

**OS INDICADORES DE SAÚDE RELACIONADOS À
ONCOLOGIA NO HOSPITAL ESCOLA IMIP: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

ONCOLOGY-RELATED HEALTH INDICATORS IN THE IMIP SCHOOL
HOSPITAL: A CROSS-STUDY

Letícia Leitão Ventura ¹, Beatriz Parahym Xavier Dourado¹, Bruna Borges Bacelar de
Albuquerque¹, Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva ², Raphaella
Amanda Leita Fernandes²

1 Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes,
4861, Imbiribeira, Recife-PE CEP: 51.150-000

2 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rua dos Coelho,
300 - Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-550.

Reconhecimento de apoio ao estudo: CNPq – Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Programa Institucional de
Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Autor correspondente: Letícia Leitão Ventura

Telefone: (81) 99195-2855

E-mail: leticialeitaoventura@hotmail.com

**Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta
pesquisa.**

RESUMO

A partir da diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento da taxa de doenças crônico-degenerativas, o câncer tornou-se um importante problema de saúde pública mundial. Devido ao crescimento e persistência desse problema, para prevenção e controle do câncer no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) desenvolveu estratégias para promover auxílio ao paciente com câncer. No estado de Pernambuco, existem 10 estabelecimentos detentores de atenção específica para pacientes com câncer, sendo um deles o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), o qual conta com a presença do Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). **Objetivo:** Coletar dados epidemiológicos e indicadores, criando uma base de dados para os gestores do IMIP e da oncologia, com o intuito de fornecer uma visão ampla do cenário de atendimento oncológico no Hospital. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado entre agosto de 2018 até julho de 2019. Foram analisados 200 prontuários, procedeu-se a exclusão de 81, pelo fato destes não possuírem as informações necessárias para análise. Assim, a amostra foi composta por 119 prontuários, selecionados do período de 2015-2018. Foram coletadas informações gerais como nome, idade, cor, ocupação, tipo do câncer, método diagnóstico, presença de metástase, tipo de tratamento realizado. Ademais, foram coletadas a data de eventos importantes, como a data de diagnóstico, data da primeira consulta oncológica, data do início do tratamento e data de óbito, se presente. **Resultados:** Observou-se que a idade dos participantes variou de 60 a 95 anos, sendo a média de 73,22 anos. Os hábitos de alcoolismo e tabagismo foram registrados em 45,4% e 53,8% da amostra, respectivamente; a existência de outros fatores de risco

estava presente em 78,2%. O exame histopatológico foi realizado para diagnóstico na maioria (96,6%) do grupo. O tempo do diagnóstico até o início do tratamento foi avaliado nos pacientes, sendo 5 (4,2%) em até um mês; 34 (28,6%) em mais de 1 mês até 3 meses; 21 (17,6%) em mais de 3 meses e até 6 meses; 13 (10,9%) em mais de 6 meses e 46 (38,7%) não possuíam essa informação. **Conclusões:** Os resultados do estudo revelam que existem falhas em relação ao tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, as quais podem ser modificadas através de uma melhor gestão dentro do serviço oncológico, tomando como base os indicadores avaliados.

Palavras chaves: Indicadores, oncologia, mortalidade, gestão em saúde

ABSTRACT

Since the rate of infectious disease has decreased and the rate of chronic degenerative disease has increased, cancer has become a major public health problem worldwide. Due to the growth and persistence of this problem, for cancer prevention and control in Brazil, the National Cancer Institute (INCA) has developed strategies to promote assistance to cancer patients. In the state of Pernambuco, there are 10 establishments with specific attention for cancer patients, one of them being the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine (IMIP), which has the presence of the High Complexity Assistance Centers in Oncology (CACON). **Objective:** To collect epidemiological data and indicators, creating a database for IMIP and oncology managers, in order to provide a broad view of the oncological care scenario in the Hospital. **Method:** This is a cross-sectional study conducted from August 2018 to July 2019. We analyzed 200 medical records, 81 were excluded because they do not have the necessary information for analysis. Thus, the sample consisted of 119 medical records, selected from the 2015-2018 period. General information was collected such as name, age, color, occupation, type of cancer, diagnostic method, presence of metastasis, type of treatment performed. In addition, we collected the date of important events, such as the date of diagnosis, the date of the first cancer appointment, the date of the start of treatment and the date of death, if present. **Results:** It was observed that the age of the participants ranged from 60 to 95 years, with a mean of 73.22 years. The habits of alcoholism and smoking were recorded in 45.4% and 53.8% of the sample, respectively; Other risk factors were present in 78.2%. Histopathological examination was performed for diagnosis in most (96.6%)

of the group. The time from diagnosis to the beginning of treatment was evaluated in patients, being 5 (4.2%) within one month; 34 (28.6%) in more than 1 month to 3 months; 21 (17.6%) in more than 3 months and up to 6 months; 13 (10.9%) over 6 months and 46 (38.7%) did not have this information. **Conclusions:** The results of the study reveal that there are flaws in the waiting time between diagnosis and treatment initiation, such as those that can be modified through an assessment of the cancer service, based on the indicators evaluated.

Keywords: Indicators, oncology, mortality, health management

INTRODUÇÃO

O câncer tornou-se um importante problema de saúde pública mundial, representando 12% de todas as causas de morte. Principalmente após o processo de industrialização, o qual conduziu a uma crescente integração das economias de vários países, modificando estilos de vida, condições de trabalho e alterando padrões saúde-doença. Essa premissa pode ser ilustrada pela diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças neoplásicas. Implicando em uma transição epidemiológica mundial.¹

Epidemiologicamente, no Brasil, é sugestivo que esteja ocorrendo uma transição em andamento, a qual reflete um aumento dos tipos de câncer relacionados a melhores padrões econômicos - câncer de mama, próstata, colón e reto - e, bem como a prevalência da incidência de neoplasias mais associadas a pobreza - câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral. De acordo com pesquisas realizadas, tumores de próstata, pulmão, estômago, colón, reto e esôfago são os mais incidentes entre homens, sendo o câncer de pulmão o de pior prognóstico. Já nas mulheres, neoplasias de mama, colo uterino, colón e reto, e pulmão e estômago são as mais frequentes, sendo o câncer de mama o de prognóstico mais preocupante.¹

Devido ao crescimento e persistência desse problema na Saúde Pública, para prevenção e controle do câncer no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) desenvolve e coordena ações em todo o país e, por meio de uma série de programas, contribui para uma melhor qualidade de vida da população. Dentre os feitos da instituição, é importante destacar a criação de Centros de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).² Esses são estabelecimentos de saúde os quais oferecem auxílio geral, especializado e integral ao paciente de câncer, atuando tanto no diagnóstico, quanto no estadiamento e tratamento da doença. Tais estratégias resultaram em uma rede ampliada de 288 unidades habilitadas para cuidados oncológicos.³ No estado de Pernambuco, existem 10 estabelecimentos detentores de atenção especificamente voltada para pacientes com câncer, sendo um deles o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), o qual conta com a presença do CACON.⁴

Mesmo com o crescimento das redes CACON, voltadas para uma melhor organização no atendimento oncológico, o investimento não se dá de forma ideal, gerando múltiplos déficits na gestão. Pode-se justificar essa afirmativa pelo fato de que cerca de 50% dos serviços de saúde consumidos no Brasil são resultado da orientação dos médicos e fornecedores dos hospitais e não da demanda ou da necessidade dos pacientes. Tal fato evidencia a relevância de um centro de gestão para que os serviços sejam feitos de acordo com a demanda dos usuários, bem como o investimento seja aplicado de forma benéfica a eles.⁵

O Brasil tem investido muito nos setores de oncologia, tanto quanto países de referência na área, mas não tem o retorno em excelência de serviços como esses, precisamente pela falta de gestão nos investimentos em saúde.⁵ Dessa forma, para obter resultados satisfatórios e aproximar-se de um modelo ideal, o qual estimula a qualidade, incentiva a prevenção, valoriza melhores desfechos e reduz o custo, seria relevante o treinamento de profissionais de saúde na área de gestão.⁵

Apesar de evidenciada a necessidade de desenvolvimento de ferramentas para tornar a gestão mais eficiente, tal fato é negligenciado e são escassas as pesquisas na área. Por isso, hoje, o IMIP preocupa-se em desenvolver um curso de gestão em oncologia, com o objetivo de aperfeiçoar o serviço, otimizar os valores que são investidos e promover uma maior atenção ao paciente no âmbito oncológico, melhorando, assim, os indicadores de saúde.⁶

Diante de tudo que foi exposto, pode-se inferir que o objetivo primordial do estudo é contribuir para a formação de uma base de dados confiável acerca do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos do Hospital IMIP, calculando seus principais indicadores de saúde. Dessa forma, será possível a implementação de um curso de gestão especializado, visando a formação de uma rede de atenção oncológica organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articuladas, auxiliando no direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de Agosto de 2018 a Julho de 2019 no setor de oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no IMIP (CAE: 99219118.8.0000.5201).

De um total de 200 prontuários analisados, procedeu-se a exclusão de 81, pelo fato destes não possuírem as informações necessárias para análise. Assim, a amostra foi composta por 119 prontuários, selecionados do período de 2015-2018.

Além dos dados coletados dos prontuários, foi utilizado um banco de dados pré-existente coletado pela chefe do serviço oncológico do IMIP. Foi aplicado um questionário (apêndice 1) para obter as informações dos pacientes, tendo como base esse banco de dados.

Foram coletadas informações gerais como nome, idade, cor, ocupação, fatores de risco e hábitos de vida, método diagnóstico, presença de metástase, tipo de tratamento realizado. Ademais, foi coletada a data de eventos importantes, como a data de diagnóstico, data da primeira consulta oncológica, data do início do tratamento e data de óbito, se presente. Em seguida, foram calculados os intervalos de tempo entre essas datas.

Para obter a data do primeiro encaminhamento oncológico foi necessário utilizar o prontuário do paciente, localizado no arquivo do IMIP, uma vez que essa informação não constava no banco de dados do serviço, e, ainda assim, apenas 65,5% deles tinham essa informação.

Importante salientar que, na atual pesquisa, não foi preciso utilizar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para os pacientes ainda em tratamento, visto que os pacientes incluídos foram selecionados da base de dados pré-existente, no qual já obtiveram o consentimento.

Métodos estatísticos

Os dados foram expressos através de frequências absolutas e percentuais nas variáveis categóricas e as medidas: média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75 e valores mínimo e máximo para as variáveis numéricas. Para avaliar diferenças

significativas entre os grupos (Cursos) ou associação significativa entre duas variáveis categóricas em relação às variáveis numéricas (tempos entre eventos clínicos) foi utilizado o teste Mann-Whitney. A escolha do teste de Mann-Whitney foi devido a rejeição na hipótese de normalidade e a verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

RESULTADOS

Características gerais da amostra

Considerando a amostra total igual a 119 pacientes, observou-se que a idade dos participantes variou de 60 a 95 anos, teve média de 73,22 anos, desvio padrão igual a 7,96 anos e mediana igual a 71,00 anos.

Está presente no Gráfico 1 a distribuição segundo o sexo e no gráfico 2 segundo a faixa etária.

A maioria da amostra N= 109 (91,6%) foi composta de aposentados(as), 5% eram domésticas e as frequências das outras três ocupações citadas variaram de 1 a 2 casos cada. Predomina na amostra a cor parda, N= 72 (60,5%), sendo o restante: 21,8% da cor branca, 16,8% negra e 0,8% da cor amarela.

Os hábitos de alcoolismo e tabagismo foram registrados em 45,4% e 53,8% da amostra, respectivamente; a presença de outros fatores de risco estava presente em 78,2% (Tabela 1).

Tipo de diagnóstico e tratamento

O exame histopatológico foi realizado para diagnóstico na maioria (96,6%) do grupo; apenas 10,1% foi submetido a imunohistoquímica.

A presença de metástase foi registrada em 26,1% dos pacientes.

Os tratamentos realizados foram quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, retirada cirúrgica, imunoterapia e cirurgia oncológica e suas respectivas frequências estão listadas na Tabela 2.

Em relação ao desfecho 20,2% foi a óbito, a maioria N= 70 (58,8%) ainda esta em tratamento e para 21,0% a informação estava ausente.

Tempo entre datas coletadas

Apenas 65,5% dos prontuários utilizados para a atual pesquisa obtinham a data do primeiro encaminhamento para o serviço oncológico.

No caso dos outros 34,5% pacientes que não apresentavam dados acerca do referenciamento, foi registrada a data da biópsia no lugar da data do encaminhamento, à título de preenchimento do questionário. Por isso, esses pacientes não foram levados em consideração nas estatísticas que envolviam tempo de encaminhamento, já que a data da biópsia não reflete esse intervalo temporal fidedignamente.

Na Tabela 3 se apresentam as faixas de tempos (até 1 mês, mais de 1 mês a 3 meses, mais de 3 a 6 meses e mais de 6 meses) clínicos observadas entre os eventos considerando-se o total de pacientes.

Os seguintes intervalos de tempo estão descritos na Tabela 3: tempo entre o diagnóstico e o encaminhamento, tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, tempo entre o encaminhamento e o diagnóstico, tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta, tempo entre o encaminhamento e o início de tratamento, tempo entre o primeiro evento até o óbito e tempo do primeiro evento até o último (tempo total).

É válido ressaltar que, nem todos os pacientes da amostra possuíam a data de todos os eventos, logo a amostra é diferente para cada intervalo.

Na Tabela 4 se apresentam as estatísticas dos 7 tempos avaliados onde se verifica que: as médias mais elevadas corresponderam ao tempo do primeiro evento até o óbito (5,11 meses), seguida do tempo total no sistema (4,32 meses) e do encaminhamento até o diagnóstico (4,15 meses). Variabilidade elevada desde os valores dos desvios padrão foram correspondentemente mais elevados do que as médias correspondentes.

Na Tabela 5 não foram registradas diferenças significativas entre os que tiveram ou não metástase em relação aos tempos entre os eventos clínicos ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Indicadores

Analisando a amostra, a media de incidência dos cânceres, de maneira geral, ocorreu aos 73 anos. Sendo maior e mais precoce em homens (60,5% entre 60-70 anos) do que em mulheres (41,2% entre 71-80 anos). Essa disparidade possui inúmeras causas, sendo uma delas bastante significativa: a procura pelos serviços de saúde, a qual difere de acordo com o sexo. ⁷ Tal diferença implica numa prevenção e cuidado maior por parte do publico feminino. Ademais, existe uma maior concentração de políticas de saúde publica voltadas para a mulher, promovendo, inclusive, o rastreio para cânceres, como o de mama. ^{8,9,10}

Sabendo a idade média dos pacientes no presente estudo, o fato de que, a maioria dos indivíduos desenvolverá algum tipo de patologia ao longo da vida, torna-se evidente. Estudos comprovam que 40% dos idosos estão sujeitos a desenvolver algum tipo de doença crônica, entre elas o câncer. Além disso, o risco de desenvolver o câncer em pessoas com mais de 65 anos é por volta de 11 vezes maior do que em pessoas com menos idade. A incidência do câncer nessa faixa etária tende a continuar crescendo, uma vez que para Smeltzer e Bare (2005, p. 200) em 2030, as pessoas com mais de 65 anos de idade irão perfazer 22% da população. ¹¹

Quanto aos fatores de risco, quase metade da amostra (45,4%) fazia ou ja fez uso de tabaco, o qual é comprovadamente ligado ao aparecimento de câncer. Essa associação pode ser comprovada, por exemplo, através do estudo publicado em 2014 com os relatos feitos ao longo de 50 anos indicando a influência do tabaco em

inúmeros tipos de câncer (leucemia mieloide aguda, cabeça e pescoço, brônquios e pulmão, estômago, fígado, pâncreas, rins e ureter, cérvix, bexiga, cólon e reto).¹² Todavia, a intensidade e duração da exposição aos agentes de risco pode alterar essa influência. Sabe-se, contudo, que um terço dos novos casos de câncer anuais poderiam ser evitados, sendo o tabaco o vetor mais prevenível.¹³

Outrossim, o tabaco associado ao consumo de álcool aumenta ainda mais o risco de surgimento de alguns cânceres. E, mais da metade da amostra (53,8%) fazia ou já fez uso contínuo de álcool. Essa substância, também conhecida como carcinogênica, é responsável por até 25% da quantidade de casos de câncer atualmente, segundo a World Health Organization (WHO).¹⁴

Além dos fatores de risco mais conhecidos, algumas doenças de base foram significativamente mais prevalentes nos pacientes na amostra, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 60,5% e diabetes mellitus (DM) em 21,0%. Estudos prospectivos sugerem que a HAS está associada com risco aumentado para vários tipos de câncer (melanoma, bexiga, pâncreas, endométrio, cérebro, entre outros) e que a DM se relaciona com risco para câncer de pâncreas, câncer de fígado e câncer endometrial.^{15, 16}

Tipo de diagnóstico e tratamento e presença de metástase

No presente estudo, o método diagnóstico de quase a totalidade da amostra foi por histopatologia (96,6%), a qual permite a análise do grau de diferenciação das células neoplásicas.¹⁷ Tal escolha pode ser justificada pelo fato do tratamento ser baseado, principalmente, no estadiamento, visando não só o tumor primário, mas

possíveis metástases, diminuição de sintomas, melhora na qualidade e sobrevida do doente.¹⁷

Foi verificado no presente estudo que 26,1% dos pacientes apresentava metástase, um valor expressivo, dado o tamanho da amostra. O mesmo pode ser evidenciado em estudos similares, como o realizado numa cidade do interior paulista, traduzindo uma ocorrência de metástase em 30,1% da população estudada.¹⁸

Tempo de espera para início de tratamento

O termo “tempo de espera” se refere à extensão de tempo que as pessoas aguardam para obterem os serviços de saúde de que necessitam.¹⁹

No Brasil, a extensão do tempo de espera para o tratamento do câncer foi determinada por lei em 22 de novembro de 2012, tendo sido estabelecido que todo paciente com câncer tenha o primeiro tratamento iniciado dentro do prazo de 60 dias a contar da data de registro do diagnóstico da doença no prontuário do paciente.²⁰

No presente estudo, foi observado que, dos 73 pacientes onde o tempo entre diagnóstico e início do tratamento estava presente, em 34 (46,5%) o intervalo de tempo foi maior do que 3 meses. Esse resultado fere o prazo de 60 dias estabelecido por Lei. Entretanto, ainda que considerando esse prazo como meta, verifica-se que a média do Canadá é quase metade desse tempo, sendo de 28 dias. Tal fato pode estar relacionado ao padrão de saúde pública de cada um dos países, estando o Canadá entre os 10 primeiros lugares no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).¹⁹

Dessa forma, é notável que o tempo de espera é uma medida utilizada em alguns países, como um indicador de desempenho de serviços de saúde na resolução de problemas considerados prioritários, incluindo o acesso ao tratamento do câncer.

A literatura é escassa com respeito a estudos que avaliem o efeito do tempo de espera na sobrevivência de pacientes com câncer, sendo os resultados, algumas vezes, conflitantes.¹⁹

Ainda que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, como garante o artigo 196, da Constituição Federal Brasileira, o acesso pode ser dificultoso e burocrático, o que implica atraso para a realização dos exames, diagnóstico tardio de câncer e retardo do tratamento ferindo, assim, os direitos do paciente oncológico.²² Ademais, angústias e dúvidas podem ser geradas pelo paciente em relação a sua condição clínica.²³

Uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articuladas, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico.²³ Entretanto, no presente estudo, quando feita a avaliação do tempo entre o diagnóstico e encaminhamento, foram evidenciadas frequências de: até um mês 47,9%, mais de 1 e meses 21,0% e para 14,3% o encaminhamento ocorreu antes do diagnóstico. Tais dados demonstram que esse tempo encontra-se prolongado, interferindo no seguimento adequado do paciente. Além disso, vale ressaltar que, no presente estudo, 34,5% dos pacientes sequer apresentavam a data do encaminhamento oncológico em seus prontuários.

Neste cenário, é notória a realidade brasileira, que apesar dos muitos esforços na tentativa de estruturação de fortalecimento, a rede de atenção oncológica ainda lida com constantes fragilidades, com amplos intervalos de tempo entre o acesso aos serviços em várias fases do tratamento, apesar da rápida evolução da doença, em muitos dos casos. ²³ Por isso, o IMIP vem investindo na área de gestão oncológica, a fim de aprimorar o tempo entre eventos dos pacientes, resultando em uma maior sobrevida.

São limitações do presente estudo a qualidade do preenchimento do banco de dados pré-existente do serviço, o que pode ter impossibilitado a coleta de dados corretos pelo preenchimento errado ou pela falta de informação. A respeito das datas analisadas no estudo, também existe a possibilidade de alguma não ser fidedigna, o paciente pode ter passado por outro serviço de saúde, realizando previamente exames ou tratamentos sem registrar quando deu entrada no serviço analisado no estudo (IMIP).

Outra limitação importante seria a ausência, em alguns prontuários, da data do primeiro encaminhamento oncológico, visto que essa data tem grande valor ao analisar o tempo que o paciente esteve no serviço de saúde.

Ademais, a escassez literária em relação aos indicadores oncológicos gerais em outros serviços brasileiros, limitou a quantidade de fontes base para a pesquisa.

O estudo mostrou ser possível a recuperação das informações sobre linha de cuidado do câncer a partir dos registros nos sistemas de informações em saúde, ainda que de forma parcial. A estratégia utilizada evidenciou, sobretudo, a dificuldade de

informação sobre a confirmação diagnóstica, seguimento e tempo do paciente no serviço, indicando a necessidade de aperfeiçoar a organização da rede de atenção ao câncer.

Outrossim, o presente estudo fornece dados epidemiológicos, contribuindo justamente para minimizar as limitações de falta de dados acerca dos indicadores oncológicos em serviços brasileiros.

Alem disso, na tentativa de melhorar esses indicadores, o IMIP vem desenvolvendo uma serie de medidas para aprimoramento da gestão, como por exemplo um curso de gestão voltado para os profissionais de saúde que trabalham na área da oncologia. Dessa forma, a análise desses indicadores torna-se importante, também, na avaliação da implementação deste curso para aperfeiçoar o serviço de oncologia.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo revelam que existem falhas em relação ao tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, as quais podem ser modificadas através de uma melhor gestão dentro do serviço oncológico, tomando como base os indicadores avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RISCO DE CANCER NO BRASIL: TENDENCIA E ESTUDOS EPIDEMIOLOGICOS MAIS RECENTES- Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf
2. REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM, RIBEIRÃO PRETO SET./OUT. 2007 - Instituto Nacional de Câncer (INCA) no âmbito do CACON e UNACON. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php...>
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)- Dados das unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)- Dados sobre o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/PE>
5. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA: SOLUÇÕES E DESAFIOS, POR ROBERTO PORTO FONSECA- Dados sobre a gestão em saúde no Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.htm..

6. LIVRO: INOVAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE; SOLUÇÕES DISRUPTIVAS PARA REDUZIR CUSTOS E AUMENTAR QUALIDADE, CLAYTON M CHRISTENSEN.
7. Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saude Publica. 2007;
8. Projetos SC, Relatórios P, Saúde M DA. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes [Internet]. 2004. Available from: www.saude.gov.br/editora
9. Ferreira Da Silva RC, Hortale VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? Breast cancer Screening in Brazil: Who, How and Why? Rastreo del Câncer de Mama en Brasil: ¿Quién, Cómo y Por qué? Vol. 58, Revista Brasileira de Cancerologia. 2012.
10. Inca. PARÂMETROS TÉCNICOS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais [Internet]. 2009. Available from: www.inca.gov.br
11. Gizeli Depieri P, Cristina Vagetti G. NEOPLASIAS PRESENTES EM IDOSOS: A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA.
12. David B. Abrams. Can we use them to make combusting of tobacco obsolete - end the “cigarette century” and its preventable deaths? - AAHB Laureate award Charleston SC March, 2014.

13. Hendges DJ, Stoll RR, Moreschi C. A influência de hábitos e estilo de vida no surgimento de neoplasias malignas- uma revisão de literatura. Revista Destaques Acadêmicos Vol. 5, N. 3, 2013 - CCBS/UNIVATES.
14. Arem H, Loftfield E. Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship. Am J Lifestyle Med. 2018;
15. Radišauskas R, Kuzmickiene I, Milinavičiene E, Everatt R. Hypertension, serum lipids and cancer risk: A review of epidemiological evidence. Medicina (Lithuania). 2016.
16. Adami HO, McLaughlin J, Ekblom A, Berne C, Silverman D, Hacker D, et al. Cancer risk in patients with diabetes mellitus. Cancer Causes Control. 1991;
17. Cross SS. Grading and scoring in histopathology. Histopathology. 1998.
18. Brasileira R. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Vol. 56. 2010.
19. Nascimento MI do, Azevedo e Silva G. Efeito do tempo de espera para radioterapia na sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer do colo do útero, 1995-2010. Cad Saude Publica. 2016
20. LEI BRASIL. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Brasília, 2013.
21. Mackillop WJ, Fu H, Quirt CF, Dixon P, Brundage M, Zhou Y. Waiting for radiotherapy in Ontario. Radiation Oncology. 1994; volume 30: página 221-228

22. Oliveira JM, Reis J, Silva R. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. *Revista Enfermagem UFPE online*, Recife, 12(4):938-46, abr, 2018
23. Aquino RC, Vilela M. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. *Distúrb Comun*, São Paulo, 26(2): 420-422, junho, 2014

FIGURAS E TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes pesquisados segundo o sexo

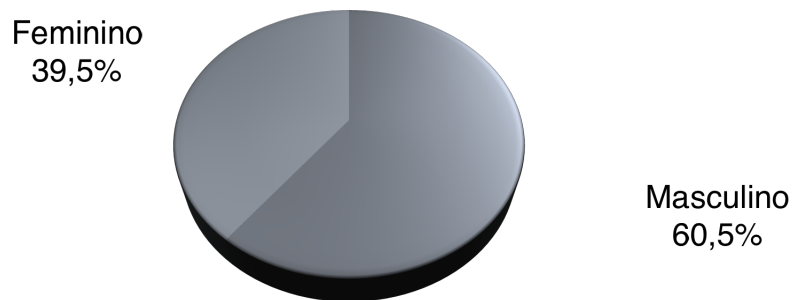


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes pesquisados segundo a faixa etária

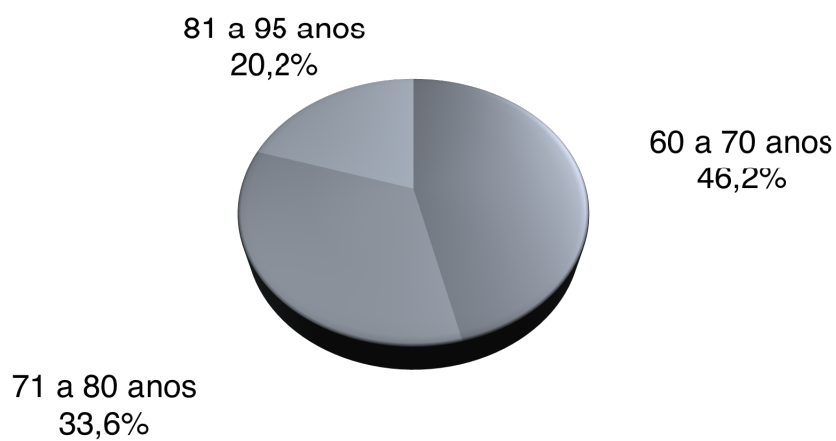


Tabela 1 – Avaliação do consumo de álcool, tabaco, e outros fatores de risco

Variável	n	%
Total	119	100,0
Álcool		
Sim	54	45,4
Não	65	54,6
Tabaco		
Sim	64	53,8
Não	55	46,2
Outros fatores de riscos:		
Sim	93	78,2
Não	26	21,8
Fatores de risco ⁽¹⁾		
HAS	72	60,5
Doença cardiovascular	14	11,8
Úlcera péptica	5	4,2
Infarto agudo do miocárdio	8	6,7
Doença pulmonar obstrutiva crônica	9	7,6
Diabetes	25	21,0
Doença vascular periférica	25	21,0
Doença renal	4	3,4
Insuficiência cardíaca congestiva	8	6,7

(1) Considerando que um mesmo paciente poderia apresentar mais de um fator de risco a soma das frequências é superior ao total.

Tabela 2 – Avaliação dos dados clínicos, tratamento de escolha e do desfecho com relação ao paciente

Variável	N	%
Total	119	100,0
Primeiro encaminhamento oncológico		
Encaminhamento	78	65,5
Biopsia	41	34,5
Histologia – biopsia		
Sim	115	96,6
Não	4	3,4
Imunohistoquímica		
Sim	12	10,1
Não	107	89,9
Cirúrgico		
Sim	-	-
Não	119	100,0
Metástase		
Sim	31	26,1
Não	85	71,4
Não informado	3	2,5
Tratamento:		
Quimioterapia		
Sim	42	35,3
Não	37	31,1
Não informado	40	33,6

Radioterapia		
Sim	17	14,3
Não	62	52,1
Não informado	40	33,6
Hormonioterapia		
Sim	33	27,7
Não	46	38,7
Não informado	40	33,6
Retirada cirúrgica		
Sim	3	2,5
Não	76	63,9
Não informado	40	33,6
Imunoterapia		
Sim	1	0,8
Não	78	65,5
Não informado	40	33,6
Cirurgia oncologica		
Sim	16	13,4
Não	94	79,0
Não informado	9	7,6
Desfecho		
Óbito	24	20,2
Ainda em tratamento	70	58,8
Não informado	25	21,0

Tabela 3 – Resultados dos tempos clínicos

Variável	n	%
Total	119	100,0
Tempo do diagnóstico até o encaminhamento		
Até um mês	57	47,9
Mais de 1 até 3	25	21,0
Mais 3 a 6	6	5,0
Acima de 6	7	5,9
O encaminhamento ocorreu antes do diagnóstico	17	14,3
Não informado	7	5,9
Tempo do encaminhamento até diagnóstico		
Até um mês	11	9,2
Mais de 1 até 3	1	0,8
Mais 3 a 6	5	4,2
Acima de 6	7	5,9
O diagnóstico ocorreu antes do encaminhamento	95	79,8
Tempo do encaminhamento até primeira consulta		
Até um mês	69	58,0
Mais de 1 até 3	37	31,1
Mais 3 a 6	2	1,7
Acima de 6	5	4,2
Não informado	6	5,0
Tempo de encaminhamento até início do tratamento		
Até um mês	34	28,6
Mais de 1 até 3	26	21,8
Mais 3 a 6	5	4,2
Acima de 6	7	5,9
Não informado	47	39,5

Tempo entre o primeiro evento até o óbito

Mais de 1 até 3	5	4,2
Mais 3 a 6	11	9,2
Acima de 6	7	5,9
Ainda em tratamento	70	58,8
Desfecho não informado	25	21,0
Tempo de óbito não informado	1	0,8

Tempo do diagnóstico até início do tratamento

Até um mês	5	4,2
Mais de 1 até 3	34	28,6
Mais 3 a 6	21	17,6
Acima de 6	13	10,9
Não informado	46	38,7

Tempo total

Até um mês	26	21,8
Mais de 1 até 3	46	38,7
Mais 3 a 6	24	20,2
Acima de 6	23	19,3

Tabela 4 – Estatísticas das variáveis numéricas relacionadas ao tempo dos procedimentos clínicos

Tempo (meses)	n	Média	DP	Mínimo	P25	Mediana	P75	Maximo
Do diagnóstico até o encaminhamento	95	1,87	5,10	0,00	0,00	0,66	1,61	45,83
Do encaminhamento até diagnóstico	24	4,15	4,47	0,10	0,36	3,01	7,01	14,62
Do encaminhamento até primeira	113	1,67	4,19	0,00	0,38	0,59	1,30	32,69

Consulta								
Do encaminhamento até início tratamento	72	3,11	5,91	0,00	1,00	2,00	3,00	37,00
Do diagnóstico até início tratamento	73	4,84	7,46	0,33	1,92	2,82	4,48	49,41
Do primeiro evento até o óbito ⁽¹⁾	23	5,11	3,03	1,51	3,19	4,60	6,14	14,46
Tempo total no sistema	119	4,32	6,42	0,03	1,08	2,56	5,00	45,83

(1) Para um paciente a data do óbito estava ausente.

Tabela 5 – Estatísticas das variáveis numéricas relacionadas ao tempo entre os eventos clínicos, segundo a ocorrência de metástase

Tempo (em meses)	Metástase		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP Mediana (P25 a P75)	Média ± DP Mediana (P25 a P75)	
Diagnóstico até o encaminhamento	0,79 ± 0,98 0,41 (0,02; 1,38)	2,09 ± 5,81 0,66 (0,00; 1,61)	p ⁽¹⁾ = 0,549
Encaminhamento até diagnóstico	2,91 ± 5,31 0,56 (0,26; 3,65)	4,89 ± 4,18 4,11 (0,57; 8,16)	p ⁽¹⁾ = 0,242
Encaminhamento até primeira consulta	1,92 ± 5,80 0,53 (0,30; 1,25)	1,58 ± 3,46 0,62 (0,39; 1,45)	p ⁽¹⁾ = 0,601
Encaminhamento até início do tratamento	3,20 ± 8,02 1,00 (1,00; 2,75)	3,10 ± 5,06 2,00 (1,00; 3,00)	p ⁽¹⁾ = 0,268

Do diagnóstico até início tratamento	4,30 ± 8,30 2,55 (1,38 a 3,27)	5,16 ± 7,37 3,32 (2,23 a 5,30)	p ⁽¹⁾ = 0,040*
Entre o primeiro evento até o óbito	4,86 ± 1,62 4,60 (3,40; 6,14)	5,43 ± 4,32 3,99 (2,37; 7,44)	p ⁽¹⁾ = 0,552
Tempo total	4,57 ± 6,71 3,00 (1,02; 5,59)	4,18 ± 6,41 2,37 (1,10; 4,50)	p ⁽¹⁾ = 0,571

(*) Diferença significativa a 5%

(1) Através do teste de Mann-Whitney.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados

Prontuario: _____ Numero controle: _____

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Ocupação: _____ Cor _____

Alcool: () SIM () NAO

Tabaco: ()SIM () NAO

Outros fatores de riscos: () SIM () NAO Qual:

Primeiro encaminhamento oncológico: ___/___/___ () DATA

ENCAMINHAMENTO () DATA BIOPSIA

Data da primeira consulta oncológica: ___/___/___

Diagnóstico: ___/___/___

histologia - biopsia

imunohistoquímica

cirúrgico

Metastase: SIM NAO

Tratamento de escolha:

QUIMIOTERAPIA

RADIOTERAPIA

HORMONIOTERAPIA

RETIRADA CIRURGICA

data de inicio do tratamento: ___/___/___

Cirurgia oncológica: SIM NAO quantas: _____

Duração do tratamento: _____

Desfecho:

CURA data de alta: ___/___/___

OBITO data: ___/___/___

AINDA EM TRATAMENTO