Dentre esses pacientes, os sítios primários de tumor mais prevalentes localizaram-se no aparelho digestivo (29%), aparelho ginecológico (15%), aparelho respiratório (12%), mama (10%), aparelho hematopoiético (7%) e SNC (2%), enquanto as demais topografias corresponderam a 10% do total. Em relação ao local de óbito, 42,3% dos pacientes em estudo foram a óbito na enfermaria de oncologia, 22,1% na UTI, 23,5% no setor de cuidados paliativos, 6,8% no serviço de pronto atendimento e 5,2% nas demais localidades. **Conclusão:** Observou-se um número cada vez maior de óbitos no setor de cuidados paliativos, paralelo a uma queda dos óbitos na enfermaria de oncologia. Apesar da evidente melhora na oferta de cuidados de fim de vida, os mesmos ainda não atendem a demanda existente. Isso resulta em sobrecarga de outros setores, onde se observa aumento progressivo de mortes no SPA, e na UTI. Além disso, foi evidenciado que um número reduzido de pacientes foram a óbito em domicílio nos anos estudados.

Palavras-chave: câncer, mortalidade, cuidados paliativos, cuidados de fim de vida.

ABSTRACT

Introduction: chronic noncommunicable diseases (NCDs) are a major public health problem, accounting for over half of all deaths worldwide and approximately 70% of deaths in Brazil, affecting mainly people with low income and education, as well vulnerable groups like the elderly. Among these diseases, there is cancer, the second leading cause of death among Brazilians, with a projection of becoming the first in the coming decades. Access and continuity of care in oncology face major challenges reflecting in late accession of these patients to specialized services, higher mortality and failure in the planning and provision of care for end of life/palliative care. Moreover, the necessary last year of life care is a crucial point for the health system and the fragmented way they are offered is often suboptimal for each patient and their families. Thus, the analysis of mortality data and end of life care in this context of rapid change can help in setting priorities and organization of care line in order to improve the quality of life, prevent suffering and reduce cancer mortality. **Objective:** To analyze cancer mortality in the IMIP over six years (2008-2013) and end of life care offered to these patients. **Methods:** Cross-sectional and descriptive on the clinical and epidemiologic characteristics of patients registered in the IMIP that had died from cancer in the period 2008-2013, using data from death certificates and NEPI. **Results:** In the years that were part of the study, a total of 2076 patients who died from cancer were analyzed. In this group, 186 patients died in 2008, 218 in 2009, 232 in 2010, 379 in 2011, 509 in 2012 and 552 in 2013. among these patients, the most prevalent primary tumor sites were located in the digestive tract (29%), gynecologic instrument (15%), respiratory (12%), breast (10%), hematopoietic apparatus (7%) and CNS (2%), while the other topographies corresponding to 10% of the total. Regarding the place of death, 42.3% of patients in the study died in the oncology ward, ICU 22.1%, 23.5% in the palliative care sector, 6.8% in the emergency service and 5.2% in other locations. **Conclusions:** It was observed an increasing number of deaths in palliative care sector, parallel to a decrease of deaths in the oncology ward. Despite the obvious improvement in provision of end of life, they still do not attend the existing demand. This results in overloading of other sectors, which shows a progressive increase in deaths in the SPA, and ICU. Furthermore, it was shown that a small number of patients died at home in the years studied

Keywords: cancer, mortality, palliative care, the end of life care

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema de saúde pública, correspondendo a cerca de 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e aproximadamente 70% das mortes no Brasil, atingindo principalmente a população de baixa renda e escolaridade, além de grupos vulneráveis, como os idosos. Dessa forma, as DCNT acarretam em perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das atividades diárias, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias e para a sociedade^{1,2}.

Nesse contexto, o câncer destaca-se como uma doença crônica não transmissível responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo e cerca de 15,6% das mortes por DCNT no Brasil. Segundo dados de mortalidade do INCA, o Nordeste é a segunda região com maior número de mortes por câncer entre 2008 e 2010, aproximadamente 102.525, sendo Pernambuco responsável por 20.254 desses casos³.

Assim, o câncer constitui um problema de saúde pública tanto para o mundo desenvolvido como para nações em desenvolvimento. O aumento de sua incidência pode ser explicado pelas atuais alterações demográficas, que indicam redução das taxas de mortalidade e natalidade, prolongamento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. No Brasil, essa transição demográfica sugere uma nova distribuição dos diferentes tipos de câncer, de modo que ao mesmo tempo em que é nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata, cólon e reto – simultaneamente, têm-se taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral⁴.

Na área de Oncologia, o Sistema Único de Saúde (SUS), busca atender de uma forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna. Assegurado pela Portaria GM/MS 2.439, o SUS instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a formação de uma Rede de Atenção Oncológica regional e estadual, com o objetivo de adequar a prevenção e a conduta às necessidades de cada região do País. Essa rede é composta por estabelecimentos de alta complexidade – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que abrangem sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos – de modo a obter resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer que perdura por décadas em nosso país⁵. Credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, é considerado um centro de referência em tratamento de câncer do Nordeste⁶. Nesse contexto, observou-se que o serviço de oncologia do IMIP vem em um crescimento exponencial, no período compreendido entre 2003 a 2013, com um aumento de 1369,6% na área da cirurgia oncológica e de 865,9% na área de tratamento antineoplásico, o que implica em demandas complexas, crescentes e ainda não estudadas.⁷

Como um todo, a rede de atenção oncológica tem muitos desafios a vencer para atingir seus objetivos. O acesso e a continuidade de cuidados nessa rede necessitam ser ampliados e qualificados de modo a refletir na melhor qualidade de vida, prevenção do sofrimento e redução da mortalidade por câncer⁸. Atualmente, a maioria dos pacientes admitidos nos centros de referência de tratamento oncológico no Brasil apresentam

estadiamento avançado de suas doenças (EST III e IV)⁹, sendo fundamental o seu acesso aos cuidados paliativos e de fim de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. Já os cuidados de fim de vida referem-se em geral, aos últimos dias ou últimas 72 horas de vida. O reconhecimento desta fase pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito¹⁰.

Assim, os cuidados paliativos não devem ser restritos à fase final da doença, mas oferecidos a partir do diagnóstico de câncer, sendo concomitantes ao tratamento oncológico ativo. Essa abordagem multidisciplinar, reforçada pelo INCA, permite que o paciente viva o mais ativamente possível até sua morte, além de oferecer também suporte psicossocial para o doente e sua família¹⁰.

Esta pesquisa visa analisar a mortalidade por câncer em um hospital de ensino, cadastrado como CACON da rede de atenção oncológica de Pernambuco, o IMIP, bem como os cuidados de fim de vida e o tempo decorrido entre o acesso ao tratamento e o óbito desses pacientes. Para esse objetivo, serão avaliados dados clínico-epidemiológicos obtidos através dos dados secundários (declaração de óbito e prontuários) e do sistema de informação de mortalidade (SIM).

Método

Estudo transversal e descritivo acerca das características clínico-epidemiológicas dos pacientes matriculados no IMIP que vieram a óbito por câncer no período de 2008 a 2013. O IMIP é um hospital de ensino e pesquisa que atende exclusivamente pacientes do sistema único de saúde(SUS) e faz parte da rede de atenção oncológica de Pernambuco sendo o único, nesta rede, reconhecido como CACON. Disponibiliza toda uma estrutura para o atendimento integral do paciente oncológico¹¹.

As variáveis coletadas para o estudo foram os dados disponíveis na declaração de óbito que incluía idade, sexo, procedência, data do óbito, causa primária (neoplasia) e aquelas de interesse específico do NEPI como data de admissão do último internamento no IMIP, setor hospitalar ou domiciliar do óbito.

Os dados foram coletados em planilha específica do Excel construída para o estudo. A análise descritiva utilizou tabelas e gráficos com a distribuição de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas.

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP sob o número 3648-13. Foi obtida dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de dados secundários de pacientes que foram a óbito organizados pelo NEPI do IMIP.

Resultados

Dentre os anos que fizeram parte do estudo, foram analisados um total de 2076 pacientes que vieram a óbito por câncer. A distribuição destes pacientes de acordo com o ano do óbito está apresentada na tabela 1. Desses, 52,2% tinham 60 anos ou mais, sendo 57,5% do sexo feminino. Considerando a procedência, foram de Recife (39,1%) ou da região metropolitana (37,8%) e 23,1% de outras localidades.

Os sítios primários de tumor mais prevalentes foram os do aparelho digestivo (29%), aparelho ginecológico (15%), aparelho respiratório (12%), mama (10%), aparelho hematopoiético (7%) e SNC (2%). As demais topografias corresponderam a 10% do total. (Figura 2)

Em relação ao local de óbito, na enfermaria de oncologia faleceram 82,3% dos pacientes em 2008, 73,4% em 2009, 68,6% em 2010, 47% em 2011, 29,3% em 2012 e 14,3% em 2013. Nenhum paciente foi a óbito no setor de cuidados paliativos nos anos 2008, 2009 e 2010, 24,3% foram a óbito em 2011, 31,5% em 2012 e 42,8% em 2013. No SPA ocorreram entre 0 e 0,5% nos anos de 2008, 2009 e 2010, passando posteriormente para 1,3% em 2011, 9,6% em 2012 e 15,8% em 2013. O número absoluto de pacientes que vieram a óbito na UTI quadruplicou do início ao fim do período do estudo (30 em 2008 versus 118 em 2013). A prevalência de falecidos em domicílio corresponde a 2,2% em todo o período em análise. (Tabela 1 e Figura 1)

Considerando o tempo de permanência no último internamento hospitalar, foi observada uma mediana de 9,5 em 2008, 8,0 em 2009, 10,0 em 2010 e 2011.

Discussão

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano¹. Dentre elas, o câncer se destaca por ser a única que continua a crescer independente do país ou continente, mostrando-se responsável por uma entre dez mortes nos países em desenvolvimento¹². No Brasil, o câncer corresponde ainda a segunda maior causa de óbito na população^{13,14}.

O aumento da incidência e da mortalidade por câncer deve-se, entre outros fatores a melhoria de condições sócio econômica, a diminuição das doenças infecciosas, melhoria do tratamento que determinaram maior longevidade. Isso pode ser evidenciado no presente estudo no qual se observou que o número de pacientes com mais de 60 anos que foram a óbito praticamente quadruplicou no intervalo de 2008 a 2013. Esse aumento da expectativa de vida, exige o avanço da qualidade dos cuidados destinados a pessoas com fragilidades, especialmente em decorrência do crescimento considerável de comorbidades^{14,15}. Neste cenário, os cuidados de fim de vida têm se mostrado crescentes e exigentes para os sistemas e instituições de saúde, sendo necessário rever práticas atuais e reestruturá-las na lógica de linha de cuidado e da assistência integral¹⁵.

Os cuidados paliativos representam uma abordagem multidisciplinar que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e familiares na presença de doenças graves e com sintomas estressantes. A oferta oportuna de cuidados paliativos tem demonstrado a capacidade também de melhorar a qualidade do cuidado e a satisfação do paciente e dos seus familiares com os serviços de saúde, além de reduzir custos globais e até mesmo melhorar a sobrevivência global^{16,17}. Assim, essa assistência deve ser oferecida tanto em instituições de saúde, como na própria residência, desde o diagnóstico da doença terminal até o momento da morte¹⁸. No nosso serviço, o núcleo de cuidados paliativos é um setor novo e portanto ainda não possui uma estrutura adequada à

demanda existente, tanto sob o ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. Porém, sua abertura e consolidação vem qualificando e ampliando os cuidados de fim de vida ofertados aos pacientes oncológicos, além de ser cenário de prática e formação de recursos humanos. Na literatura são relatados os desafios na mudança de cultura na lógica de cuidados para a implementação plena de serviços de cuidados paliativos¹⁸, sendo necessário um processo contínuo até sua consolidação.

No nosso meio, a maioria dos indivíduos com câncer procura a rede pública de serviços com a doença em estágio avançado e fora de possibilidade terapêutica, o que contribui para a sobrecarga do setor de oncologia¹². Os profissionais de saúde, em geral, encontram muita dificuldade em mudar uma visão exclusivamente curativa e em reconhecer quando o paciente se encontra em fase terminal¹⁵, o que os leva a encaminhar tardiamente estes pacientes a equipes de cuidados paliativos. Esse tipo de postura é prejudicial à qualidade de vida de pacientes e familiares, que não recebem o cuidado integral necessário e em tempo oportuno^{16,19}.

No IMIP, o núcleo de cuidados paliativos foi implantado em 2010. Assim, nos anos subsequentes foi observado um número cada vez maior de óbitos nesse setor, paralelo a uma queda dos óbitos na enfermaria de oncologia. Apesar da evidente melhora na oferta de cuidados de fim de vida, os mesmos ainda não atendem a procura existente, o que resulta na necessidade de outros setores se organizarem para o atendimento humanizado de fim de vida, como evidenciado nesse estudo, onde se observa aumento progressivo de mortes no SPA, passando de 5 (1,3%) em 2011 para 87 pacientes (15,8%) em 2013. Isso reflete no aumento da demanda e falta de leitos, bem como na admissão de pacientes apenas no momento de cuidados de fim de vida – ora por questões culturais, ora por questões de organização da linha de cuidados.

A primeira década deste século viu um aumento constante nas admissões de emergência para pessoas com câncer²⁰. Apesar disso, profissionais de saúde que atuam nas urgências podem não estar familiarizados com as demandas atuais do paciente oncológico e dos cuidados de fim de vida, levando a riscos para os mesmos ao longo da via de cuidados agudos desde retardo na instituição de medidas de emergência a prática de condutas desproporcionais no cuidado de fim de vida²¹. Assim, a gestão do cuidado rápida e correta é necessária e doentes e profissionais de saúde podem ser preparados para a possibilidade de um desenvolvimento agudo em relação ao câncer subjacente ou como uma consequência do tratamento²².

O número de pacientes oncológicos no cenário da terapia intensiva tem crescido em todo mundo. Neste trabalho, foi observado que a quantidade de pacientes na UTI praticamente quadruplicou em seis anos, acompanhada de um aumento na oferta de leitos. A maior utilização desse setor reflete um maior uso de tratamentos quimioterápicos e cirúrgicos mais agressivos²³ e levanta também a necessidade da qualificação do cuidado paliativo ofertado neste cenário²⁴. Soma-se a isso um crescimento importante dos pacientes oncohematológicos e tumores gastrointestinais no IMIP durante o período estudado, além de um perfil clínico onde há cada vez mais idosos com comorbidades e doença avançada, o que explica em parte este aumento do cenário da terapia intensiva.

Os conhecimentos atuais da oferta de cuidados paliativos apontam que o modelo não deve ser centrado apenas no especialista, pois além de não haver profissionais suficientes, a demanda é cada vez maior. Portanto, muitos elementos de cuidados paliativos podem e devem ser prestados por outros especialistas ou generalistas clínicos. Como parte dessa expansão prevista para o fornecimento de cuidados paliativos, é preciso um modelo de atenção onde haja uma rede de cuidados primários

(ofertados por todos os médicos), e uma unidade especializada (para gestão de casos mais complexos e difíceis, formação e capacitação de recursos humanos), de modo que eles possam coexistir e apoiar uns aos outros e o paciente seja acolhido nos cuidados de fim de vida independentemente do cenário de cuidado ²⁴.

A atenção domiciliar do IMIP foi implantada recentemente e encontrava-se disponível apenas para os pacientes procedentes de Recife (39,1%), o que contribuiu para o reduzido número de óbitos nesse setor, cerca de 45 pacientes em seis anos, o que corresponde a apenas 2,2% da população observada. Enquanto na Itália, as mortes em domicílio corresponderam a 58% no ano de 2003²⁵ e na Inglaterra a cerca de 25% durante o período de 1993-2010²⁶. Embora o cuidado domiciliar seja um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final da vida, a grande maioria teme ficar desassistida com sintomas mal controlados e com sofrimento insuportável²⁷. Isso ocorre porque a assistência domiciliar no Brasil ainda enfrenta obstáculos, como a implantação de modelo ideal com diversos níveis de complexidade e integração na rede de cuidados, como a falta de profissionais capacitados e recursos materiais disponíveis²⁸.

Os resultados demonstram o crescimento da demanda de cuidados de fim de vida em pacientes oncológicos na instituição, não apenas quantitativamente, mas em complexidade, revelando-se um cenário desafiador, onde a consolidação do serviço de cuidados paliativos tem papel central não só na assistência, mas também na educação permanente dos recursos humanos e na organização e integração de cuidados ofertados em todos os cenários envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Declaração Brasileira para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.

2-Brasil, Ministério da Saúde, Portal da Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Vigilância de de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877.

Acessado em 06 de abril de 2013.

3- Brasil, Ministério da Saúde, INCA, Vigilância do Câncer e Fatores de Risco. Atlas de Mortalidade por Câncer. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo02.action>. Acessado em 06

de abril de 2013.

4- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto

Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acessado em 06

de abril de 2013.

5- Brasil. Ministério da Saúde (2013) Portaria Nº 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/infodae_oncologia.pdf. Acessado em 06 de junho de 2014.

6-Brasil, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. No Dia Nacional do Combate ao Câncer, o Serviço de Oncologia do IMIP anuncia a ampliação do atendimento (citado em 27 de Novembro de 2012). Disponível em:

<http://www.informazione3.com.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/2204.html>.

Acessado em 06 de abril de 2013.

7- Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

8- Kligerman J. A Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia - Volume 46 nº4 Out/Nov/Dez 2000. Disponível

em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/editorial.html. Acessado em 06 de abril de 2013.

9-Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer. Acessado em 16 de abril de 2013.

10- Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474. Acessado em 06 de abril de 2013.

11- Brasil. portaria nº 2.947, de 21 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário oficial da união, Brasília, DF. 21 de dezembro de 2012. Seção 1, p. 71

12- Corrêa R, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos : elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.

13- Wittmann-Vieira, R; Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisão [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010

14- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: The Lancet - Saúde no Brasil. [citado 20 jul 2011]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

15- Ferreira, S.M.D. Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. Revista Kairós: Gerontologia. 2013;16(5):293-308.

16-Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with meta- static non–small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363:733-42.

17- Timothy E. Quill, M.D., and Amy P. Abernethy, M.D. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. N Engl Med 368;13.march 28, 2013.

18- Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. J Clin Oncol 2010;25:4013–17

- 19- Kappaun NR, Gomez CM. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2549-2557.
- 20- Moreira LM, Ferreira RA, Costa Junior AL, (2012). Discussão de protocolo para lidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011
- 21- Royal College of Physicians and Royal College of Radiologists. *Cancer patients in crisis: responding to urgent needs*. Report of a working party. London: RCP, 2012
22. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. *Can Med Assoc J* 2010;182:563–8.
- 23- Salluh Jorge I. F., Soares Márcio. Políticas de admissão de pacientes oncológicos na UTI: hora de rever os conceitos. *Rev. bras. ter. intensiva* [serial on the Internet]. 2006 Sep [cited 2014 Aug 15]; 18(3): 217-218. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000300001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300001>.
- 24- Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014 Jun 26;370(26):2506-14. doi: 10.1056/NEJMra1208795.
- 25 – Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *Journal of epidemiology and community health*. 2006;60(5):412-6. doi:10.1136/jech.2005.043646.
- 26- Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higginson IJ. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS medicine*. 2013;10(3):e1001410. doi:10.1371/journal.pmed.1001410.

27- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_6_vol_2_cuidados_paliativos_final.pdf . Acessado em 06 de agosto de 2014.

28- Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum*. 2012; v. 34, n. 1, p. 85-93.

Tabela 1- Distribuição de frequência das variáveis demográficas e clínicas de acordo com o ano da ocorrência do óbito – Oncologia IMIP, 2008 - 2013

| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | TODOS | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| TOTAL DE PACIENTES | 186 | | 218 | | 232 | | 379 | | 509 | | 552 | | 2076 | |
| IDADE | | | | | | | | | | | | | | |
| • <60 ANOS | 101 | 54,3 | 109 | 50 | 124 | 53,5 | 177 | 46,7 | 229 | 44,9 | 227 | 41,1 | 993 | 47,8 |
| • ≥60 ANOS | 85 | 45,7 | 109 | 50 | 108 | 46,5 | 202 | 53,3 | 280 | 55,1 | 325 | 58,9 | 1083 | 52,2 |
| SEXO | | | | | | | | | | | | | | |
| • MASCULINO | 57 | 30,6 | 95 | 43,6 | 89 | 38,4 | 156 | 41,2 | 233 | 45,8 | 253 | 45,8 | 883 | 42,5 |
| • FEMININO | 129 | 69,4 | 123 | 56,4 | 143 | 61,6 | 223 | 58,8 | 276 | 54,2 | 299 | 54,2 | 1193 | 57,5 |
| LOCAL OBITO | | | | | | | | | | | | | | |
| • ONCOLOGIA | 153 | 82,3 | 160 | 73,4 | 159 | 68,6 | 178 | 47,0 | 149 | 29,3 | 79 | 14,3 | 878 | 42,3 |
| • UTI | 30 | 16,1 | 38 | 17,4 | 51 | 22,0 | 90 | 23,7 | 132 | 26,0 | 118 | 21,4 | 459 | 22,1 |
| • CP | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 92 | 24,3 | 160 | 31,5 | 236 | 42,8 | 488 | 23,5 |
| • DOMICILIAR | 0 | 0,0 | 7 | 3,2 | 14 | 6,0 | 7 | 1,8 | 8 | 1,6 | 9 | 1,6 | 45 | 2,2 |
| • SPA | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 5 | 1,3 | 49 | 9,6 | 87 | 15,8 | 142 | 6,8 |
| • AMBULATÓRIO | 1 | 0,5 | 4 | 1,8 | 7 | 3,0 | 3 | 0,8 | 2 | 0,4 | 6 | 1,1 | 23 | 1,1 |
| • HEMATO | 0 | 0,0 | 7 | 3,2 | 1 | 0,4 | 3 | 0,8 | 1 | 0,2 | 3 | 0,5 | 15 | 0,7 |
| • OUTROS | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 7 | 1,4 | 14 | 2,5 | 25 | 1,2 |
| PROCEDÊNCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| • RECIFE | 89 | 47,8 | 93 | 42,7 | 95 | 41,1 | 151 | 39,8 | 178 | 35,0 | 205 | 37,1 | 811 | 39,1 |
| • RMR | 64 | 34,4 | 84 | 38,5 | 87 | 37,7 | 144 | 38,0 | 204 | 40,0 | 202 | 36,6 | 785 | 37,8 |
| • OUTROS | 33 | 17,8 | 41 | 18,8 | 49 | 21,2 | 84 | 22,2 | 127 | 25,0 | 145 | 26,3 | 479 | 23,1 |
| LOCAL PRIMÁRIO DE TUMOR | | | | | | | | | | | | | | |
| • MAMA | 32 | 17,2 | 29 | 13,3 | 20 | 8,6 | 34 | 9,0 | 44 | 8,6 | 37 | 6,7 | 196 | 9,4 |
| • AP GINECOLÓGICO | 36 | 19,4 | 35 | 16,1 | 45 | 19,4 | 60 | 15,8 | 64 | 12,6 | 80 | 14,5 | 320 | 15,4 |
| • AP DIGESTÓRIO | 49 | 26,3 | 54 | 24,8 | 50 | 21,6 | 116 | 30,6 | 160 | 31,4 | 179 | 32,4 | 608 | 29,3 |
| • AP GENITOURINÁRIO | 13 | 7,0 | 21 | 9,6 | 23 | 9,9 | 39 | 10,3 | 50 | 9,8 | 59 | 10,7 | 205 | 9,9 |
| • AP RESPIRATÓRIO | 14 | 7,5 | 17 | 7,8 | 24 | 10,3 | 39 | 10,3 | 66 | 13,0 | 82 | 14,9 | 242 | 11,7 |
| • AP HEMATOPOIÉTICO | 9 | 4,8 | 31 | 14,2 | 15 | 6,5 | 33 | 8,7 | 34 | 6,7 | 31 | 5,6 | 153 | 7,4 |
| • SNC | 5 | 2,7 | 6 | 2,8 | 9 | 3,9 | 7 | 1,8 | 8 | 1,6 | 4 | 0,7 | 39 | 1,9 |
| • OUTROS | 28 | 15,1 | 25 | 11,5 | 46 | 19,8 | 51 | 13,5 | 83 | 16,3 | 80 | 14,5 | 313 | 15,1 |

CP =CUIDADOS PALIATIVOS; SPA=SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO; UTI=UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA; RMR=REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE; SNC= SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Tabela 2 - Intervalo de tempo em dias entre admissão e óbito no último internamento de pacientes oncológicos - Oncologia IMIP, 2008 - 2011

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------|--------|--------|-------|-------|
| • Número de pacientes | 124 | 212 | 216 | 368 |
| • EXTREMOS | 0-136 | 0-167 | 0-167 | 0-155 |
| • MEDIANA | 9,5 | 8,0 | 10,0 | 10,0 |
| • IIQ | 4-19,5 | 2-21,5 | 4-20 | 4-22 |
| • MÉDIA | 15,2 | 17,2 | 15,9 | 15,6 |
| • DESVIO-PADRÃO | 19,3 | 26,0 | 19,7 | 17,0 |

Figura 1A

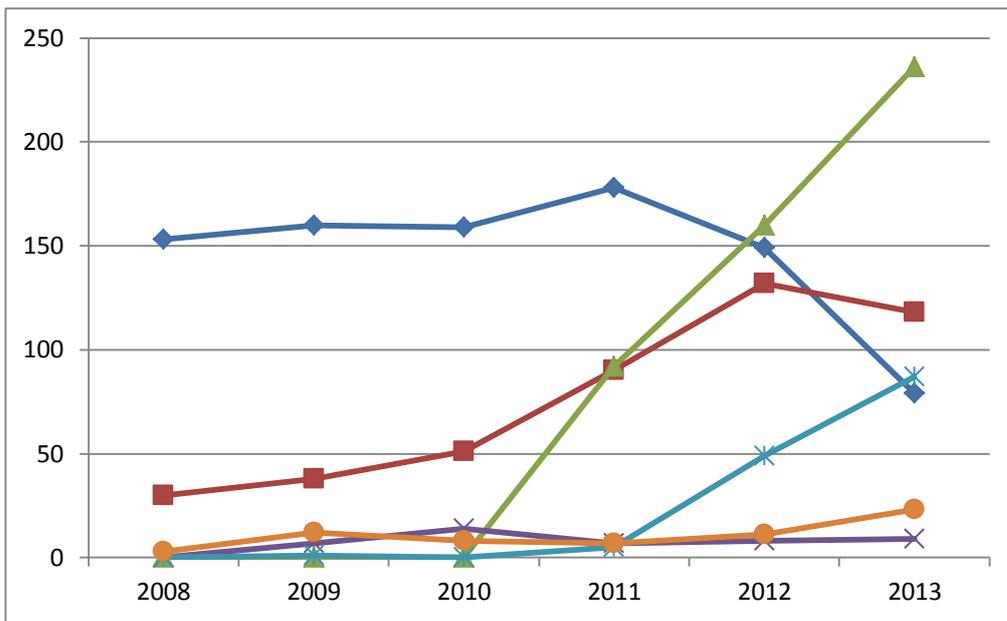


Figura 1B

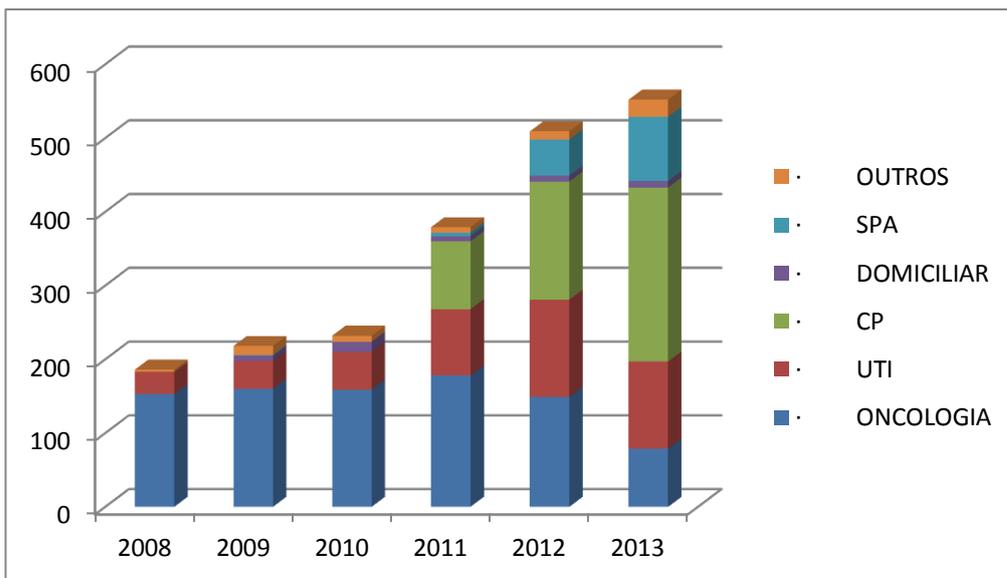


Figura 1 A e B- Gráfico de tendência dos óbitos (número absoluto) dos pacientes oncológicos de acordo com o ano e local de ocorrência – Oncologia IMIP 2008-2013

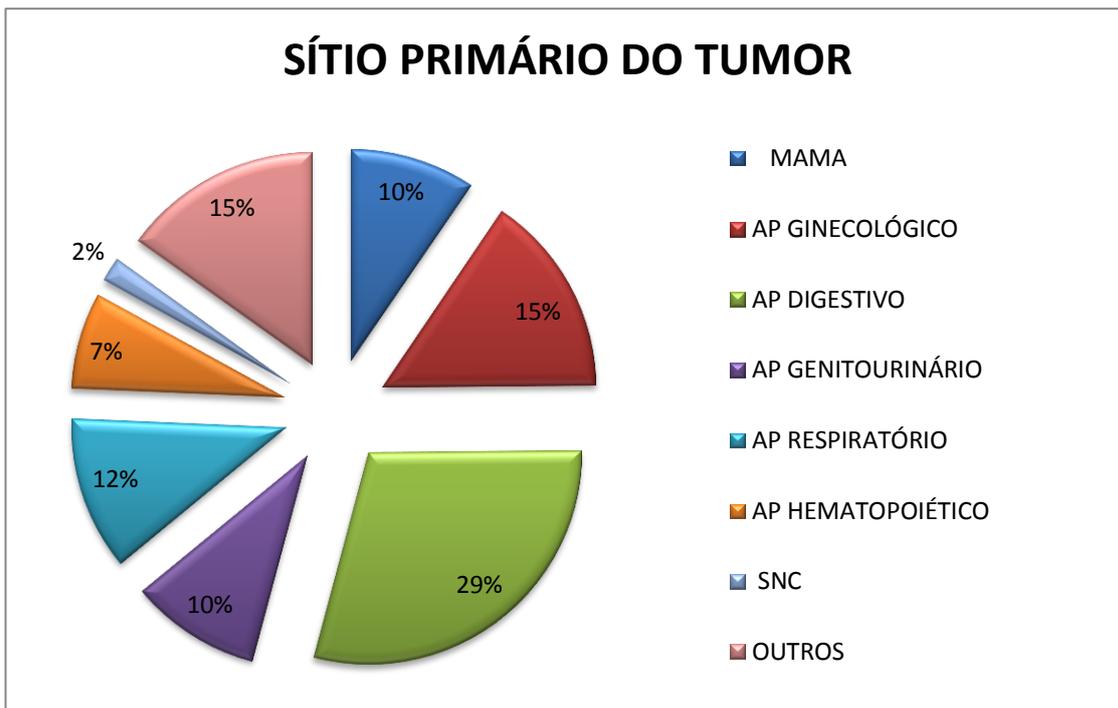


Figura 2 - Porcentagem dos sítios primários de tumor em seis anos – Oncologia IMIP 2008-2013