

# A terapêutica paliativa em adultos com câncer: um estudo transversal

*Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study*

*La terapéutica paliativa en adultos con cáncer: un estudio transversal*

Angelita Visentin<sup>1</sup>, Maria de Fátima Mantovani<sup>1</sup>, Luciana Puchalski Kalinke<sup>1</sup>,  
Shirley Boller<sup>1</sup>, Leila Maria Mansano Sarquis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

## Como citar este artigo:

Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):252-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>

Submissão: 10-11-2016

Aprovação: 04-04-2017

## RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes oncológicos adultos na terapêutica paliativa. **Método:** estudo transversal realizado em um hospital de oncologia no Paraná, com 124 pacientes adultos que iniciaram a terapêutica paliativa no período de 2 de janeiro a 30 de junho de 2015. **Resultados:** da população participante, 60,5% era do sexo feminino, 68,5% branca, 48,4% casada, 72,6% de religião católica e com renda de um a dois salários mínimos. Não tabagistas, 45,2%, 75% não etilistas, e 92% apresentam Performance Status 1 e 2. O diagnóstico do câncer primário prevalente foi mama, com tratamento prévio de quimioterapia e radioterapia. Os locais de metástase foram pulmão/mediastino/brônquios e linfonodos. **Conclusão:** o contexto socioeconômico e clínico apresentado caracterizou o perfil dos pacientes adultos na terapêutica paliativa. A demanda que advém do aumento dos casos de câncer avançado requer a atenção da enfermagem em todas as fases do tratamento.

**Descritores:** Câncer; Fatores Socioeconômicos; Tratamento Paliativo; Enfermagem Oncológica; Adulto.

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize the socioeconomic and clinical profile of adult cancer patients in palliative therapy. **Method:** Cross-sectional study in an oncology hospital in Paraná, with 124 adult patients who started palliative therapy in the period from Jan. 2 to June 30, 2015. **Results:** Of the participating population, 60.5% were women, 68.5% white, 48.4% married, 72.6% catholic and with income of one to two minimum wages. Non-smokers, 45.2%, non-alcoholics 75%, and 92% had Performance Status 1 and 2. The predominant primary diagnosis was breast cancer, with previous chemotherapy and radiotherapy. The sites of metastasis were lung/mediastinum/bronchi and lymph nodes. **Conclusion:** The socioeconomic and clinical context characterized the profile of adult patients in palliative therapy. The demand arising from the increase in cases of advanced cancer requires nursing care at all stages of treatment.

**Descriptors:** Cancer; Socioeconomic Factors; Palliative Care; Oncology Nursing; Adult.

## RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar el perfil socioeconómico y clínico de los pacientes oncológicos adultos en la terapéutica paliativa. **Método:** estudio transversal realizado en un hospital de oncología en Paraná, Brasil, con 124 pacientes adultos que iniciaron la terapéutica paliativa desde el 2 de enero hasta el 30 de junio de 2015. **Resultados:** de la población participante, 60,5% era del sexo femenino; 68,5% blanca; 48,4% casada; y 72,6% de religión católica y con renda de un a dos salarios mínimos. No fumadores, 45,2%; 75% no alcohólicos; y 92% presentan Escala de Rendimiento de Karnofsky 1 y 2. El diagnóstico del cáncer primario prevalente fue de mama, con tratamiento previo de quimioterapia y radioterapia. Los locales de metástasis fueron pulmón/mediastino/bronquios y ganglios linfáticos. **Conclusión:** el contexto socioeconómico y clínico presentado caracterizó el perfil de los pacientes adultos en la terapéutica paliativa. La demanda que resulta del aumento de los casos de cáncer avanzado requiere la atención de la enfermería en todas las fases del tratamiento.

**Descritores:** Cáncer; Factores Socioeconómicos; Tratamiento Paliativo; Enfermería Oncológica; Adulto.

AUTOR CORRESPONDENTE

Angelita Visentin

E-mail: [angevisentin24@gmail.com](mailto:angevisentin24@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais. Em relação ao câncer, as diferenças socioeconômicas se manifestam em diversos aspectos do perfil epidemiológico. Níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de diagnóstico tardio, que seriam passíveis de rastreamento, maiores dificuldades de acesso a exames diagnósticos, bem como aos tratamentos disponibilizados para a doença, resultando em pior prognóstico com menor sobrevivência<sup>(1)</sup>.

O câncer se expressa como um resultado que correlaciona determinantes e condicionantes multifatoriais da saúde ligada a aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilo de vida. Os fatores de risco como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e as interfaces com o meio ambiente em que o indivíduo se encontra podem interferir nas possibilidades do desenvolvimento de câncer<sup>(2)</sup>.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) antevê 600 mil casos novos de câncer para o biênio 2016-2017, em decorrência do diagnóstico e rastreamento precoces, e acrescenta-se uma significativa inversão da pirâmide etária como potencializadores destes indicativos<sup>(3)</sup>.

Indicadores socioeconômicos, individuais e regionais são preditores independentes de incidência, diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças oncológicas<sup>(4)</sup>. Estudos relativos a estas complexidades atualizaram seus conceitos. Outrora chamados de “fatores de risco individuais”, agora apresentam enfoques mais amplos que privilegiam o perfil de acesso a políticas públicas, padrões de consumo e redes de interação social<sup>(5)</sup>.

Apesar dos grandes avanços no tratamento do câncer, nem sempre a cura é possível e o resultado disso está representado na curva ascendente da incidência e mortalidade no número de casos de câncer no Brasil<sup>(6)</sup>. Com este cenário, cada vez mais a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a abordagem para pessoas no final da vida seja programada e planejada no sentido de atender de maneira global a multiplicidade de problemas apresentados<sup>(7)</sup>.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) definiu Ação Paliativa como uma medida terapêutica sem intenção curativa que visa diminuir as repercussões negativas das doenças, sendo “parte integrante da prática do profissional de saúde, independente da doença ou de seu estágio de evolução. Pode ser prestada já na atenção básica, em situações de condição clínica irreversível ou de doença crônica progressiva”<sup>(8)</sup>.

Reitera-se que conhecer e compreender os diferentes perfis dos pacientes em idade adulta e que estão em terapêutica paliativa se faz necessário no sentido de oferecer, ao doente e a seus familiares, um entendimento mais adequado sobre o avanço da doença para que possam participar das decisões relacionadas às alternativas terapêuticas no controle dos sintomas. Além disso, permite que a equipe possa avaliá-lo individualmente e auxiliar na resolução de conflitos e problemas amenizando a angústia causada pelos sofrimentos físicos, psíquicos, emocionais, sociais e espirituais neste período de vida<sup>(9)</sup>.

O reconhecimento necessário da população a ser atendida na terapêutica paliativa e sua caracterização socioeconômica e clínica manifestam aspectos do perfil da população que

permitem direcionar as campanhas e ações de promoção e prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, juntamente com o papel essencial da enfermagem.

É inegável a valorização da assistência individualizada para amenizar o sofrimento que precede a finitude da vida. Diante disso, proporcionar o cuidado, orientação e educação para os pacientes com câncer avançado e seus familiares representa um significativo desafio para o enfermeiro. Auxiliar na vivência do processo de doença, conduta clínica e reabilitação e na relação direta com a qualidade de vida (QV) de todos os envolvidos no processo de câncer avançado na terapêutica paliativa perfaz as ações de enfermagem esperadas nesta modalidade de tratamento.

Em sua maioria, os estudos identificados na literatura abordam cuidados paliativos, e há escassez de artigos que retratam o perfil da população na terapêutica paliativa. Neste contexto, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes oncológicos adultos na terapêutica paliativa.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Erasto Gaertner.

### Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal realizado em um hospital de referência no atendimento oncológico no Paraná. Nessa instituição há um Serviço de Cuidados Paliativos para onde os pacientes podem ser encaminhados por qualquer especialidade/serviço e realizar o tratamento concomitante. Esse Serviço conta com leitos reservados para os pacientes que são atendidos no hospital e/ou no domicílio, e promove reuniões multidisciplinares que permitem a troca de experiências acerca dos tratamentos e cuidados a serem prestados. Trata-se de um recrutamento por conveniência, censo e amostra por adesão. A pesquisa ocorreu no período de 2 de janeiro a 30 de junho de 2015.

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram inseridos 124 pacientes que iniciaram o tratamento paliativo em qualquer dia, no período de 2 de janeiro a 30 de junho de 2015, nos seguintes critérios de inclusão: adultos (entre 20 e 59 anos) com diagnóstico de qualquer tipo histológico de câncer confirmado por biópsia e que foram inseridos e comunicados sobre a terapêutica paliativa oncológica conforme registro em prontuário do paciente. Os critérios de exclusão eram a impossibilidade do paciente de manter comunicação verbal e/ou escrita.

### Protocolo do estudo

A coleta de dados ocorreu em três etapas: a) no primeiro dia da semana, a pesquisadora consultava a agenda dos pacientes que iniciariam quimioterapia e/ou radioterapia paliativa; b) no dia agendado para início do tratamento, a pesquisadora aplicava o TCLE em um consultório reservado e no horário que antecedia o tratamento; c) na sequência, verificava-se o prontuário do paciente com a finalidade de checar os critérios de inclusão.

O instrumento de pesquisa foi elaborado pelas pesquisadoras e identificado como caracterização socioeconômica e clínica do paciente na terapêutica paliativa oncológica com as seguintes variáveis: idade, sexo, peso, altura, cor, escolaridade, estado civil, religião, classe econômica, condições de habitação, número de moradores no domicílio, tabagismo, etilismo, tipo de câncer, diagnóstico da neoplasia primária, tratamentos anteriores, local(is) da metástase e a escala do Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) que avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escore que varia de zero a cinco pontos<sup>(10)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel 2013 e apresentados em tabelas de contingência, em números absolutos e frequência. A planilha de dados foi exportada para o software SPSS versão 18.0 para o processamento das análises. Os resultados são apresentados em números absolutos, percentuais e através do valor de *p* analisado entre as variáveis.

## RESULTADOS

A população foi caracterizada como: 60,5% (n=75) do sexo feminino; 68,5% (n=85) branca; 48,4% (n=60) casada; 72,6% (n=90) de religião católica; e 55,7% (n=69) sem renda ou com renda de um a dois salários mínimos. Quanto aos hábitos de vida, 45,2% (n=56) são caracterizados como não tabagistas; 75% (n=94) como não etilistas; e 92% (n=114) com Performance Status 1 e 2. O diagnóstico da neoplasia primária prevalente foi mama, com tratamento prévio de quimioterapia e radioterapia, e os locais de metástase evidenciados foram pulmão/mediastino/brônquios e linfonodos.

Em relação ao consumo de álcool, 75,8% (n=94) não eram etilistas. Dos que responderam afirmativamente, o consumo ficou entre 5 e 10 doses ao dia, e 9 (28,1%) indicaram tempo de consumo há mais de um ano, divididos nas categorias citadas na Tabela 1, que destaca as variáveis estudadas com o propósito de realizar as interpretações dos resultados da caracterização socioeconômica dos pacientes que iniciaram a terapêutica paliativa em uma instituição de referência no atendimento oncológico.

Acrescenta-se à descrição abaixo que, quanto às condições de habitação, identificaram-se: com casa própria (56,5%), casa cedida (22,6%) e casa alugada (21%); de alvenaria (74,2%), casa de madeira (25%), e outra (0,8%); e com luz e água (97,6%), e sem água e sem luz (2,4%). Com relação ao tabagismo, 41,1% (n=52) eram fumantes, destes, 55,1% (n=38) declararam-se fumantes há mais de 10 anos, 37,7% (n=26) consomem de 10 a 20 cigarros por dia, e 40,6% (n=28) manifestaram fumar acima de 20 cigarros por dia.

Ao considerar a Tabela 2, quanto ao tipo de câncer, o predomínio do carcinoma ductal infiltrante de mama ocorreu em 22,6% (n=28), carcinoma e adenocarcinoma com 28,2% e 26,6% dos pacientes, respectivamente (n=35 e n=33), e melanoma com 8,1% dos casos (n=10). Quando foi relacionado o diagnóstico primário com ECOG, foi possível observar que o ECOG 3 esteve mais presente nos cânceres de mama e estômago.

**Tabela 1 –** Distribuição socioeconômica dos pacientes adultos na terapêutica paliativa, de janeiro a junho de 2015, em um hospital oncológico de Curitiba, Paraná, Brasil

	n	%	Valor de <i>p</i>
<b>Faixa etária</b>			
De 40 a 59	102	82,3	< 0,001
De 19 a 39	22	17,7	
<b>Sexo</b>			
Feminino	75	60,5	< 0,001
Masculino	49	39,5	
<b>Cor</b>			
Branco	85	68,5	Ref.
Mulato	19	15,3	< 0,001
Negro	20	16,1	< 0,001
<b>Estado civil</b>			
Casado	60	48,4	Ref.
Divorciado	11	8,9	< 0,001
Concubinato	17	13,7	< 0,001
Solteiro	33	26,6	< 0,001
Viúvo	3	2,4	< 0,001
<b>Religião</b>			
Católico	90	72,6	Ref.
Espírita	9	7,3	< 0,001
Outra	3	2,4	< 0,001
Protestante	3	2,4	< 0,001
Evangélica	19	15,3	< 0,001
<b>Classe econômica</b>			
Sem renda	8	6,5	< 0,001
Menos de 1 salário mínimo	18	14,5	< 0,001
De 1 a 2 salários mínimos	43	34,7	Ref.
De 2 a 4 salários mínimos	33	26,6	0,168
De 4 a 6 salários mínimos	16	12,9	< 0,001
Mais de 6 salários mínimos	5	4,0	< 0,001
Não sabia informar	1	0,8	< 0,001
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental incompleto	38	30,6	Ref.
Fundamental completo	36	29,0	0,781
Médio incompleto	5	4,0	< 0,001
Médio completo	31	25,0	0,321
Superior incompleto	6	4,8	< 0,001
Superior completo	8	6,5	< 0,001

Dentre a caracterização clínica quanto aos tratamentos prévios para o câncer realizados antes do início da terapêutica paliativa, a quimioterapia esteve presente em 62,7% (n=78) dos casos, e a cirurgia representou 46% (n=57); 24,2% (n=30) dos pacientes não fizeram nenhum tratamento prévio. Os locais de metástase mais acometidos na amostra foram: linfonodos, com 48,4% (n=60); pulmão/mediastino/brônquios, 45,2% (n=56); fígado/pâncreas, 26,6% (n=33); ossos, 41,1% (n=51); e cérebro/sistema nervoso

central, 25,8% (n = 32). Destaca-se que alguns pacientes apresentavam mais de um lugar de metástase.

de habitação (luz e água) e com mais de quatro pessoas morando no mesmo local. Entende-se serem fatores que podem auxiliar o

**Tabela 2** – Relação da faixa etária com Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG), local de metástases, tipo de câncer e tratamento anterior dos pacientes adultos na terapêutica paliativa, de janeiro a junho de 2015, em um hospital oncológico de Curitiba, Paraná, Brasil

Faixa Etária		De 19 a 39		De 40 a 59		Total		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
ECOG	ECOG 1	11	50	47	46	58	47	0,904
	ECOG 2	9	41	47	46	56	45	
	ECOG 3	2	9	8	8	10	8	
Local(is) da(s) metástase(s)	Adrenal	–	–	5	2	5	2	0,357
	Cerebral	8	17	24	11	32	12	
	Gastrointestinal	4	9	11	5	15	5	
	Genitais	2	4	13	6	15	5	
	Hepáticas	2	4	31	14	33	12	
	Linfonodos	9	19	51	22	60	22	
	Óssea	7	15	44	19	51	19	
	Pulmonar	13	28	43	19	56	20	
	Urinária	2	4	6	3	8	3	
Tipo de câncer	Adenocarcinoma	2	13	33	33	35	30	0,013
	Carcinoma	–	4	29	29	33	28	
	Carcinoma Ductal Infiltrante	3	19	25	25	28	24	
	Linfoma	2	13	3	3	5	4	
	Melanoma	2	13	8	8	10	9	
	Osteossarcoma	3	19	2	2	5	4	
Tratamento(s) anterior(es)	Cirurgia	10	29	47	26	57	26	0,494
	Hormonioterapia	–	–	12	7	12	6	
	Nenhum tratamento anterior	6	17	24	13	30	14	
	Quimioterapia	14	40	64	35	78	36	
	Radioterapia	5	14	36	20	41	19	

Nota: ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status

Os resultados das relações e/ou associações são mostrados com valores absolutos e percentuais na mesma tabela. Esta mostra a distribuição conjunta das variáveis para valores absolutos e percentuais entre todas as combinações. Para verificar se existe ou não associação, deve-se estudar os valores em percentuais. Assim, compara-se a distribuição da coluna de total com a distribuição das demais colunas (intermediárias). Caso exista algum valor por linha que esteja muito diferente do valor da coluna total, encontra-se uma associação e/ou dependência estatística.

No cruzamento entre dois grupos etários, apenas em relação ao tipo de câncer houve diferença estatisticamente significativa para adenocarcinoma na população de 40 a 59 anos, e osteossarcoma para os adultos de 19 a 39 anos.

## DISCUSSÃO

Os participantes do estudo caracterizaram-se por serem casados ou viverem em concubinato, em moradias com estrutura mínima

de habitação (luz e água) e com mais de quatro pessoas morando no mesmo local. Entende-se serem fatores que podem auxiliar o paciente na terapêutica paliativa por inferir que este dispõe de uma rede de apoio que o auxilia no suporte às necessidades advindas do tratamento do câncer avançado.

Há relatos de que um maior percentual de pessoas do sexo feminino com cânceres de pulmão, brônquios, no sistema genital, e outros em estágios avançados de primeiro diagnóstico, foi associado a um maior grau de privação socioeconômica<sup>(11)</sup>. Nos resultados desta pesquisa, oito (6,5%) dos participantes – destes, quatro mulheres – relataram estar sem renda. Se somados aos 49,2% dos participantes do estudo (n=61) que recebem menos de um e até dois salários mínimos, as mulheres são 70,49% (n=43) e significam 34,67% de todos os envolvidos no estudo.

Os resultados da pesquisa mostram que a procura pela terapêutica paliativa foi composta predominantemente por mulheres católicas de raça branca, que possuem o ensino fundamental e moram em casa própria de alvenaria abastecida de água e luz. Resultados consistentes indicam maior incidência e mortalidade por

câncer de mama e mortalidade por câncer de cólon nas mulheres, positivamente associados com o nível socioeconômico e a área de moradia<sup>(1)</sup>.

Para a grande maioria das doenças, incluindo o câncer, é evidente a influência das desigualdades sociais, econômicas e culturais e as questões raciais. No estudo, ao analisar a raça relatada pelos participantes, 31,5% (n = 39) são negros ou mulatos. As etnias também afetam a incidência e mortalidade por câncer e, muitas vezes, as disparidades raciais são marcantes e podem resultar de questões biológicas/genéticas ou advindas do meio. As taxas de mortalidade de vários tipos de câncer mais comuns são maiores entre os negros em comparação com qualquer outro grupo étnico/racial. E há de se considerar o sexo também<sup>(5)</sup>.

Quanto às questões de sexo, observa-se que no Brasil as políticas públicas são mais direcionadas para a saúde da mulher em detrimento da saúde do homem. Por exemplo: redução da mortalidade materna, prevenção de câncer de mama, campanha contra HPV (Papiloma Vírus Humano), dentre outras. Neste

ínterim, mesmo diante dessa realidade, o número exponencial de casos de câncer é encontrado no sexo feminino<sup>(4)</sup>.

Essa informação corrobora os dados encontrados neste estudo: que 60,5% (n=75) de mulheres e 39,5% (n=49) de homens iniciaram a terapêutica paliativa para o câncer. A mulher com baixa renda *per capita*, com baixa escolaridade, sem plano de saúde privado, sem companheiro, residente em zona rural ou de maior distância do local para a realização dos exames, tem menores chances de buscar atendimento preventivo para doenças como o câncer<sup>(4)</sup>. Os dados do estudo corroboram a descrição acima e acrescenta-se que o hospital onde o estudo foi realizado atende pacientes oncológicos advindos de várias cidades do Paraná, incluindo moradores de locais distantes e rurais, o que pode ter colaborado para os resultados.

Nas mulheres, a associação entre a incidência de câncer de mama e o nível socioeconômico elevado tem sido explicada principalmente pela maior prevalência de fatores reprodutivos nas classes mais ricas, como menor idade na menarca, menor paridade, idade maior no nascimento do primeiro filho e na menopausa, entre outros. E o baixo nível socioeconômico, ao qual estão relacionados principalmente aspectos do comportamento sexual ligados à maior chance de a mulher adquirir ou se tornar portadora crônica do HPV, como idade precoce da primeira relação sexual e múltiplos parceiros sexuais, assim como a menor realização de exames preventivos de rastreamento<sup>(1)</sup>.

Em um estudo com 482 pacientes, a caracterização fez uma idade média de 59 anos (intervalo 26-95). Destes, 67% eram do sexo feminino, e a média de KPS foi de 80 (intervalo 40-100). Os locais de câncer primário mais comuns foram mama (59%), próstata (17%) e pulmão (10%), sendo que 57% dos pacientes receberam tratamento sistêmico e 23% apresentavam metástases viscerais. As metástases ósseas são uma complicação comum do câncer avançado que ocorre em cerca de 50% dos pacientes com câncer metastático<sup>(12)</sup>. Neste estudo, as metástases ósseas/espinais representaram 41,1% (n=51) dos 124 pacientes participantes.

Para os homens, quanto maior o nível socioeconômico da área de residência, maior a mortalidade por câncer de cólon, de pulmão e maior a incidência de câncer de próstata. Há associação entre menor nível socioeconômico de área de residência e maior incidência e mortalidade por câncer de esôfago e estômago, incidência de câncer de cólon, pulmão e mortalidade por câncer de laringe e de cavidade oral<sup>(1)</sup>.

Neste estudo, a religião mais manifestada pelos participantes foi a católica, entretanto outras também foram relatadas, como a protestante, espírita, judaica e evangélica. Em uma pesquisa, observou-se que 50% dos pacientes viviam com o cônjuge ou filhos, e que estes interferem na aceitação dos tratamentos propostos e na QV. Os pacientes demonstram nos resultados a importância do apoio social e da religiosidade<sup>(13)</sup>. Essas e outras informações descrevem a importância das relações observadas entre as variáveis individuais e coletivas e sua interferência nos processos de diagnóstico e tratamento do câncer avançado, em especial.

Os aspectos descritos caracterizam os pacientes do estudo como de baixa renda e escolaridade. Essas características somadas às dificuldades que emergem deste perfil – como a falta de

condições financeiras e estruturais para os exames de prevenção diagnóstica para o câncer – podem ter refletido na busca tardia pelo atendimento e pelo diagnóstico de câncer avançado. Dentre os pontos relevantes e prioritários para a realização dos exames preventivos para câncer, citam-se: idade, escolaridade, renda, cor da pele, situação conjugal, tipo de sistema de saúde utilizado e distância a percorrer para a sua realização<sup>(4)</sup>.

Os dados mostram que a maioria dos pacientes em terapêutica paliativa no estudo é do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 59 anos de idade. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo conduzido em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte MG<sup>(14)</sup>. As estimativas do Inca para o biênio 2016-2017 indicam o surgimento de 384.430 casos novos de câncer para o sexo feminino em todo o território brasileiro e, no estado do Paraná, são esperados 23.590 casos novos<sup>(3)</sup>. Esse dado reflete, em parte, no maior quantitativo de mulheres em terapêutica paliativa. Por outro lado, já está bem estabelecido na literatura que o sexo feminino está associado à maior procura pelos serviços médicos, seja porque as mulheres percebem facilmente os riscos para a sua saúde ou ainda entendendo que os cuidados são intrínsecos do âmbito feminino<sup>(15-17)</sup>.

Destaca-se que os dados encontrados mostram que há maior número de pacientes com baixo nível de escolaridade e renda em tratamento paliativo. Essas características somadas às dificuldades que emergem desse perfil, como a falta de condições financeiras e estruturais para os exames de prevenção diagnóstica para o câncer, podem ter refletido na busca tardia pelo atendimento e pelo diagnóstico de câncer avançado. As pessoas com baixo nível de escolaridade certamente terão dificuldade em entender as informações relacionadas à saúde e, portanto, a equipe que atua na terapêutica paliativa encontra neste perfil a possibilidade de suprir essa deficiência. Entende-se que pessoas com maiores rendas e níveis de escolaridade procuram os serviços de saúde com maior antecedência à evolução do câncer.

Fatores socioeconômicos e de estruturação dos serviços de saúde incluem aspectos relacionados aos diferentes níveis de exposição a condições de risco e de acesso a diagnóstico, tratamento e prevenção. Estes fatores explicam, por exemplo, as diferenças na mortalidade por câncer entre os grupos socioeconômicos e étnicos, bem como a diferença nas taxas de sobrevivência para a maioria dos tumores em homens e mulheres. Eles também são condicionantes de desigualdades no câncer, não somente observadas entre os países, como também dentro de um mesmo país, e podem apresentar-se de formas dessemelhantes<sup>(5)</sup>.

A literatura tem sugerido que as características socioeconômicas e da comunidade ou vizinhança podem afetar de modo importante a saúde das pessoas, independentemente de seus traços individuais. Esse efeito é mediado por fatores de risco relacionados ao acesso a serviços de saúde e de tratamento, a estabelecimentos educacionais, de assistência social e aparelhos culturais, à qualidade da habitação, às condições do ambiente físico local e de segurança pública, a hábitos culturais e sociais, entre outros<sup>(1)</sup>.

As limitações de acesso aos serviços de saúde podem se expressar de diversas maneiras, dentre as quais: condições financeiras/econômicas, situação conjugal (não ter cônjuge

– ser solteira, separada ou viúva – relaciona-se às dificuldades de se deslocar e às responsabilidades que circundam deixar o local de moradia ou de trabalho durante a sua ausência), não possuir plano de saúde privado, limitações no transporte e barreiras culturais e geográficas<sup>(5)</sup>.

Um exemplo de limitação aos serviços de saúde é o critério idade que, em decorrência do envelhecimento populacional, coloca as pessoas idosas como prioridade no atendimento e na disponibilização de recursos. Este, apenas para citar um dos pontos. O estudo demonstrou que a população adulta requer dispêndio de recursos. Está demandando atenção a campanhas, a exames de prevenção e a tratamentos adequados. Diante do câncer, há a necessidade de uma redefinição dos padrões de vida (condições socioeconômicas), muitas vezes alicerçados pela população adulta provedora de renda e inserida no mercado de trabalho. Destaca-se ainda que os adultos estão propensos a uma variedade de fatores causais relacionados ao câncer, como o stress, má alimentação, comportamento sexual de risco e hábitos de vida não saudáveis, como o fumo e a ingestão de bebidas alcoólicas e drogas ilegais.

Os cânceres da cavidade oral, faringe, esôfago e laringe têm sido relacionados principalmente aos hábitos de tabagismo, consumo de álcool e à dieta pobre em frutas e vegetais – mais prevalentes nas classes mais pobres. Hábitos alimentares como o alto consumo de carne vermelha e gorduras, e baixo de frutas e vegetais, sedentarismo, obesidade, consumo de álcool, têm sido apontados como principais fatores de risco para o desenvolvimento de vários tipos de câncer<sup>(1)</sup>.

O consumo de álcool e tabaco tornou-se temática constante nas campanhas e ações que visam a prevenção de câncer e, devido a sua importância e suas relações, esta questão foi abordada na pesquisa. No estudo, dos 24 participantes que confirmaram ser etilistas, 13 eram homens (10,48%) e 11 eram mulheres (8,87%). Entende-se serem números muito próximos pois, historicamente, os homens declaram-se mais frequentes consumidores de álcool do que as mulheres, e esta é uma realidade que tem mudado gradativamente.

O percentual da população com 18 anos ou mais que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, no Brasil, foi de 24%, variando de 18,8% na região Norte a 28,4% na região Sul. Ao analisar esse hábito por sexo, entre os homens, a proporção foi de 36,3%, enquanto entre as mulheres foi de 13%. Em relação a adultos com maior nível de escolaridade, especialmente os com nível superior completo, este percentual foi de 30,5%, enquanto dentre os adultos sem instrução e com o fundamental incompleto foi de 19%<sup>(18)</sup>.

Segundo dados do Inca, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que ocorreu no segundo semestre de 2013, constatou, em relação ao tabaco, que 14,5% dos adultos fumavam cigarros industrializados e 12,7% eram fumantes diários de algum produto de tabaco, sendo 16,2% dos homens e 9,7% das mulheres<sup>(3)</sup>. Neste estudo, dos 52 participantes que nomearam ser fumantes, destes 49% (n = 24) são homens e 37% (n = 28) são mulheres.

As mudanças sociais têm um impacto considerável sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. As mulheres estão galgando exponenciais tanto de inserção social quanto no que tange ao uso de álcool e tabaco. As transformações entre os

serviços culturalmente destinados à mulher e agora assumidos pelos homens, e vice-versa, coloca as mulheres diante de realidades não vivenciadas. A exposição ao stress, à má alimentação, ao baixo potencial reprodutivo e a demandas econômicas podem ser exemplos disso. Resta menos disponibilidade e, por vezes, a percepção da relevância para as ações de cuidado. Embora historicamente as mulheres procurem mais os serviços de saúde do que os homens, como evidenciou a pesquisa, o câncer já encontrava-se em estágio avançado.

Em 2013, a PNS estimou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais (2,7 milhões de adultos), referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil. Os tipos mais frequentes foram os de mama (relatado por 39,1% das mulheres), de pele (16,2% dos adultos), de próstata (36,9% dos homens) e colo do útero (11,8% das mulheres). A proporção na área urbana foi significativamente maior do que na área rural: 1,9% e 1,2%, respectivamente. A região Sul mostrou o maior percentual de diagnóstico médico de câncer (3,2%), seguida das regiões Sudeste (2,1%) e Centro-Oeste (1,6%). As regiões Norte e Nordeste, por sua vez, apresentaram as menores prevalências, no patamar de 0,9%. Os dados deste estudo corroboram parcialmente com as informações descritas<sup>(18)</sup>.

Um estudo que objetivou descrever as características, tratamentos realizados e sobrevida de pacientes com câncer de pulmão identificou que 59,9% dos pacientes receberam terapêutica paliativa. Reitera-se que, dos citados, a maioria dos 236 pacientes se apresentava em estádios avançados ao diagnóstico<sup>(6)</sup>. Neste estudo, todos os pacientes apresentavam estágio clínico IV, e os casos de câncer de pulmão representaram 6,5%. Entretanto, entende-se que a limitação da idade, que representou a mediana de 47,98 anos (variação 19-59), e o número da amostra tenham contribuído para esses resultados, pois, no estudo citado, a idade mediana foi de 65 anos (variação 27-92) e com 566 pacientes.

Ao considerar o diagnóstico de câncer, deve-se elucubrar sobre a escala de Performance Status ECOG. Esta foi elaborada por Oken e outros autores junto ao ECOG, possui escore que varia de zero a cinco pontos e avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente<sup>(10)</sup>. A informação de Performance Status do paciente na terapêutica paliativa oncológica relaciona-se como um fator preditivo para a resposta do paciente ao tratamento e ao impacto na sua QV.

Nesta análise, dos 124 pacientes incluídos, 46,8% (n = 58) encontravam-se com ECOG 1 (restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária); 45,2% (n = 56) com ECOG 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo); e 8,1% (n = 10) em ECOG 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira, mais de 50% do tempo de vigília). Um estudo que considerou critérios preditivos para sobrevida de pacientes em tratamento paliativo citou 12 variáveis, entre elas, sexo, idade, local do tumor primário e ECOG<sup>(10,18)</sup>.

O percentual de pacientes com câncer avançado e baixo Performance Status pode descrever o quadro de saúde oncológica atualmente para o Brasil e ser reflexo da ineficiência dos programas de assistência e controle dessa enfermidade. Não é

possível estabelecer de forma ostensiva um programa de *screening* para a população alvo, além de não ter um suporte de serviços de saúde que ofertem com quantidade e qualidade o aparato diagnóstico e de tratamento para o paciente com câncer. Esse retrato reflete na importância epidemiológica e na relevância dos tratamentos paliativos para os casos de doença avançada, seja no diagnóstico ou na sua progressão<sup>(5)</sup>.

As mudanças do perfil socioeconômico e clínico dos pacientes oncológicos servem de apoio para mudanças maiores de políticas públicas e organização dos serviços de saúde. Em relação à terapêutica paliativa oncológica e seus preceitos, laboram como suporte para a proposta de novas tecnologias e novas formas de cuidado que vão além das preconcebidas, e considera o impacto desde o diagnóstico às várias modalidades de tratamento, custo-benefício e alocação de recursos.

#### Limitações do estudo

Entretanto, houve limitações no desenvolvimento deste estudo em relação ao número da amostra e por ter sido realizado em apenas uma instituição de atendimento oncológico, com perfil predominante de atendimentos do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Sendo assim, os dados apresentados não podem ser generalizados mediante outras realidades.

#### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O conhecimento do perfil socioeconômico e clínico dos pacientes que realizam a terapêutica paliativa permite o cuidado diferenciado nessa fase do tratamento oncológico. Melhorar o planejamento do cuidado pode ser feito com vistas à diminuição de possíveis complicações relacionadas à terapêutica e ao aumento da adesão. Acrescenta-se com o favorecimento do vínculo e da aproximação do enfermeiro com o paciente, pois há um reconhecimento mútuo. É importante que o enfermeiro realize ações educativas para a melhora da compreensão da doença e QV do paciente.

#### CONCLUSÃO

O perfil socioeconômico e clínico apresentado neste estudo para os pacientes que iniciam a terapêutica paliativa é predominantemente feminino e de baixa renda. Os tipos de câncer identificados como prevalentes foram carcinoma e adenocarcinoma, e os locais predominantes dos tumores primários foram mama e colorretal. Há relação entre os fatores socioeconômicos dos pacientes adultos que iniciaram a terapêutica paliativa com a descrição da literatura sobre o tema.

#### REFERÊNCIAS

1. Ribeiro AA, Nardocci AC. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 12];22(3):878-91. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [cited 2016 Jan 17]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Jan 17]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
4. Sadovsky AI, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 17];31(7):1539-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1539.pdf>
5. Barbosa IR, Costa ICC, Pérez MMB, Souza DLB. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *Rev Ciênc Plural* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 12];1(2):79-86. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7618/5660>
6. Araujo LHL, Baldotto CS, Zukin M, Vieira FMAC, Victorino AP, Rocha VR, et al. Survival and prognostic factors in patients with Non-Small Cell Lung Cancer treated in the private health care. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 12];17(4):1001-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-01001.pdf>
7. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [cited 2016 Aug 15]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
8. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, Burlá C, et al. Critérios de qualidade para cuidados paliativos no Brasil: documento elaborado Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
9. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 12];18(9):2653-62. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028227020>
10. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* [Internet]. 1982 [cited 2017 Aug 25];5(6):649-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7165009>

11. Philips BU Junior, Belasco E, Markides KS, Gong G. Socioeconomic deprivation as a determinant of cancer mortality and the Hispanic paradox in Texas, USA. *Int J Equity Health*[Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 20];12(26):1-9. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-26>
12. Silva NM, Piassa MP, Oliveira RMC, Duarte MSZ. Depressão em adultos com câncer. *Ciênc Atual* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 20];3(1):2-14. Available from: <http://inseer.ibict.br/cafsj/index.php/cafsj/article/view/48/pdf>
13. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 14];16(1):38-47. Available from: <http://reme.org.br/exportar-pdf/498/v16n1a06.pdf>
14. Leite JF, Dimenstein M, Paiva R, Carvalho L, Amorin AKMA, França A. Sentidos da Saúde numa perspectiva do Gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 14];36(2):341-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
16. Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 5];20(10):3163-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3163.pdf>
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [cited 2016 Sep 5]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-1-completo.pdf>
18. Zamboni MM, Silva Junior CT, Baretta R, Cunha ET, Cardoso GP. Fatores prognósticos para a sobrevida dos pacientes com derrame pleural maligno. *Pulmão RJ* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 1];25(1):43-52. Available from: [http://www.sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/2016/n\\_01/11-fatores-prognosticos-para-a-sobrevida-dos-pacientes-com-derrame-pleural-maligno.pdf](http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2016/n_01/11-fatores-prognosticos-para-a-sobrevida-dos-pacientes-com-derrame-pleural-maligno.pdf)