

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ -
FACENE/RN

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS COM ESTADIAMENTO III E IV**

MOSSORÓ/RN

2016

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS COM ESTADIAMENTO III E IV**

Monografia apresentada como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem pelo curso de Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
de Mossoró – FACENE/RN

ORIENTADORA: Prof^ª. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa

MOSSORÓ/RN

2016

GÍVILLA BEZERRA MENDONÇA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E SOBREVIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS COM ESTADIAMENTO III E IV**

Monografia apresentada pela graduanda Gívilla Bezerra Mendonça, do curso de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: ____ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof^a. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Me. Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral (FACENE/RN)

MEMBRO

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por sempre estar presente em minha vida caminhando junto comigo e por mim ajudar a vencer os obstáculos do dia a dia. Agradeço por todas as bênçãos recebidas durante a vida acadêmica!

Aos meus pais, Gilsimar e Vanusa, por todo amor e carinho dedicados em minha vida! De vocês recebia a força e estímulo para acreditar na realização desse sonho. Obrigada pelos ensinamentos e compreensão da minha ausência! Amo vocês!

A minha irmã, Gislane, que tanto mim ajudou nessa caminhada acadêmica em diversos momentos, sejam eles bons ou ruins. Dela recebia vários incentivos para seguir essa profissão tão amada por mim! Obrigada pela linda sobrinha, Valentina, que veio para engrandecer mais ainda a nossa família!

Ao meu noivo, Lênio, não tenho palavras para agradecer tudo que fez e faz por mim. Você que em nenhum momento me deixou sozinha, sempre disposto a ajudar, embora muitas vezes precisasse fazer quase o impossível só para mim ver feliz. Obrigada por todo amor e paciência! Te amo!

A minha querida orientadora, Kalidia Felipe, sei que és um anjo em minha vida. Tenho um carinho e admiração por você enorme, não sei nem dizer qual grande é! Muito obrigada por todos os ensinamentos.

Aos membros da banca, Giselle dos Santos e Sarah Azevêdo pelo convite aceito, foi um prazer receber vocês para participar junto comigo desta pesquisa. Agradeço todas as sugestões, tenho certeza que vieram para enriquecer mais ainda meu trabalho. Em mim existe um carinho muito grande por cada uma de vocês!

Aos mestres da vida acadêmica por todo conhecimento transmitido, cada um é muito especial para mim. Muito obrigada por tudo!

Aos meus colegas de graduação, em especial a Ana Célia, Ismael e Josefina, como dizemos entre si: meus parceiros! O caminho foi longo e árduo, mas conseguimos chegar a reta final, e sem dúvidas, vocês foram elementos essenciais neste caminho, só tenho que agradecer! Que nossas amizades se perpetuem para a vida!

As minhas amigas do ônibus, Ana Célia, Clara, Mislândia, Micherlânia, Raquel, Luane, Kaddigynna, Gabrielly, Maryssa, Isabel e Layane. Tenho muito carinho por cada uma, obrigada pela amizade de vocês, por todas as risadas e momentos especiais compartilhados!

Aos funcionários da FACENE, em especial as meninas do laboratório de Semiologia Natália, Leida e Elizas, lugar onde passei metade da graduação devido as monitorias de Bioquímica e Semiologia, foram momentos marcantes com vocês, muitos ensinamentos e puxões de orelha! Adoro vocês!

A toda instituição FACENE, bem como a todos que fazem parte dela, meu muito obrigada! Tenho orgulho de ser parte dessa família e de dizer: eu estudei na melhor!

*“Não haverá borboletas se a vida não passar por
longas e silenciosas metamorfoses [...].”*

Rubem Alves

RESUMO

O câncer representa um conjunto de mais de 100 doenças, na qual têm em comum o crescimento anormal e desordenado de células, com potencial tendência de invasão para os tecidos e órgãos vizinhos. Pode manifestar-se em qualquer parte do corpo, e alguns órgãos podem ser mais afetados do que outros, assim houve a necessidade de classificar os tipos de cânceres em estádios (I, II, III e IV), partindo da observação de que as taxas de sobrevida são diferentes para cada tipo de câncer. O sistema para classificação dos tumores malignos mais utilizado é o denominado Sistema TNM e Classificação dos Tumores Malignos. E a taxa de sobrevida depende da extensão da doença no momento do diagnóstico, seus dados são úteis para que se possa avaliar o resultado final do tratamento do câncer e poder prognosticar melhoria no controle do câncer ao longo do tempo. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico-epidemiológico e a sobrevida de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM, Mossoró/RN. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório documental e retrospectivo com abordagem quantitativa que foi realizado no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró. A amostra foi composta por 250 prontuários de pacientes oncológicos de acordo com critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de coleta de dados foi um formulário com as variáveis: sócio-demográficas e clínicas. Os dados foram expressos em valores de média \pm desvio padrão bem como mediana, frequência simples e porcentagem. As diferentes variáveis estudadas foram comparadas através do Qui-quadrado ou exato de Fisher, e as diferenças de sobrevida foram realizados testes de Kaplan-Meier seguido por teste Log-Rank, com nível de significância de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº: 1.185.887. Dentre os resultados houve predominância do sexo feminino (51%). Maiores de 60 anos (63,4%). Grau de instrução e região de nascimento apresenta-se o não informado, respectivamente (99%) e (96,5%). A região de residência foi Mossoró-RN (66,3%) e a profissão temos os agricultores (27,2%). Em relação aos dados clínicos os tumores do aparelho digestivo (31,7%) foram mais frequentes. O estágio mais encontrado foi o IV (66,3%). Metástases para o aparelho digestivo (15,8%). Modalidade de tratamento mais utilizado foi a quimioterapia (39,6%) e (55,9%) dos pacientes necessitam de reinternação. Os cânceres com associação estatística significativa para os estádios III e IV foram os de mama com $p=0,035$ e ginecológico com $p=0,007$. Diante dos cânceres encontrados temos os urológicos apresentando maior sobrevida (18.000) e o de pele com menor sobrevida (4.000). Com a construção desta pesquisa, conseguiu-se alcançar os objetivos propostos, na qual o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos com estadiamento III e IV foi caracterizado e também foi identificado a sobrevida dos pacientes oncológicos com ambos estadiamentos. Acredita-se que esta pesquisa tenha contribuído com a literatura, principalmente, a oncológica. Portanto, espera-se que também sirva como base para outros estudos.

Palavras-Chave: Sobrevida. Estadiamento de neoplasias. Oncologia.

ABSTRACT

The cancer represents a group of more than 100 diseases, in which they have in common the abnormal and disordered growth of cells, with potential tendency of invasion for the neighboring tissues and organs. It may manifest in any part of the body, and some organs may be more affected than others, so there was a need to classify cancers in stages (I, II, III and IV), based on the observation that the rates of survival are different for each type of cancer. The most widely used malignant tumor classification system is the TNM System and Classification of Malignant Tumors. And the survival rate depends on the extent of the disease at the time of diagnosis, its data are useful for assessing the final outcome of cancer treatment and predicting improvement in cancer control over time. The objective of this study was to evaluate the clinical and epidemiological profile and the survival of oncological patients with staging III and IV at the Center of Oncology and Hematology of Mossoro - COHM. This is a descriptive study, exploratory retrospective documentary and quantitative approach that was held at the COHM, in the municipality of Mossoro, Rio Grande do Norte. The sample consisted of 250 charts of cancer patients according to inclusion and exclusion criteria. The instrument of data collection was a form with the variables: sociodemographic and clinical variables. Data were expressed as mean \pm standard deviation as well as median, simple frequency and percentage. Kaplan-Meier tests were performed using the Log-Rank test, with a significance level of 5%. The Kaplan-Meier test was performed using the Chi-square test or the Fisher's exact test. The research was approved by the Research Ethics Committee, according to opinion n^o: 1,185,887. Among the results, there was a predominance of females (51%). Over 60 years old (63.4%). Level of instruction and region of birth is the non-informed, respectively (99%) and (96.5%). The region of residence was Mossoro/RN (66.3%) and the profession we have the farmers (27.2%). Regarding the clinical data, digestive tract tumors (31.7%) were more frequent. The most common stage was IV (66.3%). Metastases to the digestive tract (15.8%). Mode of treatment most used was chemotherapy (39.6%) and (55.9%) of the patients required re-titration. Cancers with a statistically significant association for stages III and IV were those with p-0.035 and gynecological with p-0.007. In face of the cancers found we have the urological presenting a higher survival (18,000) and the one of skin with lower survival (4,000). With the construction of this research, it was possible to reach the proposed objectives, in which the clinical-epidemiological profile of oncological patients with stage III and IV was characterized and the survival of cancer patients with both stages was also identified. It is believed that this research contributed to the literature, mainly the oncology. Therefore, it is also expected to serve as a basis for further studies.

Keywords: Survival. Staging of neoplasias. Oncology.

LISTA DE SIGLAS

IARC – Agência Internacional de Investigação do Câncer

OMS – Organização Mundial da Saúde

UICC – União Internacional Contra o Câncer

TNM – Tumor primário; linfonodos regionais; metástases

CTNM – Classificação clínica do estadiamento

PTNM – Classificação patológica do estadiamento

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

COHM – Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

GM – Gabinete do Ministério

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

PIBIC – Programa de Bolsas de Iniciação Científica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estimativas para o ano de 2016 dos números de casos novos de câncer, por localização primária	17
Tabela 2: Frequência simples e porcentagem das variáveis sociodemográficas. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.....	32
Tabela 3: Frequência simples e porcentagem das variáveis clínica. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.....	34
Tabela 4: Frequência simples e porcentagem dos tipos de cânceres encontrado em relação ao estadiamento III e IV e associação estatística entre as variáveis. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016	36
Tabela 5: Valores de sobrevida (Mediana) em relação aos tipos de cânceres encontrados de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem das cidades tidas como região de residência dos prontuários pesquisados. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.....	33
Gráfico 2: Curva de sobrevivência dos tumores de pele e urológicos. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problema	14
1.2 Justificativa	14
1.3 Hipótese	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Câncer: um problema de saúde pública	17
3.2 Estadiamento do câncer e sobrevida	20
3.3 Terminalidade e cuidados paliativos	23
4 METODOLOGIA	28
4.1 Tipo de pesquisa	28
4.2 Local da pesquisa	28
4.3 População e amostra	29
4.4 Instrumento de coleta	29
4.5 Procedimentos para coleta de dados	30
4.6 Análise dos dados	30
4.7 Aspectos éticos	30
4.8 Financiamento	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FORMULÁRIO	51
ANEXO I – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO	53
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS – TCUD	54

1 INTRODUÇÃO

O termo câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, sendo utilizada pela primeira vez por Hipócrates (460-377 a.C.), esse considerado o pai da Medicina. Ele representa um conjunto de mais de 100 doenças, na qual têm em comum o crescimento anormal e desordenado de células, com potencial tendência de invasão para os tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2011a).

O relatório de câncer do mundo divulgado no ano de 2014 pela Agência Internacional de Investigação do Câncer (*IARC*, do inglês *International Agency for Research on Cancer*) da Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que o câncer constitui-se como um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, sendo esperado que, para as próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. Por sua vez, no Brasil, a estimativa para o biênio 2016-2017 exhibe a ocorrência com cerca de 600 mil casos novos para o câncer (BRASIL, 2015).

A neoplasia pode manifestar-se em qualquer parte do corpo, e alguns órgãos podem ser mais afetados do que outros, devido a isso existe vários tipos de câncer que são classificados de acordo com a localização primária do tumor, são eles: câncer da cavidade oral (boca); cólon e reto (intestino); esôfago; estômago; mama; pele do tipo melanoma; pele não melanoma; próstata; pulmão; colo do útero e as leucemias (BRASIL, 2011a).

Além da localização, houve a necessidade de classificar os tipos de cânceres em estádios, partindo da observação de que as taxas de sobrevivência são diferentes para cada tipo de câncer, ou seja, quando a doença está limitada ao seu órgão de origem ou quando ocorre invasão dos órgãos vizinhos. Assim a classificação das neoplasias malignas foram agrupadas seguindo diferentes variáveis como: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente (BRASIL, [2012b?]).

O sistema para classificação dos tumores malignos mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM e Classificação dos Tumores Malignos. Esse sistema, nomeado, no Brasil como estadiamento embasa-se na extensão anatômica da doença, juntamente com as

características do tumor primário (T), características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástases a distância (M). Além disso, quando esses preceitos recebem graduações numéricas indica que existe extensão da doença maligna, sendo de T0 a T4; N0 a N3; e de M0 a M1, respectivamente (BRASIL, 2011a).

O estadiamento pode receber duas classificações: a clínica (designada TNM ou cTNM), surge de evidências obtidas antes do tratamento, como no exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia, biópsia, entre outros, e a patológica (designada pTNM), tem por base as evidências conseguidas antes do tratamento e que serão complementadas por evidências adicionais através da cirurgia e/ou exame histopatológico (BRASIL, 2004).

Desta forma, o estadiamento pode ser definido como: Estadiamento 0 – carcinoma in situ; Estadiamento I – invasão local inicial; Estadiamento II – tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; Estadiamento III – tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa; Estadiamento IV – tumor localmente avançado ou presença de metástases à distância (GADELHA; COSTA; ALMEIDA, 2005). Os estadiamentos III e IV exibem características do câncer avançado, conseqüentemente inferioridade nos resultados em termo de sobrevida, ou seja, apresentam menor sobrevida, isso ocorre devido a maioria dos indivíduos serem diagnosticados com a doença em estágio avançado, fase em que as possibilidades de cura estão bastante reduzidas (GOUVEA et al, 2010).

A taxa de sobrevida depende da extensão da doença no momento do diagnóstico, seus dados são úteis para que se possa avaliar o resultado final do tratamento do câncer e poder prognosticar melhoria no controle do câncer ao longo do tempo. Em sua maioria, as chances de sobrevivência nos segundos cinco anos de doença é superior as dos primeiros cinco anos, além do que, sabe-se que a sobrevida global em cinco anos para todos os cânceres é considerada de 50% (OTTO, 2002).

Para o aumento na taxa de sobrevida, o meio mais importante e eficaz é o diagnóstico precoce da doença. Porém, mais da metade dos cânceres são diagnosticados em estágios avançados, implicando diretamente em um pior prognóstico e menor sobrevida (BONFANTE et al, 2014).

No momento atual, além da sobrevida desses pacientes, existe também uma preocupação no modo como eles têm vivido os anos através dos avanços em seu tratamento (OLIVEIRA et al, 2016).

Mesmo a taxa de sobrevivência sendo distinta, ou seja, cada paciente apresentando a sua taxa específica, onde para uns é maior, já para outros menor, é permitido almejar estratégias, mesmo para os pacientes em cuidados paliativos exclusivos, para manter bons índices de qualidade de vida, principalmente, para aqueles com sobrevida menor (DETTINO et al, 2012).

Nessa perspectiva, melhorar a qualidade de vida desses pacientes é influenciar positivamente e diretamente o curso da doença, muitas vezes em progressão. É importante executar uma boa assistência aos pacientes oncológicos buscando a humanização, juntamente com a abordagem holística, com isso provendo o respeito, desejos e necessidades atendidas, sintomas controlados, conviver com seus familiares, logo prolonga-se sua sobrevida e vive-se com qualidade (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009).

1.1 Problema

Qual o perfil clínico-epidemiológico e a sobrevida de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV?

1.2 Justificativa

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o perfil clínico-epidemiológico e a sobrevida dos pacientes oncológicos que apresentam estadiamento III e IV. Esse conhecimento é importante, uma vez que pode direcionar a atenção para os cuidados paliativos, quando estes forem necessários. Já que o estadiamento avançado está relacionado com a diminuição das chances de cura e aumento da necessidade de cuidados paliativos. Deste modo, é possível desenvolver uma assistência mais qualificada e melhorar a qualidade de vida desses pacientes oncológicos, na qual influencia positivamente em todo o curso da doença. Esse tema foi escolhido devido existir uma grande demanda de pacientes sendo diagnosticados com câncer em estágio avançado, desta forma, tornando-se um forte candidato aos cuidados paliativos. E sabe-se que o estágio avançado remete-se a baixa sobrevida,

com isso a importância de ofertar qualidade de vida aos dias de vida para esses pacientes.

1.3 Hipótese

O perfil clínico-epidemiológico influencia diretamente a sobrevida dos pacientes oncológicos. Dentre eles, os que apresentam estadiamento III e IV desenvolvem uma sobrevida menor, desta forma, necessitam receber os cuidados paliativos para prover uma melhor qualidade de vida em sua fase de terminalidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o perfil clínico-epidemiológico e a sobrevida de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM, Mossoró/RN.

2.2 Objetivos específicos

- Buscar prontuários de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV;
- Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV;
- Associar os tipos de cânceres encontrados com o estadiamento III e IV;
- Identificar a sobrevida dos pacientes oncológicos com estadiamento III e IV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer: um problema de saúde pública

O câncer representa um dos principais problema de saúde pública mundial, não apenas devido ao aumento da sua incidência, mas também por ser uma das maiores causas de mortalidade e morbidade do mundo, caracterizado por mais de dez milhões de casos novos e mais de seis milhões de mortes por ano (PIRAJÁ et al, 2013; HOFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014). A mortalidade por neoplasias malignas vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, representando a segunda causa de mortalidade (BRASIL, 2011a).

As estimativas mostram que em 2016, no Brasil, a incidência será de 295.200 casos por 500 mil para o sexo masculino e para o sexo feminino serão 300.870 casos por 500 mil, totalizando 596.070 casos. As estimativas apresentadas a seguir devem ser consideradas no formato número/200 mil habitantes, a qual estimam-se que, em relação ao sexo masculino e o feminino a incidência por região será: Norte (21.490), Nordeste (107.180), Centro-Oeste (44.430), Sul (131.880) e Sudeste (291.090) (BRASIL, 2015).

No que concerne, as estimativas por região em um número/100 mil habitantes quanto a localização primária serão:

Tabela 1: Estimativas para o ano de 2016 dos números de casos novos de câncer, por localização primária

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Próstata	2.470	14.290	5.050	13.590	25.800
Mama Feminina	1.810	11.190	4.230	10.970	29.760
Colo do Útero	1.970	5.630	1.560	2.240	4.940
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.090	4.790	1.810	8.040	12.490
Cólon e Reto	920	4.470	2.330	6.610	19.950
Estômago	1.450	4.880	1.340	3.720	9.130
Cavidade Oral	450	3.070	890	2.750	8.330
Laringe	330	1.740	510	1.750	3.020
Bexiga	460	1.310	600	1.860	5.440
Esôfago	290	1.880	700	3.170	4.770
Ovário	250	1.420	530	990	2.960
Linfoma de Hodgkin	180	450	210	660	970
Linfoma não Hodgkin	400	1.770	660	2.060	5.350
Glândula Tireoide	350	2.270	400	1.100	2.840
Sistema Nervoso Central	420	2.210	700	2.730	4.210
Leucemias	560	2.280	600	2.200	4.430
Corpo do Útero	230	1.320	450	770	4.180
Pele Melanoma	160	940	360	1.950	2.260
Outras Localizações	3.400	16.800	5.150	31.170	43.170
Subtotal	17.190	82.710	28.080	98.330	194.000
Pele não Melanoma	4.300	24.470	16.350	33.550	97.090
TOTAL	21.490	107.180	44.430	131.880	291.090

FONTE: BRASIL (2015)

As três principais neoplasias malignas, em relação a incidência por localização primária entre os homens são: próstata (29%), pulmão, traqueia e brônquios (8%) e cólon e reto (8%). E para as mulheres são: mama (28%), cólon e reto (9%) e colo do útero (8%) (BRASIL, 2011a).

Os cânceres que aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade são os de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama. Na qual as três principais causas de óbito entre os homens, em 2008, foram: o câncer de traqueia, brônquios e pulmões, seguido por próstata e câncer de estômago. E as três principais entre as mulheres, em 2008, foram: o câncer de mama, seguido por traqueia, brônquios e pulmões e câncer de cólon e reto (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde (MS), em 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), através da Portaria 2.439/GM, sendo contemplada as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas com a participação direta e indireta do governo federal, das secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005).

A prevenção primária que deve ser realizada para os principais tipos de câncer envolve as medidas inespecíficas de proteção contra os riscos e danos, como a redução da exposição a agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais (CESTAR; ZAGO, 2005; PARADA et al, 2008).

As ações preventivas e detecção precoce podem reduzir a sua incidência e a mortalidade em diferentes proporções para os tipos de câncer mais comuns (PARADA et al, 2008). As ações podem ser promovidas para que a população fique mais conscientizada, principalmente, acerca do seu comportamento, os sinais de alerta e a frequência que deve ser realizada a prevenção. Além disso, juntamente com a prevenção encontra-se a promoção, ou seja, ações de promoção e/ou proteção específica contra os fatores de riscos para o câncer (CESTAR; ZAGO, 2005).

Os principais fatores de risco para o câncer são: o tabagismo; o alcoolismo; os hábitos alimentares, principalmente em relação ao consumo de alimentos ricos em gorduras; as radiações, como as ionizantes e as radiações ultravioletas natural que são provenientes do sol; o uso de medicamentos, pois alguns podem ter efeito carcinogênico; o uso de hormônios e fatores reprodutivos; o contato com os agentes infecciosos e parasitários; a exposição ocupacional, com exposição a agentes

químicos, físicos ou biológicos e; a poluição do ambiente geral (CESTAR; ZAGO, 2005).

Outra ação contemplada pela PNAO é o diagnóstico, esse sendo considerado um dos mais importantes objetivos, tanto da PNAO quanto para o sistema de saúde em geral, pois prover o diagnóstico precoce e ofertar assistência oportuna a população é essencial, contudo sabe-se que mais da metade dos casos tem sido diagnosticada em estágios avançados (BONFANTE et al, 2014).

A realização do diagnóstico precoce tem como objetivo descobrir o mais cedo possível uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta (BRASIL, 2011a), portanto o exame físico pode gerar hipótese para doença maligna que somente serão confirmadas através de exames histológicos e/ou citológicos (OTTO, 2002).

O próximo passo fundamental em seguida do diagnóstico e da classificação do estadiamento é o tratamento do câncer, tendo como principais metas a cura, o prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

Existem diversas formas de tratamento, porém as principais são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Elas podem ser utilizadas em conjunto, podendo variar quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação. No momento, poucas neoplasias malignas são tratadas com apenas uma modalidade terapêutica (BRASIL, 2011b).

O tratamento cirúrgico do câncer pode ser realizado em fase inicial, se indicado, a fim de controlar e/ou curar. O seu planejamento deve existir necessitando incluir todos os cuidados relacionados aos princípios da cirurgia, juntamente ao preparo do paciente e seus familiares, já que, geralmente alterações fisiológicas e/ou mutilações podem advir desse tipo de tratamento (BRASIL, [2010a?]).

Esse tratamento para o câncer possui duas finalidades, sendo a curativa ou paliativa. A curativa é indicado nos casos de tumores iniciais, em sua maioria, em estado sólido. Essa modalidade compreende a remoção radical do tumor junto com as margens de segurança, se indicado pode-se retirar os linfonodos das cadeias de drenagem linfática. Já o tratamento paliativo, tem como finalidade reduzir a população de células neoplásicas ou de controlar os sintomas decorrentes do tratamento e que comprometem a qualidade de vida (BRASIL, [2010a?]).

Já a radioterapia é o tratamento realizado no local ou loco-regional da área do câncer, onde utiliza-se equipamentos e técnicas variadas para irradiar essas áreas

que são prévia e cuidadosamente demarcadas. A autorização para sua realização deve estar sempre dentro de um planejamento, consistindo em início e fim previstos. A radioterapia possui finalidades de ação, podendo ser paliativa, pré-operatória, pós-operatória ou pós-quimioterapia, curativa, anti-álgica e anti-hemorrágica (BRASIL, 2011b).

A quimioterapia é um dos tipos de tratamento, considerado potencialmente curativo, na qual é capaz de destruir células tumorais, porém tem um alto poder de causar inúmeros efeitos colaterais indesejáveis para o paciente. Os principais efeitos colaterais ou toxicidades são alterações hematológicas, gastrointestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológicas, reações alérgicas e anafilaxia (UNTURA; REZENDE, 2012).

O planejamento entre as diferentes modalidades terapêuticas não se restringe apenas a seleção de condutas clínicas ou cirúrgicas, além disso deve-se incluir todo o conjunto de cuidados que garantem ao paciente situar-se em sua nova condição e procurar adaptar-se física, psicológica e socialmente a ela. Desta forma, o processo de reabilitação, preconizado pela PNAO, deve ser considerado. Ele pode ser aplicado dependendo da perda anatômica, dos locais acometidos pelas metástases, dos tratamentos utilizados, da idade do paciente e do seu prognóstico. Além disso, o objetivo principal é a melhoria da qualidade de vida do paciente, procurando atender suas necessidades específicas, bem como medidas que visem a restauração anatômica e funcional, ao suporte físico e psicológico como também a palição dos sintomas (BRASIL, [2010b?]).

Diante disso, temos um outro ponto contemplado pela PNAO que são os cuidados paliativos, na qual são os cuidados desenvolvidos para aqueles pacientes que se encontram fora de possibilidade terapêutica de cura (BRASIL, [2013?]).

3.2 Estadiamento do câncer e sobrevida

Classificar o estágio de uma neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação (BRASIL, [2012b?]). A aplicação de um sistema de classificação para tumores malignos permite inferir acerca do comportamento biológico do tumor, seleção das condutas terapêuticas a serem utilizadas, prevenção de complicações, estimativa do prognóstico, organização da avaliação dos resultados terapêuticos,

padronização para publicação desses resultados, facilitar a troca de informações entre os especialistas e centros de tratamento e contribuir para a pesquisa oncológica (GADELHA; COSTA; ALMEIDA, 2005).

A necessidade de dividir as neoplasias em grupos (estádios) surgiu pelo fato de que as taxas de sobrevida eram maiores para os casos em que a doença era localizada do que para aqueles que a doença tinha invadido outros órgãos, além do seu órgão de origem, esses grupos são relatados como casos iniciais e casos avançados, respectivamente, pois infere-se que há alguma progressão regular com o passar do tempo (BRASIL, 2004).

O estágio do tumor analisa não somente a taxa de crescimento e a extensão da doença como também o tipo de tumor e a sua relação com o hospedeiro (BRASIL, [2012b?]). Além dessas, existem muitas bases ou eixos de classificações dos tumores, por exemplo a duração dos sinais ou sintomas, o gênero e idade do paciente, o tipo e grau histológico. Todas essas variáveis demonstram ter uma influência na evolução da doença (BRASIL, 2004).

O sistema de classificação de tumores malignos requer exatamente que o sítio primário da neoplasia seja definido, juntamente com a confirmação microscópica do diagnóstico, logo esse sistema é baseado em três elementos, sendo o T, N e M. O sistema TNM para a classificação dos tumores malignos, foi desenvolvido por Pierre Denoix, na França, entre os anos de 1943 e 1952 (BRASIL, 2004). A primeira classificação do TNM foi para os cânceres de mama e laringe publicado em 1958 (SIMÕES; GAMA; WINHESKI, 2008).

As definições básicas adotadas para classificação TNM ou cTNM são: para o tumor primário (T) classifica-se Tx quando o tumor primário não pode ser avaliado; T0 sem evidências do tumor primário; Tis carcinoma “in situ” lobular ou ductal e T1 a T4 de acordo com o tamanho e/ou extensão. Quanto aos linfonodos regionais (N) classifica-se Nx quando os linfonodos regionais não podem ser avaliados; N0 ausência de metástases em linfonodos regionais e N1, N2, N3 em metástases progressiva nos linfonodos regionais. Em relação a metástases à distância (M) tem-se Mx quando a presença de metástases à distância não pode ser avaliada; M0 ausência de metástases à distância e M1 presença de metástases à distância. Em algumas situações as categorias principais necessitam de maior especificidade sendo preciso receber subdivisões (T1a, T1b ou N2a, N2b), porém a metástases não recebe subdivisões. As definições gerais referidas para a classificação patológica pTNM são

as mesmas utilizadas pela classificação TNM ou cTNM, mas é necessário acrescentar um p (caracterizando como patológico) antes de cada classificação (NESCON, 2000; BRASIL, 2004).

Lembrando que a classificação pTNM não indica a substituição da classificação TNM ou cTNM, pois essa permanece inalterada. Já a pTNM é registrada separadamente, sendo considerada a mais importante para a indicação do tratamento e estimativa de prognóstico (SIMÕES; GAMA; WINHESKI, 2008).

O estadiamento pode receber várias combinações, tanto do tumor primário quanto dos linfonodos regionais e metástases à distância, com isso é necessário condensar tais combinações em um número conveniente de grupos de estadiamento. Esses são classificados de 0 a IV, e representam que quanto maior for o grupo, maior será a extensão anatômica progressiva do câncer, ou seja, a doença estará mais avançada, devido a isso o paciente pode receber um ruim prognóstico e uma baixa estimativa de sobrevida (SIMÕES; GAMA; WINHESKI, 2008; BRASIL, 2004).

Com o estadiamento confirmado é possível estimar a sobrevida do paciente, na qual sabe-se que o estadiamento avançado do câncer está associado a uma pior sobrevida. As taxas de sobrevivência variam de pessoa para pessoa, esta desigualdade, está relacionada ao curso clínico da doença, sendo determinado por vários fatores, denominados fatores prognósticos (estadiamento, tipo e grau histológico do tumor). Eles proporcionam estabelecer uma correlação entre piora ou melhora na sobrevida (HOFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014).

Para realizar a análise de sobrevida de um paciente utiliza-se a data do diagnóstico da doença até a sua morte, indicando o tempo da sua sobrevivência (GUERRA et al, 2015; ANTUNES et al, 2015). Existe um risco na realização desse exercício de se avaliar o tempo de sobrevida, pois infere-se que é como determinar a “morte social” antes mesmo da morte física. Quando estabelecido uma expectativa de vida pequena para o paciente, seja em dias ou semanas, surge o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto real para o paciente e sua família (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009).

É possível destacar a estimativa da taxa de sobrevida em cinco anos para os tipos de cânceres mais frequentes. Para o câncer de boca foi possível estimar a taxa de sobrevida global em 30% (BONFANTE et al, 2014), já os tumores de intestino possuem taxa de sobrevida geral de 46%, sendo que de acordo com cada grupo de

estadiamento são: 89% (estádio I), 80% (estádio II), 39% (estádio III) e 5% (estádio IV) (BRASIL, 2006).

O câncer de esôfago demonstra ser altamente fatal, na qual a sua taxa de sobrevida é menor que 10%, isso se dar, principalmente devido ao seu diagnóstico tardio (LIMA, 2012). Já a sobrevida para o câncer de estômago é cerca de 30% nos países desenvolvidos e de 20% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

A neoplasia da mama recebe taxa de sobrevida geral de 52%, e em relação a cada estadiamento temos: 80% (estádio I e IIa), 50% (estádio IIIa) e de 32% (estádio IIIb), e 5% (estádio IV) (BRASIL, 2006). O câncer de próstata estima uma taxa de sobrevida de 100%, 92%, 89% e 63% para os estadiamentos I, II, III e IV, respectivamente (PIRAJÁ et al, 2013). A neoplasia de pulmão é considerada altamente letal, sendo que a sobrevida total varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

O câncer de colo do útero em países desenvolvidos possui a taxa de sobrevida que varia de 59% a 69%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os casos são encontrados em estágios bastante avançado na qual, conseqüentemente, a sobrevida cai para 49% em cinco anos (RENNI, 2013).

Diante das estimativas citadas, percebe-se que o tipo de câncer com maior sobrevida foi o de próstata e o com menor sobrevida foi o de esôfago. Além do mais, ambos os cânceres serão mais incidentes na região Sudeste, em 2016. O câncer de maior sobrevida, próstata, é mais incidente no sexo masculino ficando em primeiro lugar. E o câncer de menor sobrevida, esôfago, apresenta incidência para o sexo feminino no décimo terceiro lugar, e para o masculino em sétimo lugar (BRASIL, 2015).

3.3 Terminalidade e cuidados paliativos

Na oncologia, muitos pacientes se encontram em estado avançado da doença, e metade deles não tem mais chances terapêuticas curativas (TAROUCO et al, 2009). Com isso, o paciente passa a vivenciar o processo de terminalidade de vida, logo, infere-se que todas as possibilidades das condições de saúde se esgotaram e a morte fica cada vez mais próxima, inevitável e previsível, e assim o paciente passa a se tornar “irrecuperável” (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

No processo terminal de vida é preciso levar em conta não a quantidade de vida que resta ao paciente, e sim a qualidade de vida. Essa é uma das realidades mais difíceis, principalmente, para os profissionais da saúde que se deparam a pensar, que apesar dos melhores esforços, alguns pacientes morreram. E, mesmo não sendo possível modificar esse processo, é possível manter efeitos significativos e duradouro sobre a maneira pela qual o paciente vive até o momento da sua morte, de como acontecerá e as memórias que ficaram para a sua família (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa ideia, geralmente vem acompanhada de angústia, medo, solidão, depressão e temores que segue todo o curso da doença. Além disso, o paciente terminal evidencia todos os preconceitos de uma sociedade na qual a terminalidade afronta a negação do fim da vida (BORGES et al, 2006).

Sabe-se que ao longo do tempo a morte é vista como um tabu pela população e que a descoberta do diagnóstico de câncer em um indivíduo da família provoca em seu meio muitas mudanças, justamente por o câncer possuir um estigma social de doença incurável, com isso as perspectivas de vida são totalmente abaladas, vem os conflitos emocionais e surge o sentimento de temor pela experiência inesperada que viveram (RENNI, 2013).

Em 1968, a psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross que trabalhava com pacientes terminais nos Estados Unidos, publicou *On Death and Dying*. Neste livro, pela primeira vez, foi descrita a crise psicológica do paciente terminal em todas as fases, o que o transformou em literatura essencial a todos que se propõem a lidar com a terminalidade. Em seu livro é discutido as necessidades do paciente cuja morte está próxima, a autonomia dos pacientes, a ideia de morrer com dignidade e os benefícios de morrer em casa ao invés de em uma instituição (PINHEIRO; BENEDETTO; BLASCO, 2011).

A crise psicológica é descrita em cinco estágios da morte e do morrer, sendo eles: 1) negação; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação. Deve-se lembrar que nem todos os pacientes passam pelas fases nesta ordem e que nem todos completam o processo. Na primeira fase, **negação**, o paciente toma consciência da sua doença fatal, alguns costumam procurar uma segunda opinião por desconfiar dos resultados de exames e outros manifestam a negação de maneira implícita, agindo com otimismo. As pessoas devem compreender esta reação, pois caracteriza a falta

de preparo emocional para o enfrentamento desse momento. A **raiva** surge a medida que a negação vai se atenuando, devido a isso emerge os sentimentos de ira, revolta e inveja: “porquê eu?”. E cada vez mais torna-se difícil lidar com o paciente, pois a raiva propaga-se por todas as direções (BORGES et al, 2006; SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

No que concerne a **barganha**, o paciente tende a realizar promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor. Esses pactos são feitos consigo mesmo e/ou com Deus (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006). Na **depressão** vem o sentimento de tristeza, juntamente com o pensamento que a vida acabou, surgindo um período de silêncio interior e culpa. Neste momento, o estímulo dos familiares a manifesta-se seus sentimentos são muito importante (BORGES et al, 2006). A última fase, **aceitação**, é aquela em que o paciente passa a aceitar o seu destino e a situação da doença, mas não significa que ele tomou uma atitude cômoda e espera a morte. Sua família muitas vezes pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, pois é nesse estágio que ele encontra-se cansado, porém em paz. Algumas pessoas já não tem mais medo ou angústia, no entanto, há pacientes que mantém o conflito com a morte, sem atingir essa fase (BORGES et al, 2006; SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Porém, apesar da terminalidade de vida estar definitivamente confirmada, o paciente juntamente com a sua família devem receber os cuidados paliativos (CAPELLO et al, 2012), pois na fase terminal em que ele tem pouco tempo de vida e por não apresentar possibilidade terapêutica de cura a abordagem paliativa deve ser permitida visando o alívio dos sintomas de difíceis controle, aspectos psicossociais associados à própria doença e além de tudo, garantir qualidade de vida (BRASIL, [2013?]).

Com isso, entende-se por cuidados paliativos as ações realizadas para o tratamento de pessoas que se encontram gravemente doentes e não apresentam possibilidades terapêuticas de cura. O objetivo das ações dos cuidados paliativos é de prover uma melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais (CARDOSO et al, 2013).

A filosofia dos cuidados paliativos teve início na Inglaterra, no ano de 1967, com a precursora *Cicely Saunders* que enfatizou uma nova maneira de cuidar dos pacientes que vivenciavam a terminalidade e a proximidade com a morte, contemplando-o como um ser integral a partir da compreensão das diversas

necessidades do paciente. Por sua vez, o vocábulo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto, coberta. Essa terminologia denota a ideia principal dessa filosofia que é proteger, amparar, cobrir, abrigar, quando a cura de determinada doença não é mais possível (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

A prática dos cuidados paliativos está embasada em algumas premissas, dentre as quais podemos citar: a necessidade de reafirmar a importância da vida e, assim, vivenciar a morte como um processo natural na vida do indivíduo; implantar medidas voltadas para promover o alívio da dor e de outros sintomas que possam surgir no processo da terminalidade; desenvolver e refletir sobre o cuidado que não vise antecipar a morte, nem a prolongue com medidas que venham a trazer prejuízo demasiado na qualidade de vida do paciente; contemplar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado e ofertar apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e saber lidar com o período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

Os cuidados paliativos devem ser direcionados para todos os pacientes com doenças potencialmente mortais e não apenas para aqueles com câncer terminal. Todavia, esses cuidados ainda estão muito atrelados aos pacientes oncológicos, sendo que isso ocorre, pois o câncer possui uma alta incidência e mortalidade (BRASIL, 2011b).

Diante deste contexto, surge a necessidade de trabalhar a modalidade de cuidados paliativos como foco fundamental no cuidado em saúde. Todavia, é importante enfatizar que a prática de cuidados paliativos não deve ser considerada apenas quando houver ineficácia do tratamento curativo, mas sim um conjunto de cuidados prestados ao paciente desde o início da sua terapêutica. Constituinte assim uma abordagem especializada para ajudar a pessoa a viver melhor, favorecendo todo e qualquer tratamento que promova qualidade de vida até o momento da morte (BOEMER, 2009).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria GM/MS nº19, de 13 de janeiro de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos visando gerar uma nova cultura assistencial com abordagem multidisciplinar para o cuidado do paciente com doença crônico-degenerativa ou em fase final da vida e seus familiares em todos os níveis de atenção, possibilitando nossos debates sobre a dor e os cuidados paliativos.

Entretanto, no contexto hospitalar os profissionais da saúde, diante de uma medicina tradicionalmente curativa, encontram muita dificuldade em assimilar a filosofia dos cuidados paliativos assistenciais (SANTOS et al, 2013). Somado a isso, sabe-se que os pacientes que possuem câncer avançado e, na maioria das vezes, estão em fase terminal encontram-se no ambiente hospitalar e constituem dificuldades para os administradores, profissionais de saúde, familiares e para os próprios pacientes (BOEMER, 2009).

Diante disso, há uma demanda de pacientes oncológicos que necessitam de cuidados paliativos no ambiente hospitalar. Sendo que esses cuidados podem ser realizados por diversos profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais de forma a atenuar o sofrimento vivenciado pelos pacientes e familiares que, em geral, se bem conduzidos, promovem êxito na implementação desses cuidados (KAPPAUN e GOMEZ, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis obtidas (FIGUEIREDO, 2004).

Segundo Gil (2002) as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade do pesquisador com o problema, tendo em vistas torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que o seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, e na maioria dos casos, as pesquisas exploratórias envolvem: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos que "estimulem a compreensão", podendo assumir a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

A principal característica da pesquisa documental está na fonte de coleta de dados, sendo restrita a documentos, escritos ou não. Ela pode ser feita no momento em que o fato ou fenômeno ocorreu, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2003). Além disso, o estudo retrospectivo é desenhado para explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado, há vários anos, ou o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente, através da análise documental (FONTELLES et al, 2009).

De acordo com Fonseca (2002) a pesquisa quantitativa podem ter seus resultados quantificados. Essa centra-se na objetividade que é influenciada pelo positivismo, pois considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Geralmente recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), localizado no município de Mossoró – Rio Grande do Norte. O COHM é um estabelecimento de saúde que atende adultos e crianças e é habilitado como UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) que presta serviços de consultas, exames, diagnósticos e tratamento como cirurgia, radioterapia, quimioterapia, biopsia, entre outros.

4.3 População e amostra

Sabe-se que a população de pacientes oncológicos do COHM com estadiamento III e IV dos últimos três anos foi de 709 pacientes, valor informado pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do COHM. Na referente pesquisa a amostra foi composta pelos prontuários dos pacientes oncológicos, de ambos os sexos, de todas as faixas etárias, que foram internados e tratados no COHM anos de 2012, 2013 e 2014. Considerando a proporção de sucesso e insucesso de 50% e um erro amostral de 5% para um intervalo de confiança a 95% a amostra foi de 250 prontuários.

Os critérios de inclusão para seleção dos prontuários foram: prontuários dos pacientes com câncer em estadiamento avançado III e IV ou que tenham os seguintes termos correspondentes ao avanço da patologia: avançado, inoperável, irrecorrível, inabordável ou sem abordagem terapêutica; que manifestaram algum tipo de emergência oncológica, com reinternação por intercorrências do câncer avançado em menos de seis meses ou que apresentaram metástases à distância. Os pacientes que tenham abandonado o tratamento foram excluídos da pesquisa.

4.4 Instrumento de coleta

O instrumento de coleta de dados foi por meio de um formulário, segundo Gerhardt e Silveira (2009) esse, é utilizado pelo pesquisador a partir de questões formuladas e/ou anotadas em um contato face a face com o entrevistado. As perguntas devem ser organizadas, das mais simples às mais complexas.

O formulário foi composto pelas seguintes variáveis: sócio demográficas (sexo, idade, região de nascimento e de residência, grau de instrução e profissão) e clínicas

(tipo de câncer, estadiamento, tratamentos realizados, metástases, reinternações, data do diagnóstico e do óbito) (APÊNDICE A).

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Para coleta dos dados foi feito um estudo dos prontuários de modo a fazer uma triagem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, as informações foram obtidas dos prontuários com o instrumento de coleta de dados e depois tabuladas em planilhas do Excel para então serem analisadas.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram transferidos para os softwares estatísticos SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) sendo expressos em valores de média \pm desvio padrão bem como mediana, frequência simples e porcentagem. As diferentes variáveis estudadas foram comparadas, quando categóricas, através do Qui-quadrado ou exato de Fisher. E para verificar diferenças de sobrevivência de pacientes oncológicos foram realizados testes de Kaplan-Meier seguido por teste Log-Rank. O nível de significância estabelecida foi de $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi parte de um projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “Análise sobre a demanda de pacientes oncológicos por cuidados paliativos” que foi vinculado ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) edição 2015-2016 do COHM. Diante disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, conforme CAEE: 46058115.0.0000.5179 e parecer 1.185.887 (ANEXO I) observando os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo ao participante que o anonimato, assim como, o sigilo das informações confidenciais, e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito ao participante (BRASIL, 2012a).

A pesquisa também atendeu a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde ele declara ser dever da enfermagem exercer sua profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade e honestidade (COFEN, 2007).

Durante a sua execução, a pesquisa apresentou alguns riscos como medo, desconforto ou constrangimento dos participantes que tiveram seus prontuários estudados. Todavia, a pesquisa apresentou maiores benefícios tanto para os enfermeiros e outros profissionais de saúde, como para a sociedade de forma geral, contribuindo para produção científica sobre o tema e para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

A pesquisa dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que, a coleta de dados não foi realizada com pessoas, e sim com prontuários. Neste caso, os prontuários do COHM foram a fonte dos dados a serem obtidos, sendo estes fornecidos pela própria instituição, conforme consta no Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD – ANEXO II).

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da elaboração da pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requereu, a pesquisadora associada teve plena ciência da sua responsabilidade. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró disponibilizou o acervo bibliotecário, computadores e conectivos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização do perfil epidemiológico foi realizado um estudo das variáveis clínica e sociodemográficas quanto a sua frequência simples e porcentagem, como mostra a Tabela 2 e 3.

Tabela 2: Frequência simples e porcentagem das variáveis sociodemográficas. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.

Variáveis	Freq.	%
SEXO		
Feminino	103	51,0
Masculino	99	49,0
IDADE		
20 a 40 anos	10	5,0
41 a 59	64	31,7
> 60 anos	128	63,4
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Fundamental	02	1,0
Nível médio	0	0,0
Nível superior	0	0,0
Não informado	200	99,0
REGIÃO DE NASCIMENTO		
Baraúna - RN	01	0,5
Brejo do Cruz - PB	01	0,5
Messias Targino - RN	01	0,5
Mossoró - RN	02	1,0
Pombal - PB	01	0,5
Rodolfo Fernandes - RN	01	0,5
Não informado	195	96,5
PROFISSÃO		
Agricultor	55	27,2
Aposentado	46	22,8
Desempregado	04	2,0
Do lar	45	15,8
Outros	47	48,9
Não informado	04	2,0

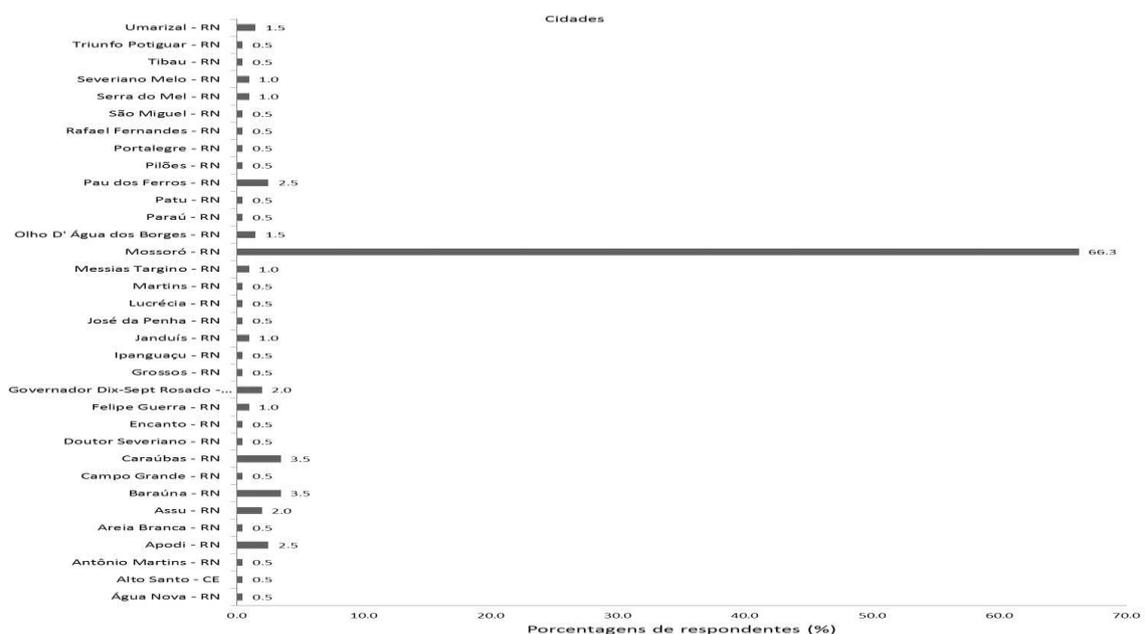
FONTE: pesquisa de campo (2016).

Observa-se que o sexo feminino teve uma maior predominância com frequência de 103 (51,0%) do que em relação ao masculino sendo 99 (49%). Esse achado

também foi evidenciado por Mergen e Strassburger (2009) constatando que o câncer manifesta-se igualmente entre homens e mulheres. De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Brasil irá apresentar 596.070 novos casos de câncer para o biênio 2016-2017, na qual entre os homens são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.870 (BRASIL, 2015). Já acerca da idade, a maior incidência foi para pacientes acima de 60 anos com 128 (63,4%). Para Silva et al (2016) o grupo etário com maior porcentagem foi dos 61-70 anos, correspondendo a 32,2%, e segundo Rodrigues e Ferreira (2010) a faixa etária é considerada um fator de risco para diversos tipos de cânceres.

Segundo a constatação do grau de instrução e a região de nascimento podemos observar o predomínio, respectivamente, para o não informado com 200 (99,0%) e 195 (96,5%) mostrando lacunas para a realização da coleta, diante disso resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Torres (2011) na qual corrobora que algumas variáveis dos prontuários analisados nada informava quanto os sujeitos da pesquisa, dificultando coletar os dados. Em relação a profissão, constata-se a incidência do agricultor apresentando frequência de 55 (27,2%), e como nosso estudo Mergen e Strassburger (2009) obteve resultado semelhante ao nosso com 46,6% para os agricultores.

Gráfico 1: Porcentagem das cidades tidas como região de residência dos prontuários pesquisados. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.



FONTE: Pesquisa de campo (2016).

As regiões de residência dos pacientes que tiveram seus prontuários pesquisados foram descritas no Gráfico 1, na qual verifica-se Mossoró - RN apresentando 66,3%, seguida de Caraúbas – RN com 3,5% e a cidade de Baraúna – RN também apresentando 3,5%.

Tabela 3: Frequência simples e porcentagem das variáveis clínica. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016

Variáveis	Freq.	%
TIPO DE CÂNCER		
Tumores da cabeça e do pescoço	25	12,4
Tumores dos pulmões e das pleuras	32	15,8
Tumores das mamas	26	12,9
Tumores do aparelho digestivo	64	31,7
Tumores ginecológicos	23	11,4
Tumores urológicos	29	14,4
Tumores dos ossos e de partes moles	01	0,5
Tumores de pele	02	1,0
ESTADIAMENTO		
III	68	33,7
IV	134	66,3
METÁSTASES		
Cabeça e pescoço	03	1,5
Pulmão e pleuras	11	5,4
Aparelho digestivo	32	15,8
Ginecológica	01	0,5
Óssea	25	12,4
Mais de uma metástase a distância	32	15,8
Não apresenta	98	48,5
MODALIDADES DE TRATAMENTOS		
Quimioterapia	80	39,6
Radioterapia	03	1,5
Hormonioterapia	01	0,5
Cirurgia	02	1,0
Quimioterapia e radioterapia	40	19,8
Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	04	2,0
Quimioterapia, radioterapia e cirurgia	25	12,4
Quimioterapia, radioterapia, cirurgia e braquiterapia	02	1,0

Quimioterapia e cirurgia	37	18,3
Radioterapia e cirurgia	01	0,5
Não realizou tratamento	01	0,5
Não informado	06	3,0
REINTERNAÇÕES		
Sim	113	55,9
Não	89	44,1

FONTE: Pesquisa de campo (2016)

Diante da Tabela 3 podemos perceber que em relação ao tipo de câncer o tumor mais incidente foi o do aparelho digestivo apresentando frequência de 64 (31,7%), seguido dos tumores de pulmões e pleuras com 32 (15,8%). Porém, Silveira et al (2014) mostra resultados superiores ao nosso, sendo de 80 pacientes que apresentaram cânceres do aparelho digestivo. Observou-se o predomínio do estadiamento avançado (IV) com frequência de 134 (66,3%), diante desse resultado Gouvea et al (2010) confirma que os estadiamentos III e IV exibem características do câncer avançado e Peixoto et al (2011) também afirma que cerca de 38% dos prontuários analisados apresentavam a descrição avançado para a neoplasia. Acerca das metástases, 32 (15,8%) apresentaram no aparelho digestivo, sendo que alguns pacientes apresentam mais de uma metástases a distância com frequência de 32 (15,8%) e 98 (48,5%) não apresentam metástases.

No que concerne as modalidades de tratamentos utilizadas, nota-se a quimioterapia como a mais utilizada, apresentando uma frequência de 80 (39,6%), seguida do tratamento adjuvante (quimioterapia e radioterapia) apresentando 40 (19,8%). Porém, Oliveira et al (2016) difere do nosso resultado mostrando que o tipo de tratamento mais escolhido foi a associação de quimioterapia e radioterapia (46,6%). E sabe-se que a determinação do tratamento está diretamente relacionada ao tipo de tumor. Acerca das reinternações durante o tratamento os resultados apresentaram que 113 (55,9%) dos pacientes necessitam de reinternações.

Conforme mostra Tabela 4, os tipos de cânceres encontrados foram classificados quanto a frequência simples e porcentagem em relação ao estadiamento III e IV. Além disso, foi descrita a associação estatística entre essas variáveis, sendo considerados significativos os valores de $p < 0,05\%$.

Tabela 4: Frequência simples e porcentagem dos tipos de cânceres encontrado em relação ao estadiamento III e IV e associação estatística entre as variáveis. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016

Tipo de Câncer	Estadiamento III		Estadiamento IV		p-valor
	Freq	%	Freq	%	
Cabeça e pescoço					
Sim	04 (5,9)		21 (15,7)		0,077
Não	64 (94,1)		113 (84,3)		
Aparelho digestivo					
Sim	21 (30,9)		43 (32,1)		0,989
Não	47 (69,1)		91 (67,9)		
Pulmões e das pleuras					
Sim	08 (11,8)		24 (17,9)		0,354
Não	60 (88,2)		110 (82,1)		
Ossos e partes moles					
Sim	01 (1,5)		0 (0,0)		0,337
Não	67 (98,5)		134 (100,0)		
Pele					
Sim	0 (0,0)		02 (1,5)		0,551
Não	68 (100,0)		132 (98,5)		
Mamas					
Sim	14 (20,6)		12 (9,0)		0,035*
Não	54 (79,4)		122 (91,0)		
Ginecológicos					
Sim	14 (20,6)		09 (6,7)		0,007*
Não	54 (79,4)		125 (93,3)		
Urológicos					
Sim	06 (8,8)		23 (17,2)		0,166
Não	62 (91,2)		111 (82,8)		

* Significância estatística ($p < 0,05$).

FONTE: pesquisa de campo (2016)

Em relação aos tipos de cânceres relacionados ao estadiamento percebe-se que os tumores do aparelho digestivo foram os mais frequentes, tanto no estadiamento III quanto para o estadiamento IV, sendo 21 (30,9%) e 43 (32,1%).

Observa-se ainda que acerca do estadiamento III os cânceres mais encontrados foram os de mama e ginecológico com frequência de, respectivamente, 14 (20,6%) e 14 (20,6%). Além disso, ambos os cânceres foram os que apresentaram

associação estatística significativa sendo o de mama com $p=0,035$ e o ginecológico com $p=0,007$.

No que concerne a associação do estadiamento com o câncer de mama, Silva et al (2013) relata em seu estudo o estágio II como maior incidência, seguido do estágio I, o que faz com que eles tenham sido predominantes em sua população (48,1%), já os estágios III e IV agrupados ficaram com 23,2%. Na pesquisa de Peres et al (2015) foram pesquisados 460 prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, na qual a maior parte das mulheres (34,1%) pertencia ao grupo de estágio III, e o predomínio de mulheres com estadiamento IV foi de 33,3%. Logo infere-se que o diagnóstico tardio do câncer está diretamente relacionado ao avanço da patologia.

Além disso, para associação do estadiamento com o câncer do colo do útero Thuler, Bergmann e Casado (2012) apresenta resultado semelhante ao nosso para casos em estágio III (29,0%). Porém, Mascarello et al (2012) mostra 44% para o estágio III, ou seja, um resultado superior ao dos outros estudos. Isso comprova que a neoplasia do colo do útero está cada vez mais sendo diagnosticada em fase avançada, diminuindo diretamente a possibilidade de cura.

E em relação ao estadiamento IV observa-se a neoplasia de cabeça e pescoço com uma frequência de 21 (15,7%), assim como o do aparelho digestivo com uma frequência de 43 (32,1%), pulmões e pleuras 24 (17,9%) e os tumores urológicos com uma frequência de 23 (17,2%).

Diante desses achados, a Tabela 5 mostra os valores de sobrevida calculados a partir da data do diagnóstico e do óbito dos pacientes, para cada tipo de tumor encontrado dos prontuários de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV, sendo apresentados através da mediana. Sabe-se que a relação sobrevida é analisada a partir da data do diagnóstico do câncer e a data do óbito.

Tabela 5: Valores de sobrevida (Mediana) em relação aos tipos de cânceres encontrados de pacientes oncológicos com estadiamento III e IV. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016.

Cânceres	Sobrevida
Urológicos	18.000
Mamas	12.000

Cabeça e pescoço	10.000
Ginecológicos	8.000
Ossos e partes moles	6.000
Aparelho digestivo	6.000
Pulmões e pleuras	5.000
Pele	4.000

FONTE: pesquisa de campo (2016)

No que concerne a sobrevida dos pacientes oncológicos com estadiamento avançado III e IV, nota-se que dentre os cânceres encontrados os tumores urológicos apresentaram maior sobrevida (18.000) e o câncer de pele com menor sobrevida (4.000).

De acordo com os tumores urológicos podemos classificar o câncer de próstata como o mais frequente. Diante disso, para a relação sobrevida e estadiamento III e IV Pirajá et al (2013) descreve na sua pesquisa quanto aos pacientes com diagnóstico para câncer de próstata em estágio III, na qual a taxa de sobrevida apresenta-se em torno de 97% em três anos e 89% em cinco anos. E acerca dos pacientes com estadiamento IV, apresentaram 63% em cinco anos.

A próstata é um órgão retroperitoneal que pesa aproximadamente 20 g e envolve o colo da bexiga e a uretra. O parênquima prostático pode ser dividido em quatro zonas: zona periférica; central e de transição; e a região do estroma fibromuscular anterior. O câncer desenvolve-se na zona periférica e longe da uretra, fazendo com que os sintomas urinários ocorram tardiamente, consequentemente o paciente irá apresentar-se assintomático, desta forma caracterizando um fator para o diagnóstico tardio da neoplasia (ROBBINS & COTRAN, 2010).

Além disso, quando o tumor de próstata exhibe estágio III, ele pode encontrar-se em extensão extraprostática com e sem invasão da vesícula seminal. No entanto, o estágio IV ocorre invasão direta dos órgãos vizinhos. Porém, diante de tudo, mais de 90% dos pacientes recebem terapias de tratamentos que estimam viver mais de 15 anos, por exemplo a prostatectomia radical, considerada como o tratamento mais comum (ROBBINS & COTRAN, 2010).

Assim como o câncer de próstata, dentre os tumores urológicos temos o câncer de bexiga. Araújo et al (2014) relata casos de neoplasias de bexiga em estágio III e IV apresentando sobrevidas de apenas 38% e 16%, respectivamente, em três anos. Com

a presença de metástases ganglionar diminui consideravelmente a sobrevida, na qual exibe 22% aos três anos. Robbins & Cotran (2010) retrata que quando ocorre o invasão para a camada muscular própria (músculo detrusor) agrava o prognóstico e diminui a sobrevida para 30% em cinco anos. Todavia, o prognóstico e sobrevida dependem muito do grau histológico e do estágio do tumor no momento do diagnóstico, além disso estes fatores dependem também para classificar o tipo de tratamento de melhor escolha, na qual para o câncer de bexiga em estágios avançado é tratado com quimioterapia ou cistectomia radical quando há invasão da muscular própria. A realização dessa cirurgia associada com a linfadenectomia é um tratamento que permite o controle oncológico da doença, prevenindo o desenvolvimento de metástases e aumentando a sobrevida. Diante disso, infere-se que quanto mais avançada a neoplasia pior torna-se o prognóstico e a sobrevida (ARAÚJO et al, 2014).

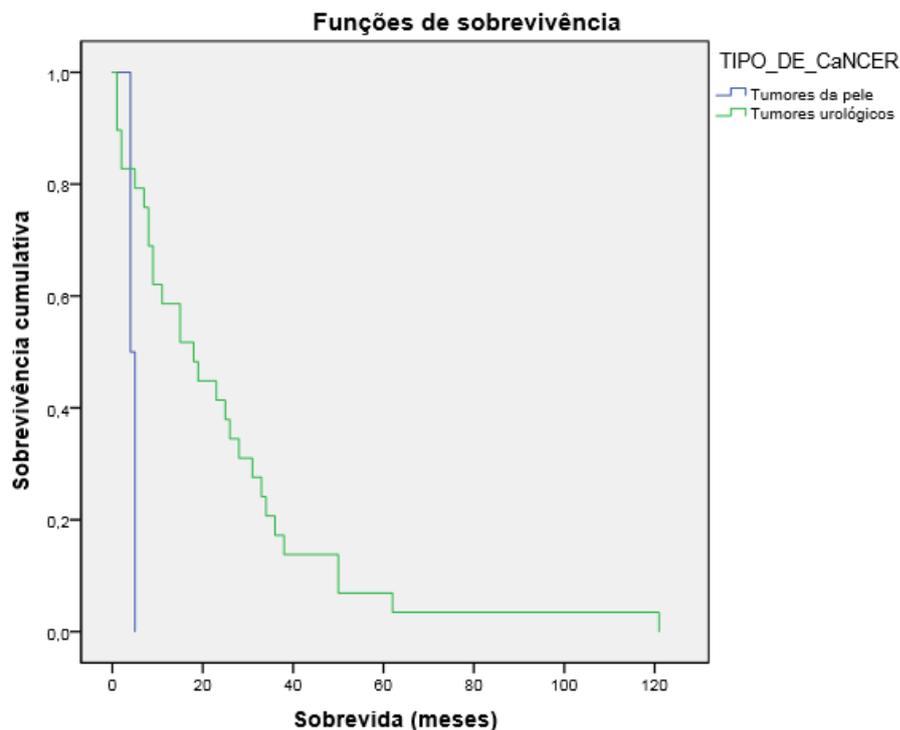
Dentre os tumores de pele, sabe-se que os mesmos podem ser classificados em dois tipos: não melanoma e melanoma. Todavia, neste estudo não foi possível descrever essa classificação, pois nos prontuários não tinha essa informação. No que concerne as estimativas do câncer de pele, Brasil (2015) informa que esperam-se 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 nas mulheres no Brasil. Esse tipo de câncer continua sendo o mais incidente dentre os tipos de tumores de pele existente. Dentre ele podemos encontrar o carcinoma de células basais (basocelular), ele caracteriza-se como o mais comum e de maior frequência, porém tem um alto potencial de cura sendo, aproximadamente, 100% para pacientes que apresentem lesões menores que 1 cm. Com isso a taxa de sobrevida é maior, sendo estimada para 95% em cinco anos em associação ao tratamento cirúrgico ou radioterapia (OTTO, 2002).

Um outro tipo de não melanoma é o carcinoma de células escamosas (espinocelular), caracterizado como maior incidência em pessoas com pele clara, em homens e está diretamente relacionado ao avanço da idade, pode ter seu início em cerca de 60 anos. Apesar desse tipo de câncer ter um potencial desenvolvimento para metástases e recorrências as taxas de sobrevida são altas, 75% a 80% (OTTO, 2002).

Quanto ao outro tipo de câncer de pele, o melanoma, infere-se que a sua letalidade é elevada, tornando-se o mais agressivo entre os tipos de cânceres de pele, porém sua incidência é baixa, na qual estima-se 3 mil casos novos em homens e 2.670 em mulheres (BRASIL, 2015).

A sua progressão acontece através do crescimento radial e vertical, na qual o radial é a sua disseminação horizontal na epiderme e derme e após um período imprevisível de tempo ele muda do crescimento radial para o vertical, fase está que as células neoplásicas invadem as camadas dérmicas mais profundas da pele, nessa fase pode ocorrer o aparecimento de metástases devido ao seu avanço. Os fatores contíguos ao bom prognóstico e boa sobrevida são, por exemplo tumores com profundidade menor que 1,7 mm, pouca ou nenhuma mitose, dentre outros. Esse tipo de câncer desenvolve-se com maior frequência nas superfícies corpóreas expostas ao sol, sendo as da parte superior das costas para os homens e as mulheres são costas e pernas (ROBBINS & COTRAN, 2010).

Gráfico 2: Curva de sobrevivência dos tumores de pele e urológicos. Mossoró. Rio Grande do Norte. Brasil. 2016



Kaplan-Meier. **FONTE:** Pesquisa de campo (2016)

A curva de sobrevivência dos cânceres de pele e urológicos são apresentados no Gráfico 2. Diante disso, observar-se o câncer de pele exibindo baixa sobrevida em

menos de 10 meses, enquanto os tumores urológicos exibem característica de maior sobrevida em média de 120 meses.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a construção desta pesquisa, conseguiu-se alcançar os objetivos propostos, na qual o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos com estadiamento III e IV foi caracterizado e também foi identificada a sobrevida dos pacientes oncológicos com ambos estadiamentos. Para tanto, foi realizada busca dos prontuários desses pacientes a fim de descrever qual o seu perfil, bem como associar os tipos de cânceres com o estadiamento III e IV. A partir disso, foi evidenciado que as neoplasias de mama e ginecológica apresentam associação estatística significativa para o estadiamento III.

Acerca da sobrevida, tivemos os cânceres urológicos com maior sobrevida, o que também constata-se na literatura. O câncer de próstata apresenta-se com estadiamento avançado e sobrevida alta, todavia esse último ocorre, possivelmente, devido à melhor escolha do tratamento, muitas vezes sendo a cirurgia prostatectomia radical. No entanto, o câncer de bexiga apresenta baixa sobrevida quanto a sua progressão, mas quando realizado o tratamento essa sobrevida aumenta consideravelmente. Em relação a sobrevida das neoplasias de pele foi visto que o câncer melanoma apresenta alta letalidade por exibir características de agressividade aos tecidos, conseqüentemente baixa sobrevida, entretanto a sua incidência é bastante baixa, logo infere-se que as medidas preventivas contra esse tipo de câncer estão dando certo.

No que concerne a hipótese, estimava-se que o perfil clínico-epidemiológico está diretamente relacionado com a sobrevida devido, por exemplo, ao sexo e idade, tipo de tumor, grau de estadiamento, presença ou ausência de metástases à distância, bem como ao tratamento de melhor escolha. Porém, diante dos dados obtidos é possível considerar que a hipótese pode ser confirmada parcialmente, pois não são todos os pacientes oncológicos com estadiamento III e IV que desenvolvem uma baixa sobrevida, a exemplo dos urológicos.

Além disso, os pacientes que encontram-se em ambos os estadiamentos estudados podem ser avaliados quanto a necessidade de receber os cuidados paliativos, visto que eles apresentam estágios avançados da doença, ou seja, câncer em progressão. Diante disso e da filosofia dos cuidados paliativos, em muitos casos é primordial ofertar esses cuidados e então possibilitar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Durante a realização desta pesquisa algumas dificuldades foram encontradas, contudo uma das principais foi o não preenchimento satisfatório dos prontuários de pacientes, pois algumas variáveis consideradas importantes para caracterização do estudo encontravam-se em branco, ou seja, sem nenhuma informação. Essas lacunas tornam a prática das pesquisas em prontuários difíceis, comprometendo a realização de análises mais fidedignas sobre o contexto real dos pacientes e da doença. Porém, o preenchimento completo dos prontuários devem ser realizados, pois eles são considerados documentos para diversos fins, sendo significativo o registro de todos os dados.

As facilidades percebidas no transcorrer do estudo foram muitas, desde a escolha do tema até seu momento final, visto que a área da oncologia só tem crescido e ao mesmo tempo tem se tornado cada vez mais complexa. Outra facilidade bastante relevante, nesse caso encontrada no hospital foi a dos prontuários serem eletrônicos, pois, sabe-se que muitas vezes pela própria correria do trabalho ou a caligrafia não legível acaba dificultando o entendimento dos dados acerca do paciente.

Acredita-se que esta pesquisa tenha contribuído com a literatura, principalmente, a oncológica. Portanto, espera-se que também sirva como base para outros estudos. Dentre as possibilidades de estudos posteriores podemos citar a necessidade de maior compreensão do porque o câncer de próstata apresenta altas taxas de incidência e mortalidade, caracterizando-o como a segunda causa de morte para o sexo masculino mas, por outro lado, apresenta maior sobrevida, conforme mostra os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <www.santacasasp.org.br>. Acesso em: 21 Mai. 2016.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.

ANTUNES, Y. P. P. V. et al. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. **Einstein**. v. 13, n. 4, p. 487-491, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015AO3067.pdf>. Acesso em: 23 Mai. 2016.

ARAÚJO, P. et al. Cistectomia radical: experiência de um centro cirúrgico. **Acta Urológica Portuguesa**. v. 31, n. 3, p. 63-68, 2014.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 3, p. 500-501, 2009.

BONFANTE, G. M. S. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 983-997, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-0983.pdf>>. Acesso em: 20 Mai. 2016.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicol. estud.** [online]. v. 11, n. 2, p. 361-369, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estadiamento**. Rio de Janeiro, [2012b?]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em: 25 mai. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, [2013?]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 25 mai. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Tratamento cirúrgico**. Rio de Janeiro, [2010a?]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Reabilitação**. Rio de Janeiro, [2010b?]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=106>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. p. 128. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. p. 122. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005. **Política Nacional de Atenção Oncológica**, 2005. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIASUS: sistema de informações ambulatoriais. Manual de bases técnicas da oncologia**. 13. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 110 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_base_tecnicas_oncologia_13ed.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2016.

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. 120 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 356 p. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.319 de 23 de julho de 2002**. p. 1-13, 2002. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/centros-tratamento-dor/centros-tratamento-dor/portaria-gmms-no-1319-de-23-de-julho-de-2002.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CAPELLO, E. M. C. S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **Health Sci Inst.** v. 30, n. 3, p. 235-240, 2012. Disponível em: <<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Enferm.** v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/32.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

CESTAR, M. E. W; ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev Bras Enferm.** v. 58, n. 2, p. 218-221, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a18.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Dispõe do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem**, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 01 jun. 2015.

DETTINO, A. L. A. et al. Cuidados paliativos e Oncologia: experiência de implantação de serviço no Hospital A. C. Camargo. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 3, n. 4, p. 09-18, 2012. Disponível em: <www.cuidadospaliativos.com.br>. Acesso em: 20 mai. 2016.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004. 247 p.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002. Apostila.

FONTELLES, Mauro José et al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. 2009.

GADELHA, M. I. P.; COSTA, M. R.; ALMEIDA, R. T. Estadiamento de tumores malignos – análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 193-199, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

GOUVEA, S. A. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 39, n. 4, p. 261-265, 2010. Disponível: <

<http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-39-4-Artigo-07.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2016.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 8, p. 1673-1684, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1673.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1813-1824, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01813.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

KAPPAUN, N. R. C.; GOMEZ, C. M. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013.

LIMA, Sheila Coelho Soares. **Alterações epigenéticas e suas consequências funcionais em carcinoma epidermóide de esôfago**. 2012. 442 f. Tese (Doutorado em Oncologia). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, Rio de Janeiro. 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARENGO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina**, v. 42, n. 3, p. 350-357, 2009. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MASCARELLO, K. C., et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v, 58, n. 3, p. 417-126, 2012.

MERGEN, C. T. T.; STRASSBURGER, S. Z. Prevalência dos tipos de câncer em pacientes atendidos em um centro de alta complexidade em oncologia. **Revista contexto & saúde**. v. 9, n. 17, p. 31-38, 2009.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Curso de especialização em atenção básica em saúde da família: estadiamento**. Belo Horizonte, 2000. P. 68-73. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 21 mai. 2016.

OLIVEIRA, M. P. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise peritoneal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. 2687, p. 01-08, 2016. Disponível em: <

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/115577/113162> >. Acesso em: 20 mai. 2016.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

PARADA, Roberto. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**. v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PEIXOTO, I. C. et al. Análise do perfil dos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura atuais: verificação da demanda por cuidados paliativos em hospital universitário. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, ano 10, 2011.

PERES, V. C. et al. Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 3, p. 740-747, 2015.

PINHEIRO, Thais Raquel S. P.; BENEDETTO, Maria Auxiliadora C. De; BLASCO, Pablo González. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 68, n. 11, 2011.

PIRAJÁ, F. C. S. et al. Sobrevida de pacientes com câncer de próstata. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 26, n. 1, p. 45-50, 2013.

RENNI, Marcos José Pereira. **Trombose venosa profunda como fator prognóstico na sobrevida de pacientes com tumor de colo uterino avançado**. 2013. 52 f. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.

ROBBINS & COTRAN. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 4, p. 431-442, 2010.

SANTOS, M. A et al. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 18, n. 9, 2013.

SILVA, Adrielle Chermont da. et al. Perfil socioeconômico de trabalhadores rurais portadores de neoplasia. **J. res.: fundam. care.**, v. 8, n. 3, p. 4891-4897, 2016.

SILVA, Priscilla Ferreira, et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013.

SILVEIRA, T. M. G., et al. Nutritional assessment and hand grip strength of candidates for surgery of the gastrointestinal tract. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 27, n.2, p. 104-108, 2014.

SIMÕES, J. C.; GAMA, R. R.; WINHESKI, M. R. **Câncer estadiamento e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2008.

SUSAKI, T. T., SILVA, M. J. P., POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 144-149, 2006.

TAROUCO, R. L. et al. A espiritualidade e o viver com câncer no processo de morrer. **Rev enferm UFPE on line**. v. 3, n. 4, p. 1021-1026, 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/114/pdf_969>. Acesso em: 11 jun. 2016.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

TORRES, M. V. N. **Proposta de elaboração de manual sobre o preenchimento do prontuário médico na linha de cuidado da criança**. 2011. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda. 2011.

UNTURA, Lindsay Pâmela; REZENDE, Laura Ferreira. A função cognitiva em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 257-265, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FORMULÁRIO**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: _____

Idade: _____

Região de nascimento: _____

Região de residência: _____

Grau de instrução: _____

Profissão: _____

DADOS CLÍNICOS

Tipo de câncer: _____

Estadiamento: _____

Modalidade de tratamento: _____

Metástases: _____

Reinternações: _____

Data do diagnóstico: __/__/__

Data do óbito: __/__/__

ANEXOS

ANEXO I – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 27 de Julho 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**ANÁLISE SOBRE A DEMANDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS POR CUIDADOS PALIATIVOS**", Protocolo CEP: 89/2015 e CAAE: 46058115.0.0000.5179. Pesquisadora Responsável: **Kalidia Felipe de Lima Costa** e da Pesquisadora Associada: **Gívilla Bezerra Mendonça**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/17/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE

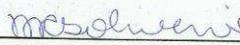
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS – TCUD

Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Pela presente, O Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM, inscrito no CNPJ Nº 00.979.701/0001-14, com endereço à Praça Cônego Estevam Dantas, 238, Santo Antônio, Mossoró/RN, neste ato aqui representada por **Marilyn Cristine Serafim de Oliveira**, atualmente exercendo a função de **Diretora do Departamento de Ensino e Pesquisa**, declara ter conhecimento das atividades a serem realizadas na sede da Instituição e conseqüente necessidade de manuseio de prontuários em função do projeto de pesquisa “ANÁLISE SOBRE A DEMANDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS POR CUIDADOS PALIATIVOS, e a **Prof. Esp. Kalidia Felipe de Lima Costa e a Acadêmica de Enfermagem Givilla Bezerra Mendonça**; autoriza o acesso a dois mil, setecentos e setenta e dois (2772) prontuários selecionados em conformidade com a amostragem da pesquisa definida na metodologia do projeto. O estudo tem como objetivo Analisar a demanda de pacientes oncológicos candidatos à modalidade de cuidados paliativos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), Rio Grande do Norte, Traçar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes oncológicos candidatos à modalidade de cuidados paliativos no COHM, Analisar a demanda de pacientes oncológicos candidatos à modalidade de cuidados paliativos de acordo com o tipo de câncer e o grau de estadiamento no COHM e identificar as principais emergências oncológicas apresentadas por esses pacientes. Para tanto será necessário acesso aos **prontuários médicos** que atendam aos critérios de inclusão e exclusão. Será realizada a análise de prontuários de pacientes com cancer em estadiamento avançado III e IV dos anos de 2013 a 2015. Serão excluídos prontuários de pacientes que não tenham sido internados e tratados no COHM ou que tenham estadiamento I e II. Serão estudados todos os dados pertinentes para atingir o objetivo da pesquisa, logo, tal busca será norteada por um roteiro que contém variáveis relacionadas a características sociais e demográficas como sexo, idade, raça, região de nascimento e de residência, grau de instrução e profissão, e clínicas como tipo de câncer, tratamentos realizados, estadiamento, metástase, reinternações e emergências oncológicas. Desse modo, conforma-se que a natureza das informações a serem coletadas potencializa a necessidade de uma pesquisa documental em prontuários, em função de apresentar aspectos particulares e técnicos relacionados a doença e ao tratamento, muitas vezes de difícil compreensão por parte do paciente. A não obtenção/uso do prontuário. Serão preservadas as identidades dos indivíduos conforme a Res. 466/2012. É garantido que, sob hipótese alguma, os participantes serão nominados ou identificados, visto que na coleta de dados não será utilizada qualquer tipo de identificação, além do material coletado ficar arquivado em local exclusivo para este fim sob a responsabilidade do pesquisador responsável, a Sra. Kalidia Felipe de Lima Costa. O USO dos PRONTUÁRIOS SERÁ AUTORIZADO no COHM – SOMENTE MEDIANTE a APRESENTAÇÃO da APROVAÇÃO do PARECER do COMITÊ de ÉTICA da INSTITUIÇÃO PROPONENTE – pelo período de tempo de 5 meses a partir da aprovação do CEP, conforme especificado no cronograma da mesma. Este período é necessário em função da quantidade de prontuários que serão utilizados para a coleta e revisão dos dados.

Mossoró, 10 de Agosto de 2015


 Centro de Oncologia e Hem. de Mossoró Ltda
Marilyn Cristine Serafim de Oliveira
 Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró
 Diretora do Departamento de Ensino e Pesquisa

Setor de Educação, Ensino e Pesquisa (SEEP-COHM), Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró, Praça Cônego Estevam Dantas, 238, Santo Antônio, Mossoró/RN, e-mail educacao@cohm.com.br, telefone: +55-84-3323-7700, Página: <http://www.cohm.com.br/>